

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

SUMARIO:

ESCLEROSIS MULTIPLE.—Caso de neuróptico-mielosa por esclerosis en placas, estudiado en la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno.—Por el Dr. Hugo del Bosque.

LAS ALTERACIONES DE LA CRONAXIA EN LAS ESCLEROSIS DIESEMINADAS DE LA MEDULA.— Por el Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

NOTAS SINTETICAS.

XI
Vol. IX

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 63

1º de septiembre 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.

BETAXINA

M. R.

Vitamina B₁ «Bayer»

Nuestros laboratorios fueron los primeros en obtener por vía sintética la vitamina B₁

Para uso oral y en inyecciones en las

neuritis y neuralgias

como neuritis del embarazo y el puerperio, polineuritis, neuritis alcohólica, neuritis del óptico, neuralgia intercostal y del trigémino, ciática, así como en el beriberi, la mielosis funicular y las parálisis postdiftéricas

Envases originales:

Betaxina

Tubo de 20 tabletas de 5 mg. de Vitamina B₁

Cajas de 3 y 15 ampollas de 1 c.c. con 5 mg. de Vitamina B₁

Betaxina «fuertes»

Cajas de 3 y 15 ampollas de 1 c.c. con 25 mg. de Vitamina B₁



Regs. Nos. 19925, 19974, 19659 D. S. P.

Casa Bayer, S.A México, D. F. Apartado 45 bis

Administrada por la Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera

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. A.

PROP. 1934



HECHO EN MEXICO POR
WALTZ & Cia. S. en C.
BALDERAS N° 122 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 N° 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	0.00225 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. N° 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 París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Av. Chapultepec. 276

Apartado 399

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)

DREVILL.

APOSTENOL

Registro N° 9325 D. S. P.

Moderno tratamiento de la ASTENIA en los casos de trastornos del recambio lipóideo 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 N° 26

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

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, poliomielitis, 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 Koch, Reg. N° 17284, D.S.P. en los casos de crigen 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. N° 18800, D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel M° Contreras N° 106

Ericsson 16-16-24

MEXICO, 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 Nº 35

MEXICO, D. F.

Registro Nº 22047, D. S. P.

Prop. Nº 18754, D. S. P.

B-ENDO-VIT

VITA B₁

Para uso intravenoso e intrarraquideo

(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.

AV. INSURGENTES Nº 35.

MEXICO, D. F.



TÓNICO
 HEMATO-
 POYÉTICO
 POR
 VIA
 ORAL

El OPOTÓNICO mejora el estado general.-
 Aumenta el apetito. - Eleva el número de
 glóbulos rojos. - Su sabor es agradable y
 las personas delicadas así como los niños, lo
 toman con gusto.

FRASCOS DE 180 y 240 c.c.

Reg. No. 14323 D. S. P

ESTE MEDICAMENTO ES DE EMPLEO DELICADO

Elaborado por: **MERCK-MEXICO, S. A.**
 Versailles 15 - México, D. F.

Esta Empresa opera bajo el control de la II. 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 XL Nº 63. SEPTIEMBRE 1º 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 suplica 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

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. Ocho-terena. Psicopedagogía: Dr. Lauro Ortega. Criminología: Dr. José Gómez Robleda. Neuro-Quirugía: 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. Neuro-ología Ocular: Dr. Raúl A. Chavira. Fisioterapia: Dr. Guido Torres Martínez. Laboratorio: Dres. Luis Gutiérrez Vilegas y Alberto Lezama. Psiquiatría Jurídica: Dres. Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

Distrito Federal: Dres. Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle. Aguasca-lientes: 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. Anto- nio 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. Plínio Olinto, Heiter Peres, José Mariz, José Lucena y Armando Neves. Cuba: Dr. Manuel Galigarcía. Costa Rica: Dr. Roberto Chacón Paul. Chile: Dres. Juan Garafalic, 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 Men- ninger, Maurice N. Walsh y Charles A. Burlingame. Francia: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Genil- Ferrin, Dr. Paul Schiff, Dr. Ajuriaguerra y Dr. Hadji-Dimo. Islas Filipinas: Dr. Sixto de los An- geles. Nicaragua: Dr. Emilio Lacayo. Perú: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo. Uruguay: Dr. Antonio Sicco y Dr. Ello 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.

ECLEROSIS MULTIPLE

CASO DE NEUROPTICO-MIELOSIS POR ESCLEROSIS EN PLACAS, ESTUDIADO EN LA CLINICA DEL DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

Por el Dr. Hugo del Bosque.

E. T. C., casado, de 31 años, de Guadalajara, Jal., comerciante, fue estudiado del 12 al 16 de julio de 1944.

Antecedentes familiares sin importancia para el caso.

Antecedentes personales:

Nació de parto eutócico. Gonococcia, disenteria, antecedentes luéticos y fímicos negativos, análisis de sangre negativos. Traumatismo de pequeño sobre la región occipital, a los 12 años nuevo traumatismo, esta vez sobre la región frontal; en ninguno hubo pérdida del conocimiento. Ha trabajado en el comercio y como oficinista. Siempre ha presentado estreñimiento horario y cuantitativo.

Principio y evolución de la enfermedad

Su padecimiento principió hace cinco años sin causa aparente, presentando trastornos de la visión en el ojo izquierdo, fué con el oculista y con medicamentos no precisados presentó mejoría de sus molestias, que consistían en visión borrosa de los objetos en todo el campo visual. Dos meses después observó el enfermo debilidad en los miembros inferiores; a seguida de un ejercicio de marcha moderado, la debilidad fué aumentando y al mismo tiempo se acompañó de sensaciones de hormigueo en ambas piernas, la marcha era incoordinada, según apreciación del enfermo, se aumentó su estreñimiento. Hace dos años notó el enfermo disminución del deseo sexual, erección incompleta y de corta duración. Hace ocho meses empezó a tener dificultad para orinar, que poco a poco se fué transformando en incontinencia urinaria. Desde hace dos meses se sumó a su sintomatología la dificultad para escribir, debido a temblor de las manos. Actualmente no puede caminar, tiene incontinencia urinaria y estreñimiento rebelde en cantidad y horario, los trastornos genitales persisten, la molestia visual ha mejorado, pe-

ro actualmente presenta discromatopsia. Dice no percibir claramente los cuerpos fríos o calientes en sus extremidades inferiores. Persiste la dificultad para escribir y para verificar movimientos finos. No hay adelgazamiento de los miembros inferiores ni fenómenos tróficos de la piel. No puede sostenerse en pie.

Examen psiquiátrico

No hay alteraciones, excepto el natural estado de preocupación por su enfermedad, e hiper-emotividad.

Exploración Física

Inspección general:—Individuo del sexo masculino, encamado, íntegro, bien conformado, en buen estado de nutrición, sin facies característica, estado de la conciencia adecuado a las circunstancias.

Cabeza: cráneo:—Normocéfalo, no hay hinchamientos ni exostosis.

Cara: ojos:—Pupilas centradas, simétricas, iguales. Reflejo paradójico en el lado izquierdo.

Nariz:—No presenta nada anormal.

Boca:—Dientes bien implantados, temblor fibrilar en los músculos de la lengua.

Cuello:—No presenta nada anormal.

Tórax:—Por inspección se aprecian contracciones fibrilares de los músculos en sus caras anterior y posterior. Los demás procedimientos de exploración no dan datos patológicos.

Abdomen:—Por inspección no se recogen datos patológicos, los reflejos abdominales cutáneos, están abolidos. La mitad inferior del abdomen presenta alteraciones de la sensibilidad al tacto, dolor y temperatura. Las alteraciones consisten en disminución de ella.

Miembros superiores:—forma y actitud normales, proporcionados no presentan alteraciones tróficas. Reflejos osteo-tendinosos exaltados en ambos miembros. No hay alteración de la sensibilidad superficial. Hay incoordinación de los movimientos. La escritura no es posible por temblor de pequeñas oscilaciones. Los movimientos activos y pasivos son posibles.

Miembros inferiores:—Por la inspección no se recogen datos patológicos. Los movimientos activos no son posibles, los pasivos sí, encontrándose poca resistencia muscular al verificarlos. Reflejo rotuliano exaltado. Se encuentra signo de Sebinski con clonus, (clonus de la rótula y del pie). Reflejos de Rossolimo, Sheaffer, Gordon y dorsal de Mendel B. positivos en ambos miembros. Hay movimientos de automatismo medular y difusibilidad de los reflejos. Sensibilidad superficial disminuida al frío, calor y tacto en el muslo y dos tercios superiores de la pierna, en el tercio inferior está perdida. Sensibilidad ósea alterada, lo mismo que la de las actitudes. No hay adelgazamiento.

Exploración de órganos de los sentidos:—La única alteración encontrada es la disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo, con visión poco clara en todo el campo visual, acompañada de dischromatopsia.

Exploración de pares craneales: — No hay otros datos patológicos.

Examen físico-funcional por aparatos:—Excepto las alteraciones ya descritas en el aparato genital, los demás aparatos y órganos no presentan alteraciones que se manifiesten clínicamente.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete:—En 1943 fueron practicados unos análisis en el líquido céfalo-raquídeo buscando reacciones de Wassermann y Kahn, resultando débilmente positivas. Globulinas ligeramente positivas y linfocitosis ligera.

Mielografía el día 1º de julio de 1944 (fig. 1) enseña dificultad para el tránsito del lipiodol entre la 12ª vértebra dorsal y la 2ª lumbar.

Radiografías de la columna dorso-lumbar, no enseñan ninguna alteración de la columna, exceptuando una desviación de la apófisis espinosa de la cuarta vértebra lumbar (fig. 2).

Citología hemática y análisis de orina, normales.

Cronaxia (fig. 1): Síndrome Cronáxico espinal puro. No se encuentra síndrome cronáxico primitivo de compresión. La inversión de las relaciones de excitabilidad entre flexores y extensores, da un pronóstico severo, *quoad valetudinum*.

Examen del líquido céfalo-raquídeo, de fecha 3 de julio de 1944, negativo.

Tensión arterial: Max. 165. Mín. 95.

Pulso 75 por minuto.

Tratamientos a los que ha sido sometido:—Inyecciones de Bismuto y Yoduros; Vitamina B-1; 15 aplicaciones de electropirexia.

Durante la evolución de su padecimiento, y con el tratamiento ha presentado ligeras mejorías transitorias, excepto con la electropirexia que le aumentó sus molestias.

Diagnósticos

Anatómico:—Padecimiento del sistema nervioso central.

Sindrómico:—Paraplejía Espástica de los miembros inferiores, acompañada de trastornos esfinterianos y de la sensibilidad superficial y profunda, con trastornos en el ojo izquierdo, consistentes en disminución de la agudeza visual en todo el campo y discromatopsia para el color rojo. Temblor de prehensión en las extremidades distales de los miembros superiores que dificultan la escritura.

Topográfico:—padecimiento situado principalmente en los últimos segmentos dorsales y en los segmentos lumbares y sacros de la médula, basado en la distribución de las alteraciones motoras y sensitivas encontradas, y en la mielografía, que además tiene otras localizaciones a lo largo del neuroeje que nos explican los trastornos de la visión en el ojo izquierdo y el temblor intencional de los miembros superiores.

Anatomo-patológico:—(Presuncional) En el examen microscópico se encontraría como característico del padecimiento, placas de esclerosis que pueden hallarse distribuidas por toda la extensión del neuroeje, de aspecto gelatinoso y color rosado, de tamaño variable, desde unos milímetros a centímetros de diámetro. Aún cuando no hay predilección para su localización, se observa cierta preferencia por los espacios perivasculares. Las meninges se pueden encontrar engrosadas y turbias. Histológicamente las placas consisten en una masa sumamente espesa constituida por múltiples fibrillas neuróglícas. Los cilindroejes atraviesan indemnes o relativamente indemnes el tejido neuróglíco. Hay engrosamiento de las paredes vasculares e infiltración perivascular.

Fisio-Patológico:—Padecimiento que ocasiona alteraciones de la movilidad y sensibilidad, reflectividad y sensorialidad, basado en la paraplejía espástica que imposibilita la marcha y la permanencia en pie, en las alteraciones de la sensibilidad superficial y profunda ya descritas, en la incontinencia urinaria, en la retención de materias fecales y en la disminución de la visión y discromatopsia del ojo izquierdo.

Etiológico:—Padecimiento de etiología desconocida. (Posiblemente de origen infeccioso por neurovirus).

Nosológico:—Esclerosis en placas, de tipo paraplejia espástica, basado en paraplejia hipertónica, temblor intencional, reflejos abdominales abolidos, alteraciones oculares y pruebas de incoordinación de los movimientos en los miembros superiores. en la negatividad de las reacciones específicas de la lúes en el líquido céfalo-raquídeo, y en el resultado no satisfactorio de la terapéutica antiluéica a la que ha sido sometido el paciente.

Diferencial:—Para diferenciarlo de un tumor medular nos basamos en los datos que proporciona la mielografía, que no nos enseña una imagen franca de tumoración, sino de aracnoiditis que puede ser un epifenómeno consecutivo a la esclerosis en placas, como en este caso; en los datos del examen del líquido céfalo-raquídeo que en el caso presente no enseña ninguna alteración patológica.

De la meningo-mielitis sífilítica crónica lo diferencia de la negatividad de las reacciones específicas de la lúes en el líquido céfalo-raquídeo y en la sangre, y la ineficacia de la terapéutica antiluéica, a la que fué sometido el enfermo.

En las aracnoiditis adhesivas circunscritas o difusas, como en este padecimiento, se presenta una gran variabilidad de síntomas, pero la mayor parte de tales aracnoiditis sobrevienen casi siempre a infecciones y traumatismos, con caracteres de paraparesia dolorosa, y dan una imagen festonada más típica en la mielografía, además de las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo.

De las esclerosis laterales amiotróficas nos puede servir para diferenciarlo la ausencia de alteraciones tróficas y la presencia de trastornos de la sensibilidad y esfinterianos que hay en este caso.

Integral:—Esclerosis en placas de tipo neuro-mielosis óptica. Padecimiento de etiología desconocida. que ha traído como consecuencia la imposibilidad para la marcha, alteraciones de la sensibilidad superficial y profunda de los miembros inferiores, trastornos esfinterianos e incoordinación de los movimientos en los miembros superiores.

Pronóstico:—Grave para la vida y para la función, por la irreversibilidad de las lesiones, etiología desconocida y escasa terapéutica eficaz.

Tratamiento:—No es específico. Se usan las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia, crisoterapia, el yoduro de potasio a dosis de 3 a 4 gramos diarios, el cacodilato de sodio en dosis de 0.02 a a 0.05 grs. durante unos días con períodos de descanso, contra el temblor de los miembros superiores, la escopolamina a do-

sis de 0.5 mlgms. la terapéutica antilúética también se ha recomendado a base de mercurio, arsénico y piretoterapia, pero hasta la fecha ha resultado negativa y aún exacerbó las molestias.

Reposo completo, masajes y movilización pasiva o masaje en las formas flácidas.

SERVICIO DE FISIOTERAPIA

EDAD: 31 AÑOS.

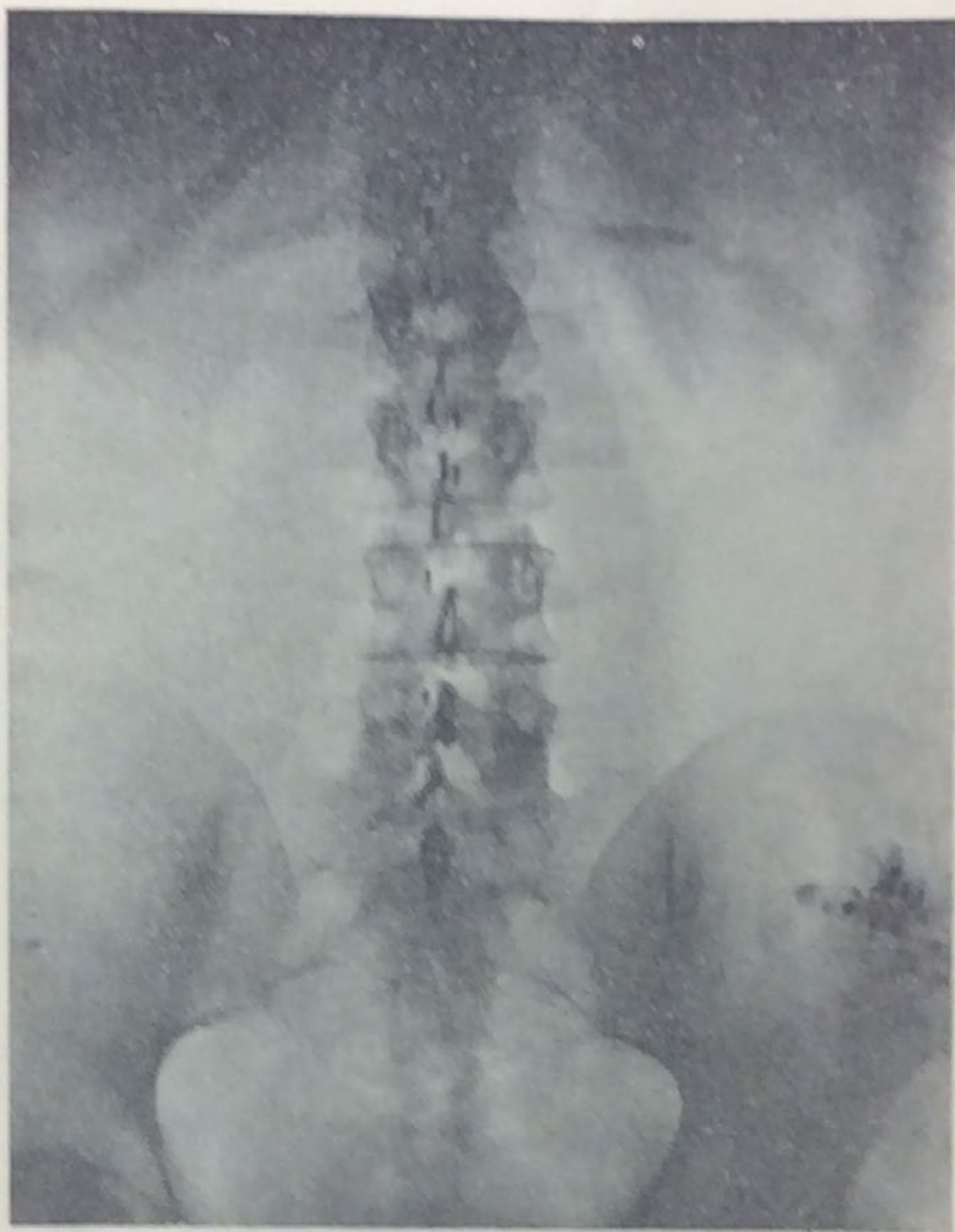
CRONAXIA.-MIEMBRO INFERIOR: AMBOS.

Enfermo: Sr. E. T. C.

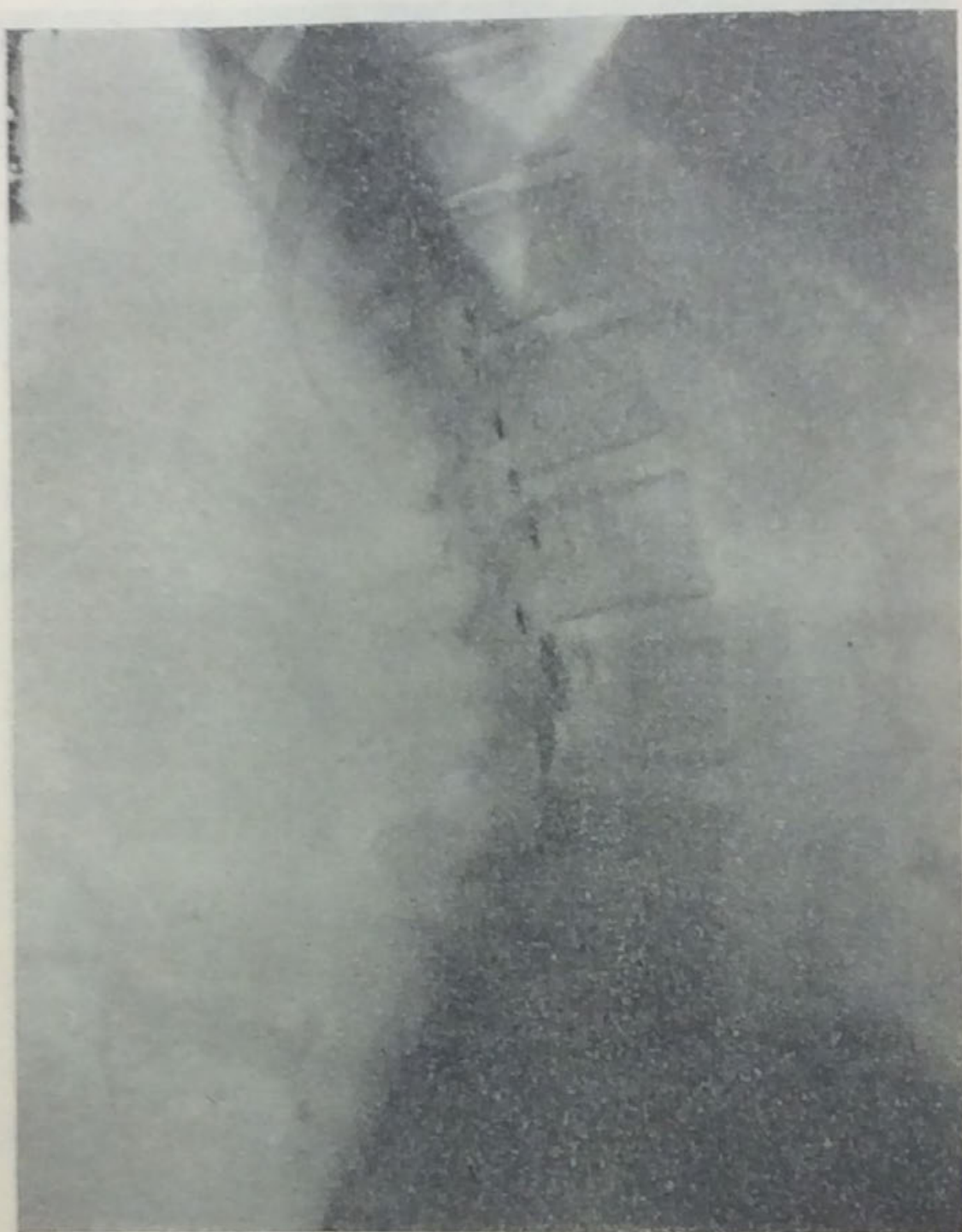
Fecha: 1º de junio de 1944.

ORIGENES RADICULARES	MUSCULOS	CRONAXIA ENCONTRADA		CRONAXIA NORMAL (sigmas)
		(sigmas)		
		Derecho	Izquierdo	
L/2 L/3 L/4	Gran glúteo	0.18	0.18	0.10 α 0.16 Primer grupo.
	Recto anterior del cuadriceps crural	0.19	0.19	
	Vasto interno	0.19	0.19	
	Vasto externo	0.19	0.19	
	Costurero	0.20	0.19	
	Gran adductor	0.20	0.20	
	Adductor medio	0.20	0.20	
	Recto interno	0.20	0.20	
	Tibial anterior { Punt. mot. inf.	0.22	0.22	
	{ Punt. mot. sup.	0.22	0.22	
L/3 L/4 L/5	Extensor común dedos pié	0.24	0.23	0.24 α 0.36 Segundo Grupo
	Extensor propio dedo grueso	0.23	0.23	
	Peroneo largo	0.23	0.23	
	Peroneo corto	0.23	0.23	
	Pedio	0.23	0.23	
	Sóleo	0.23	0.23	
L/5 S/1 S/3	Gemelo externo	0.20	0.20	0.44 α 0.72 Tercer grupo.
	Gemelo interno	0.20	0.20	
	Flexor dedos del pié	0.22	0.22	
	Músculos de la planta del pié	0.22	0.22	
	Bíceps crural	0.26	0.26	
	Semi-membranoso	0.26	0.26	
	Semi-tendinoso	0.26	0.26	

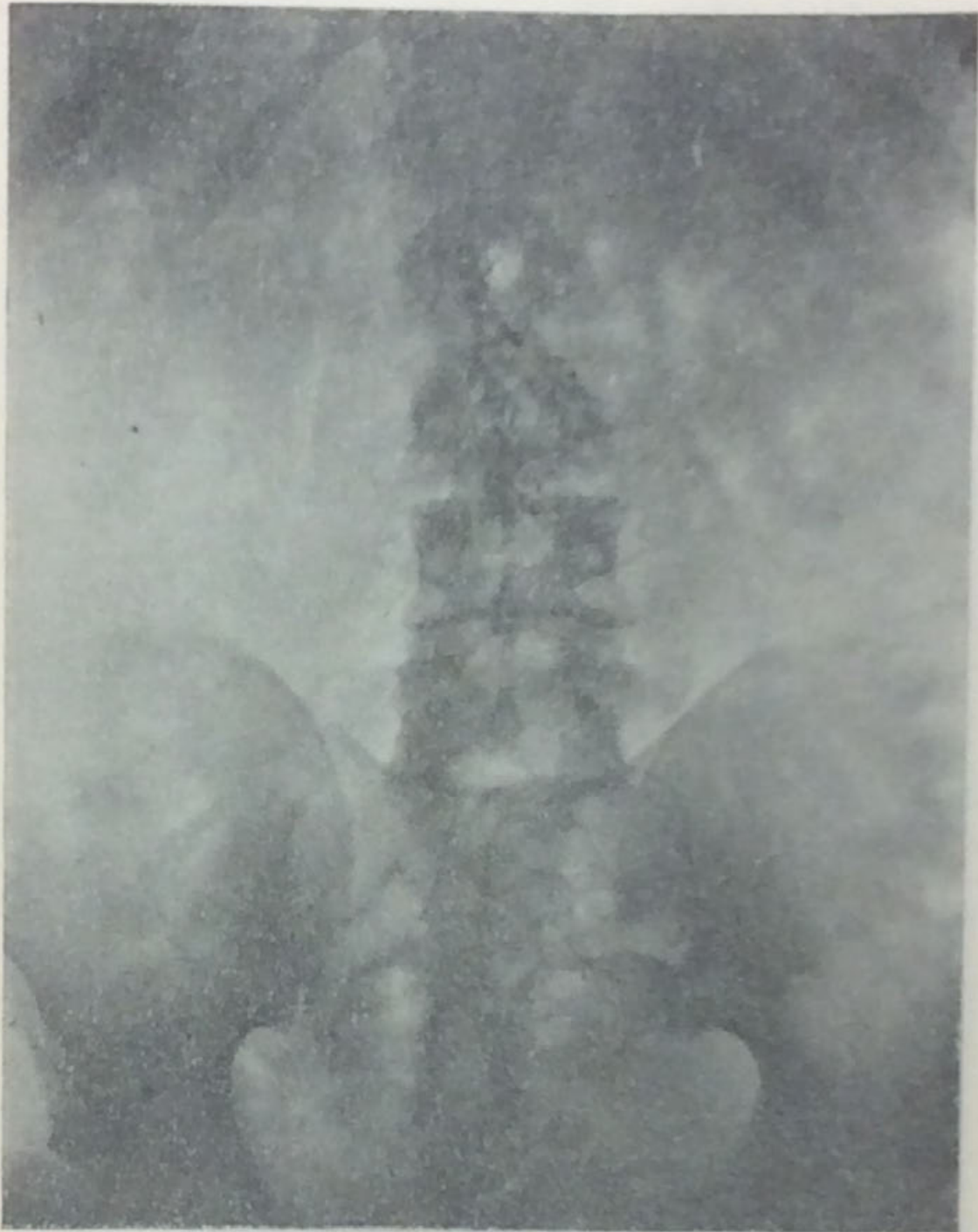
Figura 1



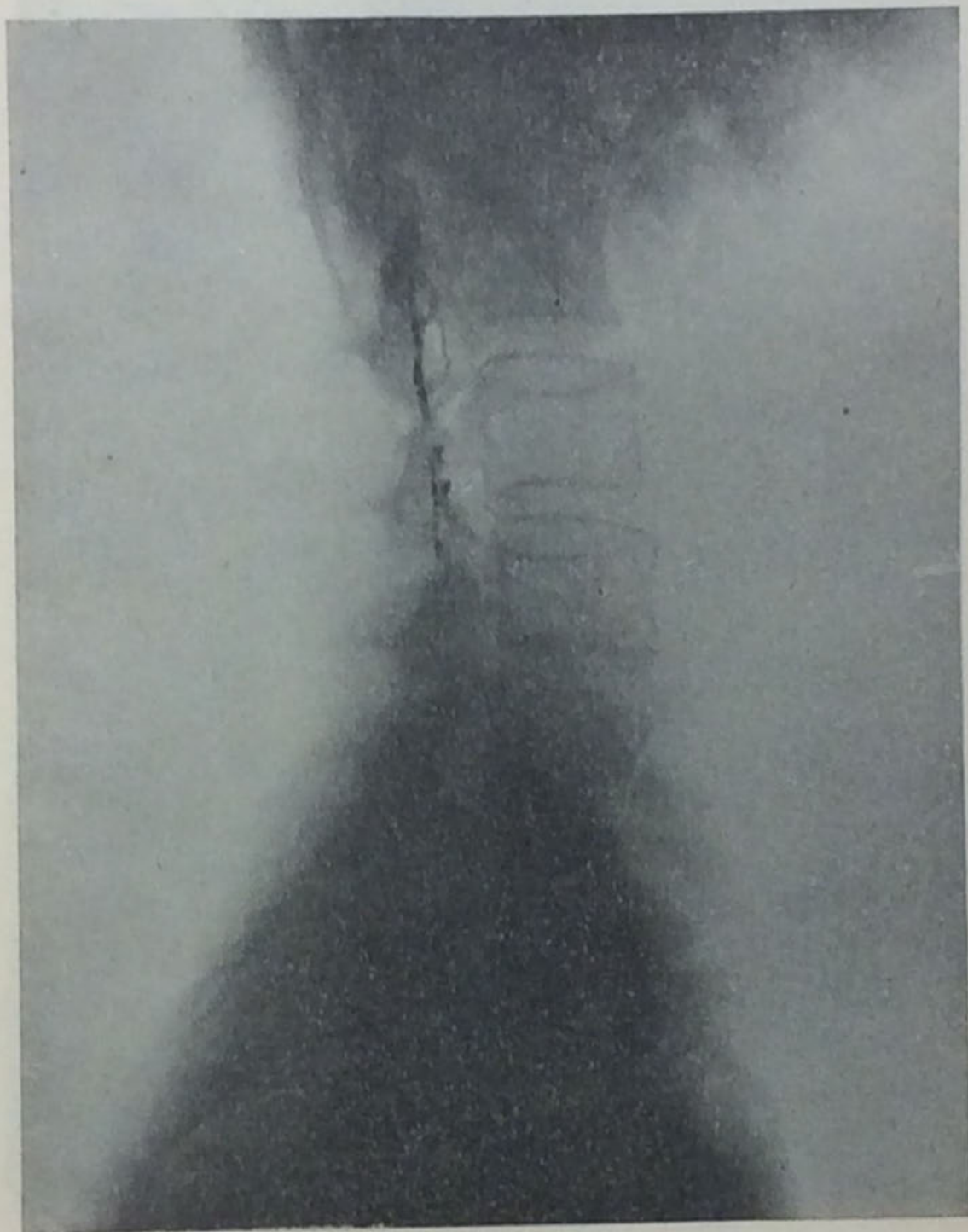
Paso del lipodoio en forma de "gotas o cuentas de rosario" en las crurocoiditis.
(Esclerosis en placas de forma espinal)



Vista lateral de la radiografía anterior.



Datención del lpicodol a nivel de la III^a lumbar por tumor extra-medular. Formación de la "Imagen de Medusa". (Comprobación anatomo-clínica)



La misma radiografía anterior, pero vista de perfil.

Las Alteraciones de la Cronaxia en las Esclerosis Diseminadas de la Médula

Por el Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

Diversas y variadas son las causas que pueden provocar lesiones de tipo escleroso en el neuroeje, por lo tanto en este resumen, sólo trataré con objeto de ser conciso, de las alteraciones de la característica de excitabilidad en aquellos padecimientos, ya catalogados en los tratados de neurología, bajo formas nosológicas bien agrupadas, y cuya denominación corresponde con las esclerosis múltiples diseminadas, o sea las esclerosis en placas, incluyendo también las enfermedades degenerativas medulares, pseudo sistematizadas, cuyo tipo es la esclerosis lateral amiotrófica.

Desde un punto de vista general, la anatomía patológica de estas lesiones, tiene algo en común, que las diferencia netamente, de otros estados degenerativos, me refiero, por ejemplo a las mielitis traumáticas, a las mielitis sífilíticas, y aun otras, cuya etio-patogenia es más clara que la de las lesiones de que nos vamos a ocupar:

Las lesiones anatómicas que engendran estas formas clínicas especiales, son las siguientes: formaciones de focos de esclerosis de distintas dimensiones en los puntos más diversos del sistema nervioso: médula, bulbo, cerebelo, cerebro, nervio óptico, etc., como en el caso de E. T. C. publicado en otro lugar de esta revista, caso, en donde se ha originado una verdadera neuro-mielosis óptica.

Estos focos, constituidos por un tejido fibro-neuróglico, se encuentran perfectamente delimitados, tienen una consistencia más compacta que la del tejido normal, y pueden situarse, tanto en la sustancia gris como en la blanca. Las meninges suelen tener alteraciones, especialmente la aracnoides por lo que son frecuentes, como se aprecia en la lipiodografía que hicimos, estados de aracnoiditis, endonde las lesiones son más acentuadas cuando están más en contacto con esta membrana. También se han descrito engrosamientos, de la pía madre.

Vistas en cortes microscópicos, histológicos, las placas esclerosas resultan constituidas por glía fibrilar, en las que están disemina-

dos, hecho casi característico y particular los cilindro-ejes, desprovistos de su vaina de mielina; los vasos sanguíneos, con las paredes engrosadas; las células nerviosas retraídas y pigmentadas. Los astrocitos son escasos, y muy pequeñas las células gliales, cuya trama, en cambio, es muy densa.

Repito: La persistencia de los cilindros ejes, desprovistos de su vaina de mielina, casi identifica la lesión desde el punto de vista de la clasificación anatomo-patológica, pero al salir el axón del foco, recupera su vaina mielínica y no se aprecian, por arriba o abajo del centro patológico,, degeneraciones ascendentes o walerianicas, siendo de suponerse, sin embargo, que el cilindro eje mengüe grandemente en sus nobles funciones de conducción electiva del influjo nervioso. Tales son a grandes rasgos los caracteres anatomo-patológicos que permiten diferenciar claramente estas alteraciones de otras, por ejemplo las mielitis.

Me he permitido hacer estas consideraciones de orden anatomo-patológico, porque ayudan a explicar y entender las alteraciones de la excitabilidad periférica.

Es muy conocido el hecho de que las esclerosis en placas, pseudo sistematizadas, ataquen a individuos adultos jóvenes a menudo entre los 20 y los 30 años, sin elec'ividad por el sexo.

La esclerosis diseminada, encuentra forma clínica, en siete principales tipos:

A).—La forma clásica descrita habitualmente en los tratados de neurología.

B).—La forma hemiparésica espinal de tipo Brown-Sequard, con temblor limitado a una mitad del cuerpo.

C).—forma amiotrófica, con atrofiás musculares variables, distribuidas indistintamente, y con alteraciones notables, de la característica de excitabilidad o cronaxia, y aun reacción de degeneración.

D).—Forma hiperespástica, con imponente hipertonia de tipo deficitario piramidal; clonus de la rótula y pie, signo de Babinski, y reflejos de automatismo espinal extremadamente vivos y amplios. Estos síntomas tienen predominancia en el miembro inferior, y obligan a los pacientes, en una forma temprana, a la invalidez y reclusión en la cama.

E).—Forma bulbar; con predominio de los síntomas bulbares; trastornos de la deglución, respiración, disartria, salivación y paresia lingual.

F).—Forma cerebelosa. En esta forma, hay dos tipos, según predominen los síntomas cerebelosos disimetría, asinergia, adiadoco-

cinesia, marcha pareto-espasmódico atáxica y trastornos del equilibrio, o bien la forma en que predominan los síntomas vestibulares, los que aparecen en una forma apoplética, con sensación de caída inminente, sensación rotatoria vertiginosa, marcha en estrella o en ziz-zag, exageración del vértigo voltaico, titubeo, diploma y nistagmo. Esta última forma presenta especial interés práctico, por lo que respecta al diagnóstico diferencial, puesto que es fácil confundirla con el síndrome del ángulo-ponto-cerebeloso, en especial con los neuromas del acústico.

G).—Forma de comienzo ocular: se inicia con pérdida de la agudez visual, ya sea de uno u otro lado o bilateral, con los signos oftalmoscópicos de una neuritis retrobulbar. Los síntomas característicos de la esclerosis múltiple en placas, aparecen tardíamente, como en el paciente, en que se instaló un cuadro de paraplegia espástica después de cinco años, de la alteración visual, habiendo esta última regresado parcialmente, síntoma que tiene algo de característico en esta forma clínica.

Como puede observarse, si bien ciertas formas son de fácil apreciación clínica otras son del todo difíciles, puesto que prácticamente, la sintomatología no siempre es pura, sino combinada, y por lo tanto habrá variantes infinitas, en cuyo caso el estudio del electrodiagnóstico, y particularmente la exploración sistemática de la cronaxia neuromuscular y aun de las cronaxias sensitivas tendrá gran valor, como ayuda al clínico. Siendo de hacerse notar que inclusive las variaciones patológicas de la Cronaxia, también serán múltiples y diferentes, no presentando siempre, desde luego, alteraciones que puedan tomarse como patognomónicas. En las siguientes líneas, procuraré, hacer un resumen, de las distintas alteraciones, cronácicas que pueden presentarse en estos pacientes, teniendo en cuenta como orientación, la forma clínica que adoptan los síntomas, cuya base he dado en los párrafos anteriores. Procuraré ser conciso, y práctico, anotando sobre todo los resultados obtenidos en pacientes que he examinado en distintas épocas, cuyos principales datos clínicos enuncio, y que obran en mi archivo particular.

1º.—Paciente de nombre J. A., mecánico ferrocarrilero, cuyo somero cuadro semiológico es el siguiente, (examen practicado el mes de enero del año de 1943): Miosis del O. D., disminución de la agudeza visual de tipo amaurótico súbito. Ligeró temblor intencional. Hiperreflexia osteoperióstica, de los miembros inferiores, asinergia y adinamia ligeras; discreta hiperespasticidad de los abductores con el signo reflejo de los mismos. Diminución de los reflejos cutáneos abdominales, etc. etc., de modo que, es'os síntomas, agregados a reac-

ciones serológicas del L. C. R. absolutamente normales, puede afirmarse la existencia de esclerosis en placas. El resultado del examen cronáxico fué el siguiente: cronaxias motoras generales, en los límites de la normalidad; isocronas las cronaxias de subordinación; discretamente disminuidas las cronaxias de los adductores mayor y medio de ambos lados:) cuyo valor fué de 0.07 en vez de 0.08 como mínimo. Las cifras cronáxicas antagonistas y sinérgicas, es decir las cronaxias de coordinación, normales y con relaciones también normales de uno a dos, con respecto a la de los agonistas. Es decir que en este período de la enfermedad y en este caso, las cronaxias motoras, dan datos bien vagos, tomadas aisladamente, sin ayuda de los datos clínicos. Cabe sin embargo, hacer notar aquí, que hubo un dato de interés al explorar la cronaxia sensorial del sistema óptico: en efecto, se excitó el globo ocular, en dirección del eje óptico, tomando como criterio de respuesta, el fosfeno axial localizado. En el ojo izquierdo se obtuvo una cronaxia sensorial del orden de 3.70 sigmas y en el derecho, de 4.32 sigmas, demostrando esto la iniciación del proceso neurítico retro bulbar en el O. D. y así la disminución en la agudeza visual. Debo advertir, que en mi concepto, este dato es un buen signo diagnóstico.

Las cronaxias sensoriales, del sistema óptico y la cronaxia vestibular, forman un grupo autónomo aparte de las cronaxias motoras.

La Cronaxia axial óptica, normalmente presenta un valor del orden de 2.2 a 4. Sigmas.

2º.—La forma Hemiparésica con temblor limitado a una mitad del cuerpo tiene un especial interés en investigarse, puesto que representa, un verdadero estudio de fisiopatología Medular. He tenido oportunidad de ver pacientes, con diagnóstico primordial de "parquinsonismo", y un estudio cuidadoso clínico y eléctrico, demuestran lo siguiente: Sr. Ing. I. C. de 52 años de edad; facies inexpresiva y palabra monótona. Temblor de reposo, que se acentúa, con los movimientos, en la porción distal del miembro superior derecho. En el miembro inferior derecho, rigidez de tipo piramidal e hiperreflexia osteo-tendinosa. Babinski bilateral cruzado. Trastornos de la sensibilidad superficial en el miembro inferior izquierdo, en los territorios de los nervios plantares. (Hipoestesia y acroparestesias); en los miembros superiores disminución de los reflejos propioceptivos, (prueba de Holmes-Stewart positiva y dismetría ligera, etc., etc.

El estudio cuidadoso de la cronaxia neuro-muscular motora general reveló un síndrome espinal, de tipo deficitario piramidal puro en el miembro inferior derecho, caracterizado por el aumento de consideración de la cronaxia de los músculos de las regiones anteriores del

muslo y anteroexterna de la pierna derecha, y una disminución, de la cronaxia de los músculos de las regiones posteriores del muslo y de la pierna, quedando descartada, en este modo, la hipótesis de una "rigidez extrapiramidal". Por otra parte, los trastornos sensitivos, del miembro inferior opuesto, tratándose de este paciente, inteligente en sus respuestas y valorando bien las sensaciones, quedaron demostrados, puesto que se encontró que las cronaxias sensitivas cutáneas en este lado, estaban aumentadas tomado como índice de respuesta, la sensación de "choque" que produce el excitante eléctrico. Como hecho demostrativo y de enseñanza, puede citarse, el que la cronaxia sensitiva cutánea, de la región plantar izquierda, era del orden de 1 s. 15 centésimos, cuyo valor también lo era del músculo tibial anterior derecho, 1 s. 18 centésimos, explicando, en mi concepto, de este modo, la aparición del signo de Babinski cruzado, puesto que entonces se hace la "resonancia" sensitivo-motora, quedando demostrada, por prueba fisiopatológica, la ley de los reflexos normales, que dice: "los reflejos están condicionados por el isocronismo sensitivo-motor regional". Esta ley es también una variante de la ley del isocronismo neuro-muscular, y a su vez, estas leyes, no son más que capítulos de la ley universal de las "sintonías o resonancias", que en todos los ordenes de la actividad cosmogónica se realizan.

3º.—Forma amiotrófica.—Como tipo para esta descripción, recuerdo dos pacientes: T. F. y S. H., el primero israelita, de la frontera ruso polaca, y el otro, paciente, mexicano, ambos con hipotrofia o amiotrofia muscular visible y comprobable aun a la exploración clínica.

Al primero de estos pacientes, lo he podido observar, durante un buen lapso, desde el año de 1937, época, en que presentaba "simples debilitamientos" "sensaciones de astenia profunda", alteraciones visuales discretas, hasta principios de este año, en donde las amiotrofias, sin ser de tipo degenerativo total, lo son lo suficientemente avanzadas para lisiarlo casi completamente. Por supuesto no faltan las contracturas piramidales, los síntomas centrales, la palabra escandida, (sacudida) risa espasmódica, y aun parálisis de los músculos rectos internos oculares.

En las nociones anatomopatológicas, quedó sentado que los cilindro ejes, al atravesar el foco escleroso, quedan desnudos de su vaina de mielina, y que el foco no respeta sitio del neuro eje. De modo que, si la lesión recae en los cuernos anteriores de la médula, es decir, en la teloneurona o en su prolongación celulifuga forzosamente producirá una sintomología concordante con esta topografía.

Seguramente que al quedar detenido el crón, su función de conducción se altera severamente, aunque no tanto para producir un estado de disquisis, sino que presentará resistencia al paso del influjo nervioso, esencialmente como lo haría un conductor eléctrico deteriorado, sin interrupción completa. Ahora bien, la primera modificación que se presentará en la excitabilidad periférica, será la de una elevación moderada de la característica de excitabilidad o cronaxia, según la ley que dice: "El valor de la cronaxia está en relación inversa de la velocidad del influjo nervioso." Punto interesante, esta alteración, se podrá comprobar, mucho antes que los síntomas clínicos sean consensuales.

Verificando las exploraciones eléctricas en este paciente (I. F.), encontré polimarfismo en las respuestas. Excitando y explorando la cronaxia de los nervios periféricos, pude poner en evidencia un ataque parcial y en los músculos dependientes de los mismos, en ciertas porciones, parecen estar intactas las fibras musculares, mientras que en otras la cronaxia se encuentra elevada hasta unas diez veces lo normal. Así por ejemplo en los músculos gemelos, pude encontrar cronaxias del orden de 0.78 sigmas (Normal), y en otras fibras, de los mismos músculos, cronaxias del orden de 700 centésimas de sigma.

Un dato de interés para el diagnóstico de esta afección, es el de estudiar un sistema neuro-muscular, con una intensidad próxima al umbral, y puede verse que las respuestas musculares son variables en una misma, la estimulación global será ostensible, mientras que en otras se apreciarán contracciones fibrilares aisladas bien marcadas.

En los músculos clínicamente sanos, por ejemplo en el tríceps, encontré cifras cronaxicas normales en las dos porciones externas, y en el vaso interno encontré una cronaxia disminuida del orden de 0.17 s. en el bíceps en cambio, (lado derecho), existe una cronaxia moderadamente elevada. Es posible que se trate aquí de un típico fenómeno de repercusión, en un sistema antagónico sinérgico de músculos.

En las últimas exploraciones practicadas a I. F. no he encontrado la reacción de Hunt o de degeneración, en su periodo final.

2ª—Fama hiperspástica con importante hipertonía de tipo de fibrilación piramid. Por el momento tenemos dos observaciones, completamente características. La primera, la Srta. X. M. y la segunda del caso que ha motivado esta breve monografía: el Sr. E. T. C., me voy a contentar a velar los datos cronaxicos, recogidos, en este ultimo caso.

El estudio sistemático de la cronaxia neuro muscular del Sr. E. T. C. Muestra en el miembro inferior, (ver grabado artículo anterior).

a) — Los músculos del primer grupo, cuyas cronaxias normales deben estar comprendidas entre 10 a 16 centésimas de sigma, muestran una elevación aproximada de 2 a 4 centésimas.

b) — Los músculos del segundo grupo muestran unas cifras cronaxicas en el límite de la cifra mínima admitida como normal, 22 centésimas como promedio.

c) — Por último, los músculos cuya cronaxia normal del tercer grupo debería ser del orden de 44 a 72 centésimas, se encuentra francamente disminuida, entre los límites de 1/2 a 1/3 de lo normal.

d) — Los músculos del abdomen y tronco, así como de los miembros superiores, presentan una característica de excitabilidad aproximadamente normales; dicho sea de paso, a pesar de existir un fino temblor, activo distal.

e) — Las cronaxias sensitivas plantares, tomando como índice de respuesta la sensación de "Shok" al excitante eléctrico, muestran disminución: 26 centésimas y son isocronas con los músculos del grupo II.

APRECIACION.

1º — No existen cifras cronaxicas elevadas en ninguno de los músculos explorados, por lo tanto el trofismo neuro-muscular periférico está intacto.

2º — Antes por el contrario, los músculos del grupo IIIº han pasado a ser del grupo IIº, toda vez que sus cifras cronaxicas, han quedado reducidas aproximadamente a la mitad de su valor.

3º — Las cronaxias de las fibras sinérgicas del músculo tibial anterior y la cronaxia sinérgica del músculo solio han quedado reducidas al grupo II. Por lo tanto las cronaxias sinérgicas de coordinación se han perdido.

INTERPRETACION:

Las cifras cronaxicas obtenidas, concuerdan con dos aspectos fundamentales clínicos: La falta de atrofia muscular y la imponente hipertonia con sus síntomas concomitantes.

Puede decirse que es el caso típico y hasta excepcional, de la realización del síndrome cronaxico espinal deficitario piramidal, en su forma más pura, no encontrándose siquiera el síndrome primitivo originario, como en el caso del paciente que hemos visto paralelamente con este, en el cual se encontró una paraplegia espástica, secundaria, (fenómeno secundario de repercusión), por comprensión me-

dular, originada por un tumor medular, siendo que en este caso se pudo demostrar el síndrome cronáxico primario de comprensión medular, y el de repercusión o espinal secundario.

Seguramente que se podrá afirmar un pronóstico sumamente severo, por lo que "quoad valetudinum" respecta con estos datos de electrodiagnóstico. Insistiendo un poco, en la explicación patogénica de las alteraciones de la excitabilidad, se puede admitir que estando libres los arcos diastálticos metaméricos correspondientes, sistema reflexo sensitivo motor, de su control coordinador central córtico-piramidal, y siendo la médula un "órgano que trabaja a presión", dispuesto siempre a obrar, según la feliz expresión de Charcot, resultará, que por una parte, el tono muscular, que es esencialmente un acto reflejo, se mostrará en toda su intensidad y por otra, estando los músculos ya sin función de obediencia al aparato central, dejan de existir las especialidades motoras, de elección, extensión, sinergismo y coordinación, y por lo tanto si ha quedado demostrado, que las funciones de los músculos y los reflejos quedan supeditadas a su especialidad, y por consiguiente a su sinergismo cronáxico, se obtendrá una "uniformación de función" si es que cabe la expresión, y por lo tanto las cifras cronácicas, tenderán a igualarse o a invertirse relativamente.

5º—Las otras formas de esclerosis diseminadas, enunciadas al principio del trabajo, a saber la bulbar, la cerebelosa y la de comienzo ocular, me abstengo de hacer consideraciones sobre ellas, ya que, en los casos descritos, se han visto combinaciones de una o de otra forma y se comprende que serán síndromes, con la predominante que se enuncia.

CONCLUSIONES:

- 1º—En la mayoría de los casos, la investigación clínica experta y acuciosa, puede llevar a conclusiones diagnósticas acertadas en las esclerosis diseminadas del neuro eje.
- 2º—La exploración electrodiagnóstica sola, o la investigación sistemática de las cronaxias generales, motoras, sensitivas y sensoriales pueden dar datos sumamente precisos y ayudar al clínico en su tarea de síntesis, pero no creo que de ninguna manera puedan sacarse conclusiones patognomónicas, que substituyan a la exploración clínica.
- 3º—La triada: investigación clínica, más datos de gabinete, más datos de laboratorio, permiten llegar a un diagnóstico cierto.
- 4º—La repetición periódica de los estudios cronácicos, puede orientar en la marcha seguida por la enfermedad, y dar conclusiones pronósticas precisas.

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

CONSTITUCION PERVERSA

En un trabajo titulado "La Constitución Perversa y la Responsabilidad", presentado al Segundo Congreso Latino-Americano de Criminología de Santiago, Chile, la Dra. Susana Solano (de Lima, Perú), después de exponer los conceptos de la Escuela Alemana, con Kretschmer a la cabeza, y de la Escuela Italiana, con De Giovanni, Viola, Pende y otros, considera las contribuciones inglesas y finalmente hispano-americanas (Renato Kehl, Garrido Quintana), llegando a las siguientes conclusiones:

"No existe una constitución perversa, que implicaría admitir la existencia del perverso nato.

Hay diversas formas de perversidad, incrustadas en los diversos tipos mixtos de personalidad neuropsicopática, determinadas por la influencia de toxi-infecciones genotípicas o paratípicas y por la influencia del medio social en que se desarrollan.

Las diversas modalidades de constitución perversa admiten gradación: Máxima, mediana y mínima.

La Biotipología es la técnica más precisa para la apreciación de las diversas modalidades de la constitución perversa y la responsabilidad, que está en relación con el grado de perversidad diagnosticada."

NUEVO REFLEJO DE LA CARA

Austregesilo Filho describe en la Revista Médica Municipal (Río Janeiro, II-3, 1941) un reflejo de la faz que consiste en la contracción del orbicular de los labios con elevación del labio superior del mismo lado de la excitación, del opuesto o de ambos, por percusión de la mejilla un poco abajo del malar. Ese reflejo se encuentra en individuos sanos, sobre todo en los emotivos, expansivos o ciclotímicos

y en los psiconeuróticos, especialmente en los psicasténicos. Tiene importancia en la paresia facial y en la neuralgia del trigémino, cuando está ausente en el lado enfermo, y en los casos de hipertensión craneana su ausencia unilateral permite una localización probable del proceso comprensivo en la fosa craneana posterior. No debe ser confundido este reflejo, dice Taques Bittencourt en la Revista de Neurología y Psiquiatría de Sao Paulo (ag. 1943) con el de Chvostek, que consiste en la desviación de la comisura bucal hacia el lado percutido en enfermos de tetania.

IDENTIFICACION DE RESTOS OSEOS

E. Schottlaender expone los métodos para identificar restos óseos, demostrando que en el esqueleto, especialmente en el cráneo, pueden encontrarse suficientes datos para identificar al individuo o facilitar la identificación. Es posible reconstruir la cara sobre el cráneo y llegar, como en el caso de Domenico La Rosa, al arresto de asesinos ("Universidad de Antioquía" Medellín, Colombia, febrero-marzo 1944). Se recomienda este documentado trabajo a los médicos legistas.

ECONOMIA DE GUERRA Y EDUCACION EN VENEZUELA

La economía de guerra y la educación del pueblo venezolano fué el tema tratado por el Dr. Luis B. Prieto, de Caracas, en la Séptima Convención Nacional del Magisterio Venezolano, aprobado por la comisión respectiva. Concluye que la economía de guerra que tiene por objeto la defensa de la nación, debe involucrar la educación del pueblo; deben suprimirse los gastos superfluos; debe estudiarse detenidamente y elaborarse el presupuesto para educación, prefiriendo lo urgente, pero sin renunciar a la prestación de servicios cuyas erogaciones se procurará no interfieran a lo más necesario. (Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo, Uruguay, marzo 1944).

PEDIATRIA

El Boletín Médico del Hospital Infantil Vol. I, Nº 2 (México, junio 1944), ofrece tres casos presentados que pueden interesar al neuropsiquiatra tanto como al especialista en enfermedades transmitibles o en pediatría: "Mielitis por vacuna antirrábica", por el Dr. Fernando López.

Clares; "Tifoidea y Meningitis tífica en un lactante", por el Dr. Pedro Daniel Martínez. y "Tumor calcificado del lóbulo parietal derecho del cerebro (probablemente tuberculoma)", por el Dr. López Clares. Estos casos, ampliamente detallados en la mencionada publicación, enriquecen la casuística y establecen líneas de conducta.

CRIMINOLOGIA Y DERECHO

La Revista de Derecho Penal editada por la Universidad de San Luis Potosí ofrece, en el núm. 18, año III, (México, marzo 1944), los siguientes trabajos, de utilidad para el psiquiatra, el jurisconsulto y el médico legista: "Posibilidad de integración armónica entre los tipos de delito y los tipos de delincuente", por el Dr. Jaime Masaveu, de la Universidad de Madrid y la Escuela de Estudios Penitenciarios; "Concepto de la Vida Ejemplar", por el Dr. José Agustín Martínez, Ministro de Justicia en Cuba; "La Clínica Criminal", por el Lic. Mariano Ruiz Funes, de la Universidad de Murcia, España, gran penalista; "La Reforma Penal", por el no menos eminente Luis Jiménez de Asúa (conferencia pronunciada en Bolivia), y "Problemas de Criminología, Dostoievski, creador de la psicología criminal", por el Prof. Juan Lacerias, de Buenos Aires, Argentina. En la imposibilidad de resumir aquí estos trabajos, se señala la importancia de los mismos, recomendando su lectura a los interesados en estas disciplinas.

NUEVO LIBRO

Gentilmente nos fué enviado un texto de neurología editado en Edimburgo, Escocia, por E. & S. Livingstone, del cual es autor F. M. R. Walshe, Doctor en Ciencias Naturales de la Universidad de Irlanda, eminente profesor en Londres y neurologista del Seamen's Hospital de Greenwich. Su libro, titulado "Diseases of the Nervous System", que ha alcanzado ya la tercera edición (1943), tiene algunos esquemas en línea y grabados en medio-tono sumamente ilustrativos, siendo la exposición muy sencilla y completa, por lo que es en realidad útil para médicos y estudiantes. La distribución de los temas es, en parte, original, pero de todos modos con la tendencia a ser práctica. La Primera Parte está dedicada a los principios generales de diagnóstico neurológico, teniendo como introducción los factores no-anatómicos (modos de perturbación de las funciones nerviosas, factor tiempo en la producción del síntoma, influencia de la edad, el sexo y la herencia). Después ya se entra detalladamente en los factores ana-

tómicos o de localización. La Segunda Parte se refiere a la descripción de las más comunes enfermedades del sistema nervioso. Constituye la parte esencial y más amplia del libro. Finaliza la obra con un cuadro para exámenes clínicos del sistema nervioso. Esta obra, como deben ser todas las que actualmente se dediquen a Neurología o Psiquiatría, contiene capítulos referentes a la rama inseparable correspondiente, y así, en este libro, hay un capítulo dedicado a las psiconeurosis. No se concebiría de otro modo, ya que la materia es, en realidad, neuropsiquiatría, y sólo con fines didácticos o eventuales se dedica una obra o una cátedra a la Neurología propiamente dicha, excluyendo hasta donde se pueda las enfermedades mentales que nunca son "puras" (psicosis), o a la inversa, cuando se trata de presentar una obra o exponer una cátedra de Psiquiatría, procurando excluir aquellos padecimientos del sistema nervioso que comprometen poco las funciones mentales.

Por lo demás, el autor explica bien, en el prefacio, la índole de su libro, los fines que se propone, así como algunas salvedades que juzga pertinentes. El volumen es pequeño y creemos que satisface las aspiraciones del autor.

FREUD Y MOISES

Dice el Dr. Garma en "Revista de Psicoanálisis", Buenos Aires, Año I, N° 4, 1944, refiriéndose a un trabajo de Lydia Oehlschlegel ("Examinando el libro de Freud sobre Moisés"):

Se señala la indiferencia de Freud frente a la religión como causa de errores de su interpretación de la figura de Moisés. Así la autora afirma que Freud tiende a considerar a Moisés como la primera persona que inculcó su fe peculiar al pueblo hebreo, olvidando la existencia anterior de Abraham. Se sabe que la madre de Moisés fué siempre fiel a las enseñanzas religiosas de Abraham y ella debió inspirar a su hijo su actuación futura.

El libro sobre Moisés de Freud "representa una tentativa inconsciente de su autor para resolver el propio conflicto religioso-racial. Es una tentativa de racionalizar su rechazo de la religión y de compensar su sentimiento de inferioridad".

("Psychoanalytic Review", 1943, vol. 30, pág. 67).

SIGNO DEL RETICULADO ELECTRICO

El Dr. Miguel Angel García Olivera, Profesor Adjunto de Medicina Legal de la Universidad Nacional de la Plata, en "Archivos de Medicina Legal", año XIV, núm. 1, marzo-abril 1944, expone en detalle la constatación que ha hecho de un signo particular en los cadáveres de electrocutados y que ha llamado "reticulado eléctrico". Es una mancha rojo-violácea dibujada a través de la epidermis, cercana al punto donde se hace el contacto. El autor hace un estudio de la acción de las diversas corrientes eléctricas en el cuerpo, así como de la marca que señala. Unos fotogramas ilustran el trabajo.

CHOQUE EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES

En el estudio estadístico que hacen Fernando O. Bastos y Joy Arruda (trabajo presentado a la Sociedad de Medicina y Cirugía de Sao Paulo, Brasil, el 3-XI-43) sobre los diversos métodos de choque empleados en el tratamiento de algunas enfermedades mentales, concluyen:

A.—La insulino-terapia de Sakel está principalmente indicada:

1º—En las esquizofrenias. Más particularmente: a) en las formas agudas, con menos de un año de duración; b) en las formas de tipo paranoide; c) en los casos acompañados de excitación psicomotora; d) en las formas en que hay profunda repercusión somática, con desnutrición consecuente al negativismo y sitiofobia.

2º—En la psicosis maniaco-depresiva (tanto en las formas depresivas como en las formas maníacas).

3º—En las psiconeurosis, principalmente en las que se acompañan de un componente ansioso intenso y en los cuadros psicasténicos.

B.—La cardiazol-terapia de Von Meduna está principalmente indicada:

1º—En los síndromes maniaco-depresivos (tanto en las formas depresivas, como en las formas maníacas y en las depresiones involutivas).

2º—En los síndromes confusionales.

3º—En los síndromes psiconeuróticos (particularmente en las histéricas).

4°—En la esquizofrenia catatónica, sobre todo en las formas estu-
porosas de corta duración.

C.—El electrochoque está principalmente indicado:

1°—En las formas depresivas de la psicosis maniaco-depresiva
y en las depresiones involutivas.

2°—En las psiconeurosis.

3°—En las esquizofrenias agudas, en particular en la forma ca-
tatónica.

ACCIDENTES ENCEFALICOS DE LA CONVULSOTERAPIA

El Dr. Paulo Pinto Pupo, asistente del Laboratorio de Anatomía
Patológica en Juquerí, Sao Paulo, Brasil, publica en los "Arquivos de
Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao Paulo" (Vol. VIII, N° 3-4,
sept.-dic. 1943), algunos casos tristemente elocuentes acerca de las
lesiones epileptógenas o mortales consecutivas a tratamientos por
choques convulsionantes con cardiazol o con electricidad. Muestra
el peligro de aplicar estos tratamientos en enfermos portadores de
lesiones vasculares encefálicas, en paralíticos generales y algunos
otros.

L. C. R., EN EL COMA INSULINICO

Los estudios del líquido céfalo-raquídeo en los individuos some-
tidos al coma insulínico por el método de Sakel indican modificacio-
nes según sean comas regulares o patológicos, siendo las principales:
hipertensión, hiperglicorraquia, alteraciones citológicas, etc., temas
tratados en un artículo de los Dres. Mario Yahn y Juan Bautista dos
Reis (loc. cit.). El Dr. Pinto llama coma insulínico patológico a los co-
mas prolongados, irreversibles o post-hipoglicémicos. Los autores ex-
plican las posibilidades en el mecanismo de esas alteraciones.

OTROS TRATAMIENTOS DE CHOQUE

Se han estado ensayando los choques con Tonamina de la casa
Hormona (México), y con Acetilcolina de la casa Hoffmann La Roche
(Estados Unidos) —borrasca vascular—, sobre los cuales nos propo-
nemos informar próximamente, citando nombres de los experimentado-

res, observaciones hechas, conclusiones, circunstancias de lugar, tiempo y casuística. Estos trabajos se refieren sobre todo a casos de equizofrenia, pero todavía sería prematuro aventurar opiniones y sobre todo los trabajos se encuentran en plenos comienzos y por estarse efectuando actualmente sería inoportuno citar detalles. A su debido tiempo y con la autorización de los autores se mencionarán los resultados de esta interesante tarea.

HEPATO-VIT

REGISTRO N° 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.

(FUENTE)

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)

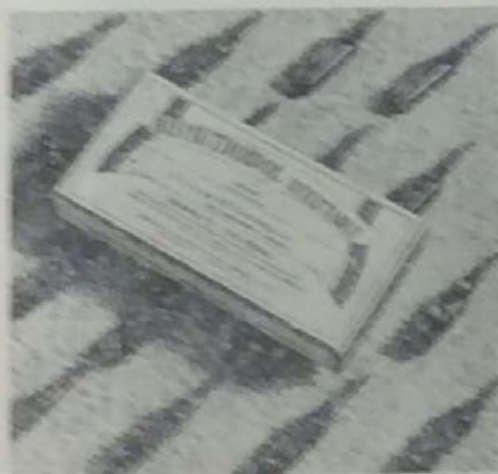
Caja de 10 amp. de 5 c. c.
Extracto Hepático 5 c. c.
Vitamina C. 1,000 U. I.

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES N° 35

MEXICO, D. F.

BISMUTHOIDOL



ROBIN

BISMUTOTERAPIA ESPECIFICA

Bismuto coloidal al estado de metal absolutamente puro, en solución acuosa. Totalmente indoloro. No se acumula en el organismo. No provoca choques ni otras reacciones. Garantiza el conocimiento exacto de la dosis de Bi. metal circulante.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA VIGILANCIA MÉDICA. Reg. Núm. 10421 DSP. Prop. Núm. 9110 y 5682

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

RHN NÚM. 37

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 25
COMPRESIDOS * 0.25
FRASCOS DE 70
COMPRESIDOS * 0.05
FRASCOS DE 200
COMPRESIDOS * 0.01

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

Reg. N° 10245-0 3 R

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUE POULENC Frères & "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

ONEVIL

Dr. ROBERTO F. CEJUDO

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli N° 85.

Tels.: 13-34-50 y L-43-74

Dr. TEODORO FLORES COVARRUBIAS

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

Génova N° 39.

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

Dr. JOSE TORRES TORIJA

Av. Madero N° 66.

Tels.: 12-45-48 y J-11-33

Dr. GUIDO TORRES MARTINEZ

RAYOS X — TERAPIA PROFUNDA — ELECTROPIREXIA

Londres N° 13.

Tels.: 14-65-66 y L-72-68

LABORATORIO MEDICO DEL

Dr. ALBERTO LEZAMA

Regina N° 7.

Tels.: 12-60-02 y J-33-06

INTERNADO BINET

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15 Eric. Local 140 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.

Secretaría: Señorita profesora Lilia Alfaro Vega.

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

Neurología: Dr. Francisco Elizarraras G.

Oto-Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez.

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández McGregor.

Odontología: Dr. Enrique Encinas Vélez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turabull.

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, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

NEUROTONINE

Registro N° 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.

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

LABORATORIOS "GAVRAS"

Antonio Solá N° 58.

MEXICO, D. F.

Clínica Neuropsiquiátrica

"Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova N° 39

Téls.: 14-20-62 y L72-30

México, D. F.



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.*
Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*
Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto F. 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: 15-59-59 y F-06-50



DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

PRACTICANTES:

JESUS URRIZA, ROBERTO MOULUN y O. LEON CAMELO

TODO EL PERSONAL ESPECIALIZADO