

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México

SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS AMERICANOS
CONTEMPORANEOS. — *Dr. Ernesto Daniel
Andía.*

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS EN LOS PADE-
CIMIENTOS PSIQUIATRICOS. — *Por el Dr.
Manuel Velasco Suárez.*

VOL. XIII.

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 77

ENERO - FEBRERO 1947.

MEXICO, D. F.

SULFANA

Wander

UNGUENTO

PARAMINOFENILSULFANIDA

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 Acétylsarsan

*rigurosamente indoloro
discreto, facil
neurotónico y eutrófico*

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

Reg^s. 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.

BELLASEDOL INYECTABLE

Asociación de AMINOXIDO DE ATROPINA y del FENOBARBITAL

Parasimpaticolítico y Sedante

DOS DOSIFICACIONES: 0.001 gr. de Aminóxido
de Atropina,
5 y 10 centigramos de
Fenobarbital.

Este medicamento es de empleo delicado.

Reg. No. 28616 S. S. A. - Prop. No H-1.

Hecho en México.

LABORATORIOS LAUZIER

Av. Chapultepec No. 276

México, D. F.

PASIDOR

SEDANTE NERVIOSO e HIPNOTICO LIGERO

Salix Alba

Passiflora

Valeriana

Crataegus

DOSIS: Como SEDANTE, 1 cucharadita cafetera 2 a 3
veces al día.

Como HIPNOTICO, 2 cucharaditas cafeteras
antes de acostarse, puras o con un poco de agua.

Este medicamento es de empleo delicado.

Reg. No. 27231 S. S. A. - Prop No H-1

Hecho en México

LABORATORIOS LAUZIER

Av. Chapultepec No 276

México, D. F.

BETORMON

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

●
HIPAOVITAMINOSIS 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.

HEPATO-VIT

REGITRO No. 19483, D. . 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. INURGENTE No. 35

MEXICO, D. F.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

FUNDADORES:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

y

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

DIRECTOR

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

SECRETARIO DE REDACCION

DR. LUIS G. MURILLO

ADMINISTRADOR

LUIS A. HERRERA

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN XIII. No. 77 ENERO - FEBRERO DE 1947 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 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 domicilio 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 será enviada al Director.—

GENOVA No. 39.

MEXICO, D. F.

YODITREN COMPS. ADULTOS

Tubos de 20 comprimidos

FORMULA:

Succinilsulfatiazol.....	0.40 grs.
Yodo Cloro Hidroxiquinolina.....	0.10 "
Excipiente c. b. p.....	0.60 "

INDICACIONES: Enteritis, Colitis agudas o crónicas. Amebicida.
POSOSOGIA: De seis a diez comprimidos al día

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

YODITREN COMPS. INFANTIL

Tubos de 20 comprimidos

FORMULA:

Succinilsulfatiazol.....	0.20 grs.
Yodo Cloro Hidroxiquinolina.....	0.05 "
Excipiente c. b. p.....	0.30 "

INDICACIONES: Gastroenteritis, Colitis mucosanguinolentas Amebicida.
POSOSOGIA: De tres a diez comprimidos al día, según el peso del niño.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

INDICACIONES: Poderoso amebicida. Valioso auxiliar en colitis agudas y crónicas.	YODITREN Inyectable AMPOLLETAS DE 2 c. c. Caja de 6 amps. FORMULA: Yodo-oxi-quinolin Sulfato de sodio..... 0.06 grs. Agua bidestilada estéril c. b. p..... 2 c. c. Reg. No. 26482 S. S. A.	POSOSOGIA: Inyecciones intramusculares o endovenosas. Casos agudos: una ampolleta diaria, de preferencia endovenosa; sin trastornos de ninguna especie. Estados crónicos una ampolleta cada tercer día.
--	---	---

NEUROTONINE

Registro No. 15314

SEDANTE — HIPNOTICO — ANTIESPASMODICO

FORMULA:

Sal sódica de ácido dietilbarbiturico.....	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, S. DE R. L.

ANTONIO SOLA No. 58

Apdo Postal 8771 - MEXICO, D. F. - Tel. Eric. 14-26-60

Alienistas y Neurólogos Americanos Contemporáneos.



BIBLIOTECA
CENTRAL

Dr. Ernesto Daniel Andía

Uno de los más destacados valores intelectuales de la psiquiatría y de la neurología en nuestro Continente, es sin duda alguna

el ilustre médico argentino a quien dedicamos esta sintética biografía, pues en los pocos años que lleva de ejercer la profesión, se ha singularizado por su extraordinaria fecundidad en la publicación de trabajos y libros, por su intensa labor en la práctica y por sus amplios conocimientos, que no sólo han servido para acrecentar una firme personalidad intelectual, sino que además, investigador y educador, da con su propia experiencia y saber gran beneficio para todos aquellos que nos dedicamos al cultivo de las mismas disciplinas.

Desde antes de obtener el título, expedido por la Universidad de Buenos Aires, el día 2 de junio de 1933, su nombre era conocido por los puestos que de estudiante desempeñaba y por su incansable laboriosidad fué Practicante Interno del Hospicio de las Mercedes, Delegado de la Asociación de Practicantes Internos de la misma Institución, Secretario General y después Presidente de la Federación Interhospitalaria de Buenos Aires, Ayudante Honorario de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica del profesor doctor Gonzalo Bosch, e Interventor del Pabellón de Delincuentes del mismo Hospicio de las Mercedes.

Ya de médico, entre los numerosos cargos que ha desempeñado podemos citar: Jefe de los Trabajos Prácticos de Clínica Psiquiátrica del ya mencionado profesor doctor Bosch, Profesor de Higiene Mental de la Institución pre-citada, Presidente de la Comisión Pro-internado por designación del Centro Médico Argentino y del Centro de Estudiantes de Medicina, Profesor de Clínica Neuropsiquiátrica, de Medicina Legal y Deontología, de Anatomía Descriptiva, de Psicopatología Forense, de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción, Paraguay; Jefe del Servicio de Neurología del Hospital "P. Fiorito", Profesor de Sanidad Naval del Curso de Navegación de la Liga Naval de Argentina, Jefe de la Sección Especializada para la Lucha contra la Enfermedad de Heine Medin, Profesor de Psicología y Psicopatología del Curso de Enfermeras del Hospital "P. Fiorito", etc., etc.

Tiene en su haber, la misión científica que se le confió por su país en el Paraguay, para estudiar las psicopatías de guerra durante la contienda entre esta Nación y Bolivia, y por sus méritos ocupó, como ya queda dicho, eminentes cargos docentes en la República Paraguaya, a la que volvió posteriormente, a petición de la Facultad de Ciencias Médicas.

Ha sido redactor de numerosas revistas científicas y ha recibido diversos cargos honoríficos por su destacada labor.

Sus escritos, como se señala al principio, lo han dado a conocer internacionalmente. Entre otros, mencionaremos: "Los Plexos Coroides, su Anatomía y Embriología"; "Consideraciones Sobre un Método de Coloración Vital de las Células del Líquido Céfal Raquídeo"; "Piretoterapia", en colaboración con el profesor doctor Gonzalo Bosch; "La Demencia Precoz entre Hermanos"; "Anotaciones sobre Semiología de la Memoria y la Atención"; "Tratamiento Inicial de la Demencia Paralítica"; "Importancia de la Fotografía Infrarroja en la Cirugía del Sistema Nervioso"; "Epilepsia Esencial"; "Laminectomía Descompresiva"; "Fracturas Oseas y Alienación Mental", en colaboración con el doctor Carlos Alvarez; "Tratamiento de la Morfinomanía"; "Tratamiento del Alcoholismo", y muchas más monografías de gran interés. Pero seguramente entre las obras más destacadas de nuestro biografiado, están su "Clínica Psiquiátrica", la "Técnica del Informe Médico Legal Psiquiátrico" y su reciente y valioso libro "Líquido Céfal Raquídeo".

El doctor Andía, neuropsiquiatra práctico e investigador, hombre que sabe entregar su vida de médico en beneficio de los enfermos y de la ciencia, es además insigne literato, pues ha producido obras tan bellas que se prestan a hondas reflexiones, como "Andanzas de un Alienista".

S. R. M.

Tratamientos Quirúrgicos en los Padecimientos Psiquiátricos⁽¹⁾

Por el Dr. Manuel Velasco Suárez

Con el propósito de transformar a un enfermo mental peligroso en una persona inofensiva y con menos sufrimientos, recomendaba Burckhardt la intervención quirúrgica sobre el cerebro anatómicamente intacto, allá por los años de 1884 a 1890. Siendo médico de una pequeña institución psiquiátrica en Suiza y basado en los experimentos de Goltz, operó a seis pacientes. Creyendo que la condición patológica funcional era local más que una enfermedad cóntico-encefálica generalizada y pensando atacar principalmente la sintomatología sensorial de sus alucinados, realizó en cada uno de ellos sucesivas operaciones, (2, 3 y 4) con intervalos de varias semanas, en las que resecó pequeñas porciones de la corteza post-central (5 gr.), de la temporal izquierda (2 gr.), de la parietal izquierda (5 gr.) y de la tercera frontal izquierda (5 gr.). Cada una de estas operaciones, según escribe Burckhardt, iba seguida de reducción en las perturbaciones de la conducta de sus pacientes y aseguraba que sufrían mucho menos, que sus alucinaciones disminuían o desaparecían. (Es de notar que a pesar de la posible peligrosidad de algunas de estas resecciones, por el sitio escogido, nunca dieron el desagradable resultado de un fenómeno afásico o parésico).

A pesar de lo sugerente que esta terapéutica pudo haber sido, no encontró eco entre los alienistas de su tiempo que encontraban injustificado el "asalto mutilante" que sufría el paciente por menos de quien debía cuidarlo.

La contribución del cirujano-alienista suizo no carece de importancia, si la juzgamos fundamentada en la realidad orgánica de las localizaciones sensoriales, pero él mismo deseaba algo más cuando decía esperar que, en el futuro podrían lograrse resultados más satisfactorios por la extirpación o sección cortical más bien delimitada.

(1) Trabajo presentado en las Jornadas del Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina legal.

Es indiscutible que los obstáculos con que tropezó Burckhardt, fueron inmensos, no solo por lo que se refiere a las recriminaciones y conciencia pública de aquel tiempo, tan próximo a los días en que se juzgaba a los desórdenes mentales como un mal divino o demoníaco, sino muy especialmente porque se carecía de los conocimientos bastantes para sospechar siquiera la posible localización de los mecanismos emocionales.

Después de estos primeros intentos quirúrgicos en los padecimientos psiquiátricos, la cirugía intracraneana empieza a surgir cuando no hay nadie que la ofrezca en alivio mental de cerebros anatómicamente íntegros. Todas las intervenciones de este tipo buscan una base orgánica razonable como causa del padecimiento que acomete. El sitio del desorden es bien localizado, ya se trate de un tumor, de las consecuencias de un trauma, de un cuerpo extraño, de una obstrucción en el sistema ventricular, etc.; es decir, se busca algo visible que en algunas ocasiones puede ser causa de desórdenes mentales. Esta cirugía neurológica racional ha contribuido en grado muy considerable y decisivo al adelanto y seguridad de la neuro-fisiología.

El diagnóstico de un tumor intracraneano, mediante la tríada sintomática general de dolor de cabeza, vómito y papiledema, sin manifestaciones físicas neurológicas pero con sintomatología mental, rica en desórdenes de la esfera emocional y con serias modificaciones de la personalidad y de la conducta, empezó a orientar al neurólogo para decidir intervenciones sobre el lóbulo frontal. Esta seguridad derivada de la observación fisio-patológica, que ha encontrado que toda lesión de la porción más anterior del cerebro va acompañada de reacciones emotivas, por finas y discretas que estas sean, dió al neurocirujano un papel distinguido en la investigación funcional de los desórdenes mentales relacionados con la estructura cerebral.

Los resultados espectaculares logrados por la cirugía en la extirpación de tumores cerebrales, pronto empezó a enseñar que en pacientes en los que se había realizado una amplia resección del lóbulo frontal no ocurrían serias modificaciones intelectuales, y excepcionalmente exhibían signos irritativos o deficitarios de orden neurológico. Sorprende sin embargo, que poco se haya insistido en el comportamiento de estos operados y no es sino hasta recientemente que se ha dado importancia a las investigaciones psiquiátricas y psicológicas iniciadas por Halsted, Rylander y otros. Por supuesto que es justificable esta aparente falta, si tomamos en consideración que la posibilidad de encontrar enfermos con patología orgánica extirpable en ambos polos frontales, es muy remota y que las alteraciones por lesión de un solo lóbulo suelen ser extraordinariamente discretas. (Caso de Satterwhite — absceso polo frontal izquierdo operado por el suscrito en Washington, D.C.).

Los conocimientos acerca del valor funcional real e hipotético de los lóbulos frontales han venido progresando día a día, pero han sido necesarios muchos años —más de medio siglo— para que la cirugía vuelva al cerebro en busca de alivio para los padecimientos mentales que no reconocen una causa patológica tangible.

La psicocirugía es la intervención cruenta sobre el cerebro anatómicamente intacto, que se practica con el propósito de aliviar determinados desórdenes mentales.

Egas Moniz, neuro-psiquiatra portugués, propuso por primera vez la interrupción quirúrgica de las fibras blancas de asociación frontal, como tratamiento útil de algunas psicosis. (Posteriormente Freeman y Watts principalmente, Rizzatti, Borgarello, Fiamberti, Lyerly, Ody y otros neurólogos y cirujanos han contribuido al estudio de la proposición de Moniz).

En el segundo Congreso Internacional de Neurología reunido en Londres en 1935, hubo un "simposium" del lóbulo frontal y entonces se hizo una revisión de lo adquirido en materia de embriología, mielogénesis, anatomía, cito-arquitectura, paliometría y fisiología de este sector cerebral, concediendo importancia a los trabajos de Moniz. Sin embargo, solo la experiencia en este tipo de cirugía podría asegurar los resultados esperados.

Antes de entrar propiamente en materia, creo indispensable hacer una breve revisión anatómica y embriológica del lóbulo frontal y sus principales conexiones con el tálamo, señalar algunos hechos de observación clínica y recordar lo que acerca de su funcionamiento sabemos.

Anatómicamente el lóbulo frontal ocupa la parte rostral del hemisferio y comprende toda la porción situada por delante de la cisura de Rolando. Está dividido por el surco pre-Rolándico en dos porciones, una anterior a pre-frontal y otra posterior comprendida entre dicho surco y la cisura Rolándica. Esta última constituye la la circunvolución pre-Rolándica ascendente o cuarta frontal (4) y es el área electromotriz que corresponde al IV campo de Brodman. Es de estructura agranulosa y da origen al gran haz de proyección piramidal o motor. En esta zona parecen estar representados todos los territorios musculares sometidos al dominio de la voluntad y está en conexión con dos centros de asociación importantes, el del lenguaje articulado y el centro de la escritura, localizados probablemente, el primero o de Broca en el pie de la tercera frontal izquierda (principalmente en los diestros, derecha en los zurdos) y el segundo ocupa según Exner, el pie de la segunda frontal.

Desde Ferrier, Pitres, Charcot, Fritsch y Hitzig, se había pensado que el área de origen del haz piramidal estaba dotada de actividad motora solamente, pero recientemente Dusser de Barenne ha demostrado que la estriación limitada de esta área provoca un aumento de la sensibilidad de la mitad opuesta del cuerpo. (?)

La porción anterior o pre-frontal está descompuesta, merced a dos surcos de dirección anteroposterior, en tres circunvoluciones horizontales. I, II y III, señaladas de arriba a abajo. Comprende además, el lóbulo orbitario y por la cara interhemisférica todo lo que está delante del lóbulo paracentral.

Meynert y Rudinger insisten en que las áreas prefrontales y particularmente las circunvoluciones de Broca casi no existen en los cebianos ni en los pitecos y que hacen su primera aparición, más o menos importante, en los antropoides. Solo en el hombre adquieren bruscamente el desarrollo considerable que las caracteriza.

Por lo que se refiere al feto humano, hasta el quinto mes no se ha integrado la tercera circunvolución frontal y por ende el lóbulo orbitario. Luego esta porción se desarrolla gradualmente. Hervé ha señalado notables variaciones morfológicas pre-frontales en los inferiores (idiotas, microcéfalos, salvajes) y en los intelectuales. Rudimentario en los primeros y de complejo desarrollo en los segundos.

Campbell, Von Monakow, Koppers, Brodmann, Cecilio y Oscar Vogt, Koskinas y Von Economo, han estudiado la morfología del manto cerebral y Marion Hines pone de relieve un cierto equilibrio en el desarrollo de los planos estatigráficos, de las células y de las fibras. Así, la capa piramidal externa y la molecular interna, se excluyen entre sí, es decir, donde la piramidal externa está bien desarrollada, la granular interna es pobre y recíprocamente. Por esto casi se ha concluido que de una morfología dada podría inducirse su correlación funcional. Veamos pues lo que ocurre en el lóbulo frontal, aquí el espesor de la corteza varía en casi toda la amplitud de su superficie. La frontal ascendente es la de más gruesa estructura cortical y a medida que seguimos la disminución en ese espesor, nos vamos acercando al polo anterior del lóbulo orbitario. La mielinización del lóbulo frontal empieza, según Flechsig, por la circunvolución pre-Rolándica, de atrás hacia adelante y la porción más anterior de la tercera frontal es la última en mielinizarse (Figs. 1 y 2).

La porción pre-frontal tiene pues características filogenéticas bien determinadas. Brodmann, de acuerdo con sus mapas cito-arquitectónicos, encuentra nueve o diez áreas diferentes en este territorio, mientras que Vogt señala más de sesenta en sus planos mielo-arquitectónicos.

Las áreas celulares de la región prefrontal que probablemente conciernen con los valores individuales de la personalidad y el temperamento, incluyen las señaladas por Brodmann con los números 9, 10, 11, 12, 45, 46 y 47 en el aspecto lateral de ambos hemisferios, y el girus cinguli en el aspecto medio y que comprende las áreas 24, 32 y 33.

Las conexiones estructurales más importantes de estos grupos celulares con otras formaciones cerebrales, están representadas por fibras blancas que pasando de un hemisferio a otro forman a este nivel la parte más anterior del Cuerpo Caloso, por el Fasciculus Cinguli, por el Fasciculus Uncinatus, por las fibras arcuatas, por el fascículo longitudinal superior y por la radiación TALAMICA ANTERIOR.

Flechaig ha demostrado que estas proyecciones tálamo-frontales se mielinizan al cuarto mes, casi al mismo tiempo que las temporales y occipitales y mucho antes que las fibras de asociación frontal. Los estudios experimentales de Walker han enseñado que el núcleo dorso-medio del tálamo, degenera cuando es seccionado el polo frontal y que al mismo tiempo hay reacciones de degeneración en la cápsula interna. Lo que demuestra que el pedúnculo talámico anterior está formado por fibras centrífugas y centripetas que colocan al cortex en posición de centro y periferia.

TALAMO, apunta Fulton, fué el nombre dado por Galeno a las cámaras anteriores de la base del cerebro, que se creía eran la fuente del "espíritu animal" para los nervios ópticos. Luys describió el centro mediano y le atribuyó funciones de "recepción somática".

Gudden conoció de su degeneración como resultado de la destrucción de ciertas áreas de la corteza cerebral y Eliot Smith decía que la clave para la interpretación de las funciones corticales, se encuentra en el estudio profundo del tálamo.

El núcleo dorso-mediano es una gran masa nuclear muy desarrollada en el hombre, que recibe pocas fibras de los haces ascendentes, pero establece una rica conexión con los núcleos talámicos laterales. La porción media (de células grandes), tiene conexiones con el hipotálamo. La porción lateral, parvicelular, guarda amplias relaciones con la corteza pre-frontal por medio de la rica proyección radiante anterior.

Respecto al conocimiento de las funciones de este núcleo, todavía hay muy serias incógnitas. Se ha intentado repetidas veces su destrucción, pero sin que se hayan podido apreciar síntomas subsiguientes claros. Jacobsen y Walker practicaron la destrucción de estos núcleos en macacos amaestrados y creyeron que a consecuencia de ello, aparecerían trastornos de la memoria inmediata, semejantes a los que se observan después de la ablación bilateral de las áreas de "asociación frontal", pero fué imposible descubrir esta deficiencia. Por otra parte, la estricnización de los núcleos medianos da lugar a síntomas generalizados, de hiperactividad sensitiva, por sus conexiones con los núcleos ventrales.

Entre las funciones talámicas, figura como bien conocida la recepción de los impulsos sensoriales, pero además es probablemente el órgano al que toca dotar con tono **emocional** a esas sen-

saciones por eso el Prof. Freeman dice que resulta atractiva la hipótesis de Herrick cuando habla de la carga afectiva que llevan consigo las ideas, por virtud de la actividad talámica.

El núcleo medio dorsal podrá proveer de tono afectivo a un gran número de experiencias intelectuales, y si recordamos sus conexiones con el hipotálamo, cuya influencia es clara en las manifestaciones emocionales, podremos juzgar mejor de la expresión sentimental, voluntaria o involuntaria que acompaña a la representación ideacional.

La observación anatomo-clínica ha sido fecundada en la enseñanza fisiopatológica de la región prefrontal. Desde mucho tiempo atrás, neurólogos y psiquiatras han estado de acuerdo acerca de que las lesiones del lóbulo frontal, cualquiera que sea su naturaleza, si son bilaterales, influyen siempre en las reacciones de conducta y en la personalidad del paciente. Las atroñas simétricas del lóbulo frontal ocurren con cierta frecuencia en las enfermedades de Alzheimer y de Pick, siendo común encontrar en estos pacientes una gran disminución de la iniciativa, de la energía y de la memoria. La carencia de comprensión integral se establece pronto y aún cuando el enfermo se dé cuenta de los hechos aislados que ocurren a su alrededor, no establece la relación que puede existir entre ellos. Pierden la capacidad mental de analizar y de construir. Goldstein ha enseñado en estos casos la inhibición emocional alternando con reacciones de gran excitabilidad y la pérdida de la memoria por la inhabilidad de usarla.

En la enfermedad de Pick principalmente, se marca esa euforia y patológico contentamiento que parece ser concomitante a la destrucción de las áreas 10, 11 y 47.

En los casos de atroña pre-frontal, en los reblandecimientos o malacias encefálicas de esta localización bilateral, también son conocidos los casos de amnesia, apatía, desorientación, modificaciones del comportamiento y hasta cuadros de confusión que alternan con la euforia, la ironía y la alegre indiferencia. (Zacher,, De Morsier).

Los traumas, particularmente aquellos que lesionan los dos lóbulos frontales, dan una sintomatología variable, pero dominante en cuanto a los elementos que se relacionan con el modo de ser y las respuestas emocionales (comportamiento = behavior. Caso de Phineas P. Gage, — Burlington Railroad worker, — Crow bar. — 1848. — Warren Museum at Harvard) (Niño de México, — reporte de 1860).

Las heridas de guerra y en general las producidas por proyectiles de armas de fuego a esta altura, han dado gran material reciente para el estudio de las modificaciones funcionales consiguientes a la destrucción pre-frontal, que se ha juzgado responsable de

estados hipomaníacos, de eretismo sexual, de apatía e indecisión y hasta de estados delirantes y tal vez manifestaciones esquizoides (?). A este respecto mucho hemos de esperar de las conclusiones logradas en el último Congreso de Neurología, recientemente reunido en Suiza, cuando la guerra acaba de pasar.

Por otro lado, los fenómenos mentales asociados a la existencia de tumores de asiento pre-frontal, han sido señalados desde el siglo pasado por Benhardt y Schuster, quienes hablan particularmente de "enfermedad moral" y Elder, de los errores de juicio y falta de atención, sin embargo, solo las invasiones tumorales que alcancen ambos lóbulos, podrán dar sintomatología elocuente y esto, mientras no acarreen los síndromes generales de hipertensión intracraneana, somnolencia y hasta pérdida del conocimiento.

Más recientemente Donnath encuentra en estos enfermos gran dificultad para la adaptación a nuevas circunstancias y pérdida del interés y de la intuición. Foster Kennedy, los encuentra trivialmente jocosos, fácilmente ofendibles y risueños sin motivo. Schwab dice que lo más sobresaliente en los tumores de la región pre-frontal ocurre en la personalidad.

Toda una serie de trastornos psíquicos han sido imputados a la patología de esta región, sin embargo, existen diferencias en su interpretación. Para Kleist se trata principalmente de... "defectos de ideación, incapacidad de apreciación e insuficiencia de comprensión...". Lhermit dice que la facultad de apreciación, de juicio ético y estético y el utilitarismo están conservados, pero hay pérdida del poder para emplear estas facultades. Choroshko habla de la disminución de la atención y anomalías de la conducta. Para Alojouanine y Baruk existen trastornos del humor y del carácter, neurilismo y moria, trastornos confusionales como torpeza y lentitud de ideación, onirismo y trastornos de la orientación espacial. Se ha hablado también de trastornos psico-motores como "ataxia frontal", fenómeno de la perseveración tónica, de la apraxia ideomotriz, de trastornos de la palabra, del equilibrio, de retardo en la iniciación de los movimientos, etc. Sin embargo, parece ser que estos fenómenos solo son explicables por la patología o lesión de las zonas motoras y pre-motoras (4, 6 y 8). También la representación cortical de las funciones viscerales se halla en los lóbulos frontales, particularmente en la área "6". El estímulo o extirpación de esta región en los animales, acarrea ciertas alteraciones en el tono de los músculos lisos y vísceras huecas (Watts y Fulton). Observaciones similares se han logrado en los humanos. Claude Vincent, entre otros, ha enfatizado que la ablación de los lóbulos frontales, por delante de las áreas mencionadas, no acarrea trastorno alguno.

Brikner se esfuerza en referir todos los desórdenes observados, en un enfermo lobectomizado por Dandy, a un elemento esencial y único, "la dificultad de la síntesis, de donde deriva precisamente,

este algo difícil de definir, que da lugar a que el mutilado frontal, aunque haya conservado sus cualidades psíquicas esenciales, no es ya el mismo que antes".

Wilder Penfield, expone con amargura lo ocurrido con una hermana suya, a quien operó por un tumor frontal. La convalecencia fué rápida y la paciente volvió a sus quehaceres de casa. Nada anormal observaron los que la trataban en la vida cotidiana, pero ella misma escribía a su hermano, que ya no se sentía la misma de antes, parecía no sentirse muy alerta y apta y decía... "el doctor T. me ha preguntado si mi actividad mental ha mejorado, y yo contesté sí. En realidad cada vez que me siento animada, hago una serie de cosas estúpidas".

En general, todos los investigadores del psico-funcionamiento frontal están de acuerdo en que, de la destrucción de los lóbulos frontales o de la mayor parte de ellos, ocurren cambios muy particulares, como son, la disminución de la atención y la limitación de la capacidad de síntesis, de la actividad y de la aplicación pragmática, resultando modificaciones de la personalidad de fisonomía indeterminada.

Las técnicas modernas en cirugía neurológica, han hecho del lóbulo frontal una porción cerebral manejable y su extirpación parcial o total se realiza con cierta frecuencia, no solo por padecimientos de esta región, sino para facilitar las maniobras en la intervención de algunos tumores de la vecindad (algunos del quiasma, silla turca, aneurismas, surco olfatorio, etc.). En todos éstos casos casi siempre se trata de lobectomías unilaterales y el post-operatorio inmediato y remoto, en estos mutilados es muy variable. Evans y Penfield hacen incapié en los insignificantes trastornos que siguen a una amplia amputación unilateral. Herman y Fox, hablan de la consecuente inestabilidad emocional y de la ausencia de espontaneidad. (Uno de los primeros casos de mi observación personal fué el de un enfermo de origen italiano P., quien fué operado por el Prof. J. C. White en el Massachusetts G. Hospital el 27 de enero de 1942, y en quien hubo de practicarse una lobectomía frontal derecha, para hacer la ligadura y tratamiento adecuado en un aneurisma gigante de la cerebral anterior y formación hemangionatosa prequiasmática. Nada particular ocurrió a este paciente, quien logró una recuperación agradable en la esfera de sus molestias visuales. Ya para mí iba adquiriendo cuerpo el pensamiento de que no hacía falta un lóbulo frontal, sin embargo, pronto noté que a pesar de la rápida convalecencia post-quirúrgica, P. era el último en abandonar la cama por las mañanas, hablaba poco, y sentado en una perezosa pasaba largas horas contemplando el infinito, parecía que sus miradas no iban a ningún lado, se movía con lentitud y parecía no importarle nada. Si uno no inquiría, él nunca informaba espontáneamente de la marcha de sus males que lo habían obligado a buscar el hospital. Contestaba siempre con corrección, reconocía

estar mejor, pero nunca reía y su sonrisa parecía gesto de condescendencia y educación más que la exteriorización de un sentimiento. Daba la impresión de estar triste, pero no se quejaba y por el contrario, daba muestras de contentamiento cuando hablaba de la reanudación de su oficio y de su capacidad como pintor. (Apuntes personales. Velasco. Harvard 1942).

Algunos casos de lobectomía bifrontal han contribuido al estudio, no solo de los datos funcionales señalados hasta ahora, sino también de la actividad eléctrica cerebral en estos mutilados.

En un caso operado por el profesor Mixter y reportado por él Tillotson y Wies, el joven paciente pasó por distintas etapas de adaptación, irritabilidad y epilepsia. Gibbs y Lennox han hecho un concienzudo estudio electroencefalográfico, encontrando casi siempre ondas de pequeños voltaje en las inmediaciones de las áreas amputadas, y rara vez ondas delta.

En otro caso de Hebb y Penfield, las ondas en (spiks) pico desaparecieron después de la operación.

Ningún paciente que, hasta hoy, haya sufrido una lobectomía bifrontal ha sido capaz de trabajar para vivir. Las indicaciones de esta intervención son precisas y nunca será un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, con la lobectomía unilateral contribuye todos los días al conocimiento mejor del mecanismo de las áreas de "asociación frontal".

Como tratamiento quirúrgico real de algunas psicosis, es la lobotomía prefrontal la única operación racional que encuentra justificación doctrinaria y cuyos resultados son cada día más alentadores. Como ya dejamos dicho, fué Egaz Moniz el primero en suponer que algunos desórdenes mentales, particularmente los relacionados con la esfera emocional, podrían ser aliviados por la interrupción de las fibras blancas de conexión prefrontal, para dar así oportunidad a la reintegración de la actividad cortical a través de diferentes vías de asociación. Pensaba el médico portugués que los estímulos emotivos y las ideas, por procesos indeterminados, recorren —en los pacientes mentales— patrones indelebles e invariables hasta fijarse y hacerse estereotipados, dando lugar a los cuadros obsesivos y a las reacciones patológicas correspondientes. De acuerdo con las teorías de Bunke, decía que para curar a estos pacientes, es menester destruir los elementos de asociación celular que sirven de camino a esa fijación patológica.

La experiencia actual ha hecho que no se siga pensando exactamente con las ideas de Moniz, ya que tales pacientes siguen manifestando —después de la operación— las mismas alucinaciones e ilusiones, con la diferencia de que no ejercen en los enfermos su acción patológica emotiva. Estudios posteriores han demostrado que las incisiones en los lóbulos frontales interrumpen la radiación

talámica anterior y degeneran los núcleos medio dorsales del tálamo; que es en los lóbulos frontales donde probablemente se determinan las funciones concientes y de interpretación necesarias en la formación de la personalidad y que la modalidad emocional que ejerce el tálamo sobre las mismas es de la mayor importancia para la adaptación del individuo a su ambiente social.

Moniz publicó sus primeras experiencias en junio de 1936. Habiendo empezado por inyectar pequeñas cantidades de alcohol en la sustancia blanca mencionada, pronto substituyó este método por el del "leucotomo", instrumento que le permitía hacer cortes esféricos a diferentes profundidades. Sus resultados fueron alentadores y el Prof. Sobral Cid lo autorizó a seguir interviniendo sobre sus enfermos. En septiembre de ese mismo año, Freeman y Watts, en Washington, D. C., U. S. A., inician sus trabajos magistrales en esta materia. En los 20 primeros casos operados, siguieron la técnica de Moniz y observaron que aún cuando hubo inmediata remisión de los síntomas en la mayoría de los casos, pocos meses después se registraron recaídas. Desde entoces observaron que aquellos pacientes que se mostraron alertas, bien orientados y activos en los días subsiguientes a la operación comúnmente recaían, mientras que los desorientados, decaídos, estuporosos y apáticos, casi siempre aseguraban resultados clínicos más satisfactorios y permanentes.

Freeman y J. W. Watts, con quienes trabajé en 1942 y 43, modificaron la técnica operatoria, eliminando muchos peligros y mejorando los resultados.

Habiendo obtenido mejoría clínica más consistente y duradera, cuando grandes secciones de sustancia blanca se han realizado, la operación actual consiste en practicar un corte de dicha sustancia de cada lóbulo frontal, en un plano que corresponde a la sutura coronal y que pasa inmediatamente por delante del extremo anterior del cuerno frontal del ventrículo.

Este corte va seguido de algunas secciones adicionales, hechas en forma de puntura o "stabs", como las llama el Dr. Watts, con objeto de llegar más profundamente en la parte más alta del hemisferio y en la base del cuadrante inferior.

El procedimiento operatorio empieza con la trepanación en ambas sienas, sobre la sutura coronal a unos 6 cms. por encima del zigoma. Se incide la dura, se asegura la hemostasia y se punciona la corteza en una zona avascular.

Por medio de una cánula graduada que pasa de un orificio a otro, a través de la sustancia nerviosa, se aprecia el diámetro de los lóbulos frontales. Se verifica la profundidad a la que se encuentra el borde esfenoidal y se practican los cortes con un bisturi de hoja roma. Antes de suturar la dura se asegura el cirujano de

que no haya quedado ningún vaso sangrando, y se inyecta una pequeña cantidad de lipiodol en el plano de sección, que servirá de referencia para los estudios radiológicos posteriores (F. & W.) (ilustración).

La experiencia de los doctores Freeman y Watts, después de estudiar a 300 pacientes cuyo curso post-operatorio se extiende entre los 6 meses y los 9 años, permite asegurar que las incisiones en el plano de la sutura coronal, dan buenos resultados en muchos casos de psicosis involutivas, depresión agitada, melancolía ansiosa o de psiconeurosis. En cambio, la sección en este plano, no dará más que alivio transitorio a los esquizofrénicos. Se comprende que dichos resultados dependen de la precisión operatoria. Sin ser localizados a ultranza y sin aceptar que existan áreas definidas para el registro de la personalidad y la determinación del comportamiento, sí aceptamos que en el funcionamiento global del lóbulo frontal se realiza la integración de los complejos procesos relacionados con el modo de ser y las reacciones emotivas.

Este concepto y la duración de la enfermedad son factores que sirven para decidir y escoger el plano de corte. En efecto, de acuerdo con la interpretación fisiopatológica de que las fijaciones sinápticas se extienden hacia atrás, según avanza el proceso psicótico, si este es de larga duración, la operación podría fracasar si no se alcanzan esos patrones que han servido para la fijación, y por otra parte, si el corte fuera demasiado atrás, se correría el peligro de destruir aún los factores emocionales indispensables para la adaptación. Otro factor es la edad, llamando la atención que los viejos reaccionen mejor con las secciones anteriores, y que los jóvenes sean capaces de readaptación satisfactoria habiendo sufrido extensas interrupciones de tractos blancos prefrontales.

Freeman y Watts han encontrado que las esquizofrenias y neurosis compulsivas requieren incisiones de 0.5 a 1.5 cms. por detrás de la sutura coronal.

Durante mi estancia en Washington, siendo residente en el Servicio de Neurología del Gallinger Municipal Hospital y miembro del Departamento de Neurología de la Universidad George Washington, estudié con el Prof. Freeman y fui primer ayudante del Dr. Watts en 43 casos de lobotomía. Desde entonces conocí y me enteré de las indicaciones de la intervención, aprendí la técnica operatoria aún en sus menores detalles, gracias a la bondad y capacidad didáctica del Prof. James W. Watts, y supe de la evolución post-operatoria y mental de estos enfermos.

Desde un principio fué agradable para mí que la evolución post-quirúrgica de estos operados de cráneo no fuera lo solemne y difícil que es la de la mayoría de nuestros pacientes en cirugía neurológica cerebral.

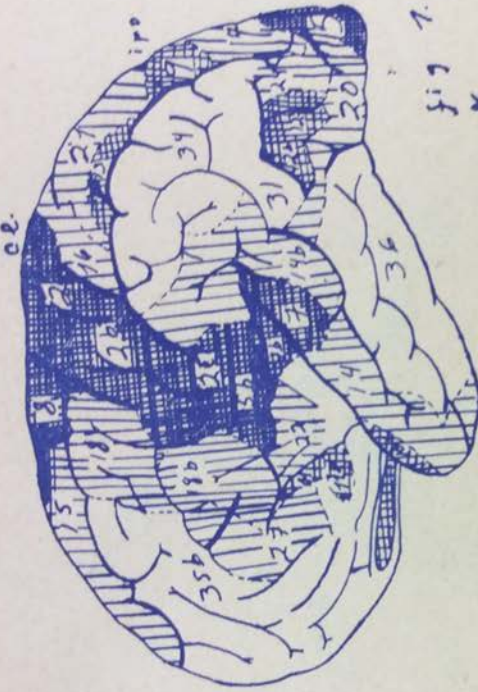
en el plano de la sutura...
casos de...
sa o de pa...
más que...
dichos res...
calizados...
el registro...
to, si acep...
se realiza...
con el mo...

Este c...
sirven par...
do con la...
ticas se e...
si este es...
alcanzan...
parte, si e...
destruir...
tación. Ot...
reaccionen...
sean capc...
tensas inte...

Freem...
rosis comp...
de la sutu...

Duran...
vicio de N...
Departame...
estudié co...
en 43 cas...
las indica...
cán en su...
dáctica de...
ratoria y...

Desde...
quirúrgica...
cil que es...
lógica cer...



Proceso de Mielinización



Ya desde el 2o. día de la operación es posible observar...
des de profunda indiferencia y apatía. Nunca hay alacia ni...
ue se les formulan...
a facies es inexpress...
que existen estado...
orientación, entendi...
mayor duración, es...
le los cortes. Cuand...
ra coronal, suele en...
reflejo de la preser...
verdaderos trastorno...
dificación alguna a...

empieza a hacerse...
aquellos que tienen...
us preocupaciones...
tros que tienen una...
eas, a veces dicen...
o ahora no merecen...
ión emocional.

estos en práctica...
de la operación, ha...
i prefrontales, no p...

Washington bajo...
ervención quirúrgica...
fueron casos de pa...
psiconeurosis y lo...

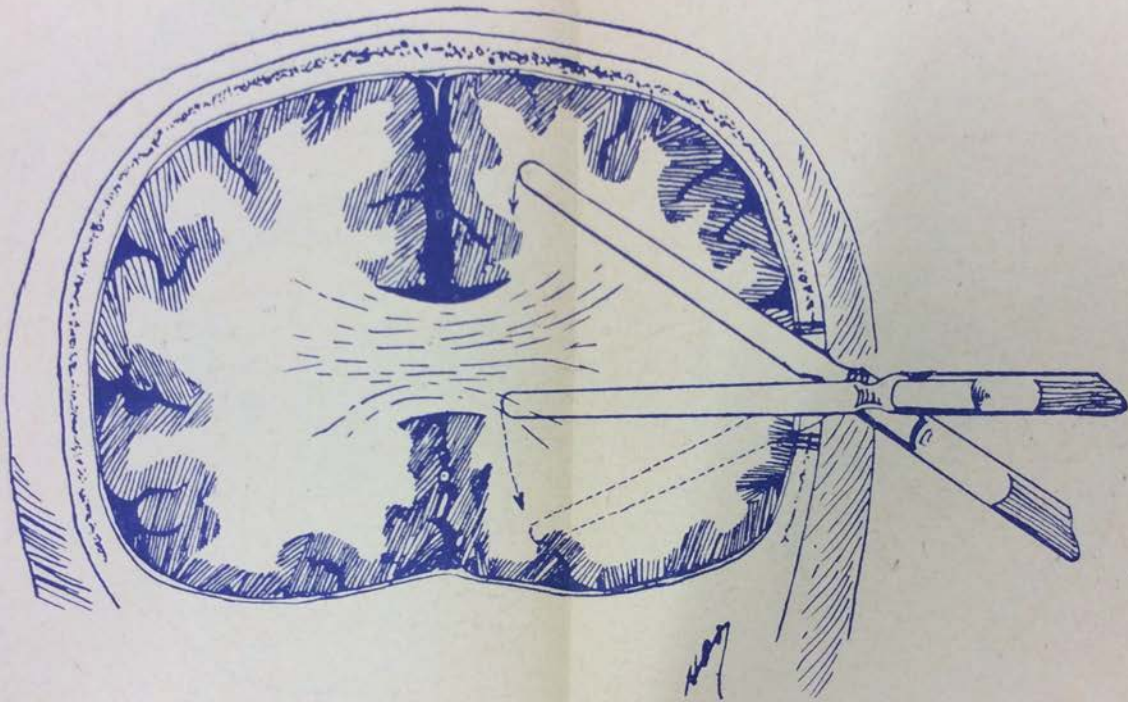
o de estos enfermo...
unicaciones de los...
ión de algunos de...
servido de estímulo...
s, acerca de la el...

o en mi trabajo d...
Gallinger Municip...

Propi...
Academia

N...
de Méx...

Plano de corte y secciones adicionales en puntura o "Stabs".



plano de la sutura coronal, dan buenas resultados.

casos
sa o
más
dicho
caliza
el reg
to, si
se re
con e.

Es
sirven
do cor
ticas e
si este
alcanz
parte,
destrui
tación.
reaccio
sean c
tensas

Fre
rosis ca
de la s

Dur
vicio de
Departa
estudié
en 43 c
las indi
cún en
dática
ratoria y

Desc
quirúrgi
cil que e
lógica ce

Ya desde el 2o. día de la operación es posible obser

Nunca hay afasia
tas que se les for
as. La facies es i
mún que existan
desorientación, e
su mayor duraci
ad de los cortes.
sutura coronal, su
un reflejo de la
lo verdaderos tra
modificación alg

nte empieza a h
y, aquellos que
e sus preocupaci

Otros que tiene
s ideas, a veces
pero ahora no m
acción emocional

puestos en prác
is de la operaci
cas prefrontales,

en Washington h
ntervención quir
a fueron casos d
de psiconeurosis

no de estos enfer
municaciones de
nación de algunos
m servido de est
es, acerca de la

do en mi trabajo
Gallinger Munic

El shock es mínimo, la presión arterial suele caer por algunas horas. El pulso es lento, probablemente por la desaparición de los estados de tensión preoperatoria. La temperatura puede llegar a 39° y hasta 40° C., pero generalmente vuelve a la normal en 48 ó 60 horas. En algunos casos hay vómito y frecuentemente incontinencia urinaria, que desaparece en los 3 ó 9 primeros días.

Ya desde el 2o. día de la operación es posible observar actitudes de profunda indiferencia y apatía. Nunca hay afasia ni ataxia, y los pacientes responden a las preguntas que se les formulan, con casi monosilábicas e indolentes respuestas. La facies es inexpresiva. Durante los cuatro primeros días es común que existan estados de mediana confusión, entorpecimiento y desorientación, entendiéndose que la exacerbación de estos síntomas o su mayor duración, es atribuida al edema que ocurre en la vecindad de los cortes. Cuando el corte se ha realizado hacia atrás de la sutura coronal, suele encontrarse un signo de Babinski positivo, o un reflejo de la prehensión forzada. Casi nunca se han presentado verdaderos trastornos en la cinesia intestinal, y nunca ha habido modificación alguna de la taxia y el equilibrio.

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

Los distintos métodos psicométricos, puestos en práctica en el estudio de estos enfermos antes y después de la operación, han demostrado que la sección de las vías blancas prefrontales, no produce déficit en las facultades intelectuales.



Entre los 43 enfermos que estudié en Washington bajo la dirección del Dr. W. Freeman y en cuya intervención quirúrgica, fui primer ayudante del Dr. Watts, la mayoría fueron casos de psicosis involutivas y depresión agitada, algunos de psiconeurosis y los menos de esquizofrenia.

No he de relatar la historia de cada uno de estos enfermos, que han venido siendo motivo de algunas comunicaciones de los Dres. Freeman y Watts, pero haré especial mención de algunos de ellos, por juzgarlos muy ilustrativos y que me han servido de estímulo para continuar mis investigaciones personales, acerca de la elección de los sitios de incisión.

Una tarde de Octubre de 1942, estando en mi trabajo de sala y oficina en el Servicio de Neurología del Gallinger Municipal Hos-

pital, fué buscado por una persona que dijo ser antiguo oficial del ejército (A), y que teniendo un hijo presa de enajenación mental había buscado ya a los especialistas que podían curarlo pero que, como hasta entonces no habían logrado mejoría alguna con tratamientos médicos, psicoterápicos y de shock, acababa de recurrir a los Dres. Freeman y Watts, quienes le ofrecían la intervención quirúrgica como último recurso. Me buscaba para que con cierta calma le hablara de los peligros del procedimiento y de los resultados que yo —como Fellow de ellos— hubiera observado en casos similares. Creo haberle repetido algo de lo que mis profesores le habían dicho. Cinco días después, en el Hospital de la Universidad, recogía yo datos clínicos para la historia de un joven (K. S.) de 27 años de edad, alto, muy adelgazado, de mirada penetrante y fija. Integro, bien conformado. Sin antecedentes familiares psiquiátricos. Entre sus antecedentes personales presicóticos, figuran algunas anomalías de su carácter y conducta. Fué buen estudiante (de High School), pero por su timidez, introversión y natural inclinación a las bellas artes e historia natural, no se resolvió a seguir ninguna carrera profesional, sino que se dedicó al estudio de la botánica y la música.

A los 19 años, más o menos, se hizo irritable, mucho más retraído y empezó a buscar la soledad, encerrándose en sus habitaciones días enteros y permaneciendo casi inmóvil por largos ratos. Parecía no importarle nada de su alrededor (autista); sin embargo, en muchas ocasiones se mostraba activo y estudioso. Logró algunos progresos en las materias de su afición, pero fué haciéndose completamente incapaz de demostrar a los demás lo que sabía.

Huía de la gente, parecía averganzarse de todo.

En la actualidad, toda esta sintomatología persiste, acompañada de manifestaciones de irascibilidad y explosiones emotivas. Mientras exploramos al paciente, notamos que se muestra inquieto y gesticula en forma exagerada; parece que no hay tic de la cara que no esté presente.

La exploración física y neurológica no dió otros datos dignos de mención, además de hiperreflexia profunda tendinosa.

Los resultados en los exámenes de laboratorio fueron todos normales. El enfermo sabía a lo que llegaba al hospital y deseaba ser operado. Se mostraba informado acerca de la intervención y estaba bien orientado en el tiempo y en el espacio.

Al día siguiente fué operado. Con anestesia local. Mientras duró el procedimiento, el Dr. Freeman estuvo interrogándolo formulando una serie de preguntas sobre asuntos relacionados con las aficiones de este joven.

Se empezó por hacer la incisión en el cuadrante superior de un hemisferio, después del cual el paciente contestó con propiedad, todas las preguntas que se le hicieron y así también fué capaz de

contestar correctamente después de realizados los cuatro cortes, que harían suponer que la lobotomía estaba terminada. Ningún cambio ocurrió hasta entonces, sin embargo, un último corte hecho en forma de puntura o "stab" transformó bruscamente la situación, el enfermo se quejó al mismo tiempo que parecía realizarse un movimiento generalizado producido por la pérdida brusca del tono fisiológico muscular, como que si en ese momento se estableciera un estado de relajación general y soltura semejante a la de un sujeto en estado de hipnosis, con la diferencia que nuestro paciente no dormía, pero desde ese momento fué incapaz de contestar en forma adecuada aún a las preguntas más sencillas. Un estado de estupor, confusión y desorientación se estableció inmediatamente.

Esa puntura o "stab" fué dirigida hacia arriba, como para alcanzar las fibras altas del fascículo longitudinal superior y fué realizada de un sólo lado. No creemos que pueda pensarse por esto que la sección de esta sola "vía" haya sido capaz de producir los acontecimientos narrados, sino que quizás eran las fibras de asociación no alcanzadas en el primer corte, las que aún mantenían la armonía fisiológica del lóbulo frontal, pero también podrían ser las más importantes en las determinaciones psico-funcionales relacionadas con la personalidad y procesos psicopatológicas de nuestro enfermo. Y si no habrán sido alcanzadas por el leucotomo del lado opuesto. ¿Por qué la sección unilateral fué bastante para dar estos resultados? Cabe preguntar si la incisión última realizada aisladamente hubiera sido suficiente para producir algún cambio que no ocurrió en las incisiones más amplias. Quizás en el futuro se pueda señalar para cada enfermo el sitio, más que el plano de corte.

La evolución de este paciente fué muy buena, pasó por los estados de apatía, indiferencia e inercia mental, a las 48 horas de operado fué otra vez capaz de demostrar su buena memoria. Sus facultades intelectuales no demostraron ningún déficit. Comía mejor y empezó a mostrarse despreocupado. Al abandonar el sanatorio muchos de los **tics** habían desaparecido, parecía más comunicativo y empezaba a ser un extrovertido. Mucos estudios de investigación psico-emocional fueron realizados por el Dr. Freeman en este caso que probablemente darán motivo a comunicaciones posteriores. La reeducación de este operado para facilitar su nueva adaptación, fué realizada en una institución especializada.

Otro de los casos de mi experiencia en Washinaton y que mencionaré brevemente, fué el de una mujer judía, enferma de parálisis agitante, víctima entonces de un cuadro de melancolía ansiosa con manifestaciones de impulsivismo, agresión compulsiva e ideas de culpa y arrepentimiento, intenciones suicidas, etc. Escupió a la enfermera y trató de golpearme mientras recogía yo los datos indispensables para su historia.

La operación bajo anestesia general, dió resultados medianos en cuanto al cuadro mental, y muy difíciles de interpretar, dada la

expresión parkinsoniana —que no se modificó— sin embargo, el impulsivismo y la agresividad desaparecieron. La parálisis agitante con todo su cortejo de molesta sintomatología, persistió intacta. La disminución de la hipertonia muscular, es todavía materia de duda.

A mi vuelta de Estados Unidos en Julio de 1943, inicié mis trabajos neuro-quirúrgicos en México, y en colaboración con el Prof. Dr. Ramírez Moreno realicé la primera lobotomía prefrontal el día 29 de ese mismo mes. De entonces a la fecha he realizado 13 intervenciones de este tipo en pacientes, previamente estudiados por el Dr. Ramírez Moreno, y seguidos por él y por mí en su evolución post-operatoria; algunos en su Sanatorio y otros fuera de él. (Haré mención solamente de algunos de nuestros casos operados en México, con el Dr. Samuel Ramírez Moreno).

Doce de estos enfermos han sido esquizofrénicos y uno epiléptico (en el que además, se practicó una resección cortical de zona epileptógena en los límites inferiores del área 6, localizada por medio del estudio electro-encefalográfico (Dr. Flores C.) y por estimulación eléctrica directa durante la operación). Como el estado mental de este enfermo parecía ser el de una psico-neurosis impulsiva, después de haber hecho la resección mencionada, para la que fué necesaria una amplia craniectomía osteoplástica, se practicó la lobotomía completa del lado de la intervención, y parcialmente del lado opuesto por medio del Leucotomo W. & F., con el que se hicieron tres cortes esféricos (hacia abajo) en medio y hacia arriba). Los fenómenos convulsivos desaparecieron y consideramos que en el aspecto mental y conducta del paciente, ocurrieron cambios favorables, pero no del todo satisfactorios, sin embargo, después de la operación, el paciente ha abandonado el Sanatorio, vive en ambiente familiar y hasta hoy no ha vuelto a ser un sujeto peligroso.

Caso No. 1.—M. L.—Mujer soltera de 32 años. Originaria de México (Cd.).—Melliza, cuya gemela, esquizofrénica antigua, está en franco período de deterioración mental.

Durante su infancia no se notaron anomalías del carácter y su conducta fué siempre correcta y adecuada. Pasó la pubertad sin demostrar anormalidad alguna. Fué siempre buena estudiante, concluyendo bien su educación superior. Estudió música y tomó algunos cursos en la Escuela Normal. Desde entonces —hace unos 10 años— empezó a hacerse retraída y extraordinariamente desconfiada. Posteriormente notaron sus familiares que hablaba sola y mencionaba a personas prominentes en el gobierno, que ésto ocurría particularmente en las noches y que durante el día procuraba estar sola y demostrar enojo hacia uno de sus hermanos, que parecía ser el dirigente y administrador del patrimonio de la familia. Alguna vez fué en busca de un abogado para que investigara la verdadera situación económica de su casa. Después se estableció un cuadro

delirante con ideas persecutorias, hablaba todo el día y durante largas horas de la noche, se quejaba de sus familiares en voz alta, profería insultos contra las autoridades. Tenía alucinaciones visuales y auditivas. Lanza piedras sobre las azoteas y sostiene largas disputas con "sus enemigos", abogados, jueces, etc. Se dice perseguida y cuenta que le roban y no le dan para sus necesidades más urgentes. Se ha vuelto agresiva y peligrosa. Aislada en un sanatorio adecuado, su estado no mejora y entonces se lleva a cabo toda una serie de tratamientos por medio de la insulina y el metrazol y electro-shock. No presenta ninguna reacción. Absolutamente inadaptable, odia a los médicos y al establecimiento. Se resuelve la operación. Se adquiere el permiso de los familiares y bajo anestesia general muy trabajosa (4 gr. de Pentothal) se practica la lobotomía pre-frontal (normal) siguiendo el método clásico. La intervención pasa felizmente sin ningún accidente. La enferma tarda en despertar 22 horas, al cabo de las cuales se muestra desorientada y con cierto grado de estupor que desaparece hasta el cuarto día. La tensión arterial que inició su descenso al terminar la operación continúa baja 100/65 y por esta razón no se ha mandado sentar a la enferma, quien no pide cambiar de posición. No habla espontáneamente pero contesta y obedece simples órdenes (como déme la mano, saque la lengua, cierre los ojos, etc.). Su apatía es extraordinaria y revela un estado de absoluta indiferencia. Al sexto día ha sido visitada por algunos de sus familiares a quienes ha reconocido pero no ha demostrado gusto ni enojo al saludarlos. Hemos tratado de conocer su reacción ante el susto y la sorpresa, y para todo permanece indiferente, y no pregunta ni la causa de un ruido brusco, ni quien le manda unas flores. Al preguntarle si está contenta dice que sí. No se queja ni ha vuelto a mencionar a las personas con quienes antes reñía. Sus facies tienen cierta expresión placentera a pesar de su general indiferencia.

Hay incontinencia urinaria que desaparece hasta el séptimo día. La presión arterial permanece en 100/65. Se la manda sentar y se le ha proporcionado material adecuado de lectura. Tiene tendencia a hojear los cuadernos sin detenerse en nada y parece que ve sin mirar. Con la divagación con la que a veces se contempla la lluvia. Se le ha dado papel blanco y un lápiz y ha escrito una misma frase incompleta muchas veces (yo ya no me, yo ya no me) y "México es la fecha" hasta que ha agotado los espacios limpios del papel. Realiza movimientos estereotipados con sus manos y un pañuelo.

Saluda sonriente y como se le pasara un espejo para inquirir sobre la razón del vendaje, dice que le ha "dolido la cabeza". Al noveno día se le hace abandonar el lecho y se la saca al jardín cuidada por una enfermera especial. Anda bien, come mejor y pronto se familiariza con el ambiente del sanatorio (que es de enfermos quirúrgicos). Continúa su estado de apatía y su memoria inmediata parece muy deficiente, sin embargo ayuda a las enfermeras en

la confección de las torundas y corte de gasas y compresas. Después de dos semanas no necesita ya de los cuidados especiales de su enfermera y cumple por sí sola con el reglamento del sanatorio, donde permanece dos meses sin demostrar irritabilidad ni fenómenos alucinatorios, sin embargo, en varias ocasiones ha preguntado por el juez pupilar para decirle que ella quiere ser enfermera y que además estudiará comercio.

Su memoria ha mejorado. La apatía viene desapareciendo y todas sus facultades intelectuales están íntegras. En estas condiciones abandonó el sanatorio y pasó a su casa, donde permanece hasta hoy. No ha vuelto a reñir y su actitud pendenciera ha disminuido, no así los fenómenos alucinatorios, que volvieron a presentarse desde el onceavo mes de la operación. A la fecha vuelve a hablar sola, particularmente durante las noches, y dice oír voces que la molestan, sin embargo, no ha vuelto a estar agitada, vive bien adaptada al medio familiar y sale con sus amistades y me ha tocado verla en fiestas campestres sin dar la menor manifestación de anormalidad. Conversa y se expresa bien, un poquito exuberante y extrovertida; se muestra audaz y atrevida a veces.

Caso No. 2.—S. H. S.—Individuo del sexo masculino, de 21 años de edad, soltero, estudiante, originario de México, D. F. Antecedentes familiares psiquiátricos negativos.

Infancia y pubertad, sin manifestaciones de enfermedad mental. A los 18 años más o menos demostró sentirse atraído por el peligro. Subía a los árboles más altos, andaba en la orilla de las azoteas y toreaba a los automóviles, habiendo recibido golpes serios en varias ocasiones.

Posteriormente salía de su casa para la escuela, a la que nunca llegaba, andaba todo el día sin rumbo determinado, hablando solo y elaborando fábulas que venía a contar a su madre por la noche, cuando volvía. En varias ocasiones fué necesario que sus familiares recurrieran a las autoridades para encontrarlo y hacerlo volver a casa.

Se hizo muy irritable, colérico y agresivo. La incoherencia en sus conversaciones pronto se manifestó, acentuándose con relativa rapidez. Rompía sus ropas, golpeaba a su madre y a las gentes que estuvieran cerca de él. Internado, nunca se adaptó al sanatorio, donde se le instituyeron distintos tratamientos, como largas series de electro-shock, insulina y cardiazol, sin resultado alguno. Posteriormente se hizo retraído, autista y pasaba largas horas de actitudes de inmovilidad (catatonía). Disgregado y negativista, no cooperó para la realización de ninguna de las pruebas psicomáticas.

Operado el 2 de Octubre de 1943. Bajo anestesia general, de pentothal (2 gr.). Hubo un accidente hemorrágico operatorio, por posible lesión de la arteria frontal lateral inferior derecha, rama ascendente frontal orbitaria de la cerebral media. Fué necesario

resección del lóbulo frontal, para lograr la hemostasia del vaso. ampliar rápidamente el agujero de trépano y practicar una parcial

Terminada la leucotomía bilateral, se transfundieron 300 cc. de sangre total. Se presentó un solemne shock post-operatorio, pero a las 24 horas el enfermo se recuperó, mostrándose muy desorientado y estuporoso; hasta el tercer día la condición era grave, pulso de 120; la temperatura fluctuaba entre 39° y 40°, la respiración frecuente (de 30 por minuto) y la tensión arterial de 100/70. Se hace una punción a través de la craniotomía. Sudor copioso e incontinencia urinaria. Al cuarto día el enfermo se quejaba, sin articular palabra, pero obedecía simples órdenes. Su estado general mejoraba. Al sexto día la temperatura descendió a 37.5°, la sudoración casi desapareció, el pulso era de 90 y la tensión arterial de 110/70. Inercia mental, indiferencia, pero el paciente habla, contestando con monosílabos. Al séptimo día se le manda sentar. Se muestra más alerta y contesta mejor. Ha reconocido a su madre, y al preguntarle que le ha pasado, contesta que se dió "un porrazo". Al noveno día sale al jardín. La incontinencia ha desaparecido. No se muestra extraño ni le importa nada. Parece hacer las cosas movido por un cierto automatismo que lo hace andar demasiado recto, y hasta llegué a suponer que había alguna discreta lesión en las áreas premotoras (6), por el aparente aumento del tono muscular, sin embargo, esta condición fué desapareciendo en pocos días más. A la exploración neurológica se encontró un Babinski en el pie izquierdo. La condición mental del enfermo fué mejorada por la intervención. En las cinco semanas siguientes notamos que se hizo racional, que discernía aparentemente bien, hablaba algo más de lo debido, pero jamás reñía ni demostraba inquietud ni deseos de actividad. Extraordinariamente apático y sin iniciativa, en varias ocasiones defecó en la cama, alguna vez lo invité a salir de su cuarto y no fué capaz de hacer correr un simple pasador para abrir la puerta; pronto empezó a tener alternativas de logorrez y de mutatismo, sin embargo, su agresividad y actos compulsivos no volvieron a manifestarse. Desaparecieron también su tendencia a romperse la ropa y a destruir los objetos a su alcance.

Absolutamente desatento, se mostró siempre terco, negándose a contestar y a cooperar para los estudios especiales de psico-diagnóstico. En estas condiciones abandonó el sanatorio y posteriormente, VII-44, me visitó su madre, diciéndome que medianamente adaptado, el paciente vivía en su casa, pero que había dado por escupir el piso con mucha frecuencia... que continuaba autista.

Caso No. 3.—E. M. T.—Mujer de 18 años de edad. Huérfana adoptada por una pareja acomodada. Se desconocen sus antecedentes familiares, pero se sabe que recién nacida fué abandonada y se le halló bajo un piso de duelas.

Durante su infancia no se observaron anomalías en su carácter o en su conducta. Estudió bien hasta el quinto año de primaria, y posteriormente estudió inglés.

Con una historia de desórdenes mentales de seis años de evolución, ha estado recluida en distintos sanatorios, habiéndosele sometido a todos los tratamientos de psicoterapia, comas insulínicos, cardiazol y electro-shock, sin ningún resultado.

En una ocasión se escapó de una de estas instituciones, arrojándose de un segundo piso, habiéndose fracturado un pie, que desde entonces le quedó deformado (?) y la hace cojear. estuvo perdida por varias semanas, refiriendo cuando la encontraron que había estado con los papeleros y había sufrido muchos ultrajes. Últimamente había dado por coleccionar recortes y figuras de automóviles, teniendo verdadera adoración por ellos; conoce todas las marcas y modelos y dice que al Plymouth le tiene vergüenza, que al Ford le tiene gran confianza, que el Buick la regaña cuando no se porta bien, etc. Esconde las figuras de los coches que recorta de revistas, entre sus ropas, las besa y guarda con celo. Ningún obsequio es para ella, que la figura de un coche, mejor, y se le sorprende conversando y teniendo coloquios sentimentales con ella. Ha pasado por cuadros de gran agitación, rebeldía y agresividad. Constituye un problema constante para el personal de la clínica, debe vigilársele constantemente, pues suele ser muy impulsiva.

Operada el 21 de julio de 1944.—Con anestesia general (Pentothal 2 gr.).—La intervención pasa sin accidentes.—A las 24 horas la paciente se muestra desorientada.—La inercia mental y apatía desaparecieron antes que en otros operados. Cuatro días después la paciente abandonó la cama. No volvió a insistir en los automóviles y escribió algunas cartas, pidiendo perdón a su madre... Durante dos meses estuvo bajo nuestra observación en el sanatorio donde fué operada y nunca hubo quejas en contra de ella, sin embargo, se mostraba alternativamente indiferente e **irracionalmente** afectuosa.

Después fué llevada a la casa de su madre adoptiva e hizo un viaje, sin manifestar gruesas anomalías. Con objeto de lograr más en su educación y porque ella así lo quería, fué internada en un colegio, donde ha permanecido hasta hoy. Ha hecho algunos progresos en sus estudios y pasa sus vacaciones en casa, más o menos adaptada. Las profesoras de esa institución suelen tener problemas con ella, pues parece tener tendencias cleptómanas y "crisis de audacia", que alternan con manifestaciones de "falsa timidez" y arrepentimiento momentáneo.

Caso 4.—M. R.—37 años de edad —casada— con una hija de 12 años. No hay antecedentes psiquiátricos familiares.—Esquizofrenia paranoide.—4 años de evolución.—Se siente perseguida y odia a su esposo, de quien no quiere ni oír hablar.—Operada el 19 de agosto de 1944 bajo anestesia general.

Desorientación e inercia mental que duran cinco días. Reconoce a su esposo y lo saluda sin demostrarle enojo. Se le habla de su hija, a quien ya hace tiempo que no ve y con cierta indiferencia contesta, diciendo que ya le da pena no hacer nada por ella.

Pasea con su esposo por el jardín del sanatorio y sale de él al 15o. día. (Todavía con incontinencia urinaria, que desaparece hasta 21 días después de la intervención). Sale de México y hace un viaje feliz hasta el lugar de su destino. Vive en su casa al lado de sus familiares, y la última carta de su esposo dice así:

... "Su estado sigue siendo tranquilo en lo absoluto. Duerme bien, come bien y ha estado procurando limitarse en las comidas, porque desea rebajar algo de peso"... La mayor parte de las tardes salimos a pasear en automóvil y por las noches a dar la vuelta a pie por el centro de la ciudad...

Es poco comunicativa, pero en cambio ha estado atendiendo a la niña, cuidando de su ropa...

En general, demuestra poco interés por todo..."

Desgraciadamente, hace un año que no tenemos más noticias de ella.

Entre los casos restantes, hemos tenido que lamentar un fallecimiento al cuarto día de la intervención. De los demás, sabemos que su estado es bastante satisfactorio y solo están actualmente recluidos en el sanatorio dos pacientes. Una de ellas es una esquizofrénica paranoide, que ha sufrido una recaída después de tres meses de operada. La otra es una catatónica, operada el 20 de febrero ppdo., que muy mejorada en su estado mental anterior, se ha vuelto hoy extremadamente comunicativa (extrovertida), y ha tenido alguna manifestación convulsiva.

En nuestro medio, el primero en reportar un caso de lobotomía prefrontal, fué el Dr. Salazar Viniegra, en diciembre de 1942. Operada por Clemente Robles. Paciente con inestabilidad motriz y trastornos ideativo-emocionales, que mejoró con la intervención. En marzo de 1943, el Dr. Guevara Oropesa, en su trabajo inaugural de la Academia Nacional de Medicina, hace consideraciones acerca de una enferma lobotomizada por Obrador.—(Comentario por el Dr. Ramírez Moreno).

Posteriormente, los Dres. Oneto Barenque y Ruiz Esparza, han hecho también publicaciones al respecto y los Dres. Manuel Falcón y Pascual del Roncal han comunicado sus observaciones en 12 casos de leucotomía prefrontal.

En el extranjero, además de los estudios ya citados en el curso de este trabajo, puede afirmarse que al lado de los de Shrader, Frank, Ramírez Conía, Keller, Strecker, Willkins y Lima, pueden señalarse trabajos de esta psicocirugía por autores de casi todos los países del mundo.

CONCLUSIONES

La **lobotomía prefrontal** es el medio más radical para dominar algunas psicosis.

Es superior al coma insulínico, al tratamiento convulsivante por el cardiazol y al electro-shock. Es aconsejable cuando otros procedimientos han fracasado. (Siempre que no haya signos de deterioración mental).

La selección de los pacientes es el factor más importante para el éxito de la intervención.

Los mejores resultados se obtienen con enfermos que sufren estados de tensión obsesiva, melancolía ansiosa y algunos casos de psicosis involutivas.

Muy variables resultados se logran con los esquizofrénicos, pero puede asegurarse su alivio y mejoría útil, si el plano de sección pasa por detrás de la sutura coronal. (El corte en un plano que seccionó —sin desearlo— los dos polos frontales de ambos ventrículos, en uno de nuestros pacientes, no acarreó consecuencias graves y dió muy buenos resultados en el aspecto mental).

En casos de psico-neurosis se obtienen buenos resultados, pero hay que tener en cuenta, una frecuente actitud agresiva post-operatoria, que se atenúa con los años.

Los deprimidos quedan libres de ideas obsesivas.

Muchos operados, sobre todo al principio, no alcanzan la normalidad. Su conducta puede evolucionar hacia otro trastorno.

Los factores emocionales casi siempre se reducen, pero nunca llegan al extremo.

Los pacientes operados son frecuentemente, seres alegres y comunicativos. Capaces de trabajar y resolver situaciones de complejidad común.

En un 6 a 8% pueden ocurrir manifestaciones convulsivas, yugulables con los hidantoinatos y el Barbitol y que muchas veces desaparecen espontáneamente.

La técnica operatoria actual es sencilla y constituye uno de los factores primordiales para obtener buenos resultados.

Estudios neumoencefalográficos demuestran que hay disminución en el volumen del lóbulo orbitario.

La lobotomía prefrontal (W. y F.) también se ha practicado para el alivio del dolor en el carcinoma inoperable, en la tabes y síndrome talámico con resultados apreciables. No ha dado ningún resultado como tratamiento del parkinsonismo, la epilepsia, el alcoholismo crónico y la esclerosis en placas.

México, D. F., Octubre 31 de 1946.

Manuel Velasco Suárez.

COMENTARIOS

Dr. Leopoldo Salazar Viniegra. Felicita calurosamente al autor de este trabajo y recalca que son este tipo de colaboraciones las que necesita el Seminario de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal para su mayor brillo y significación. Elogia la metódica exposición realizada por Velasco en la parte de fundamentación anatómo-fisiológica de la leucotomía prefrontal, haciendo ver el contraste que guarda este tipo de terapéutica de algunos padecimientos mentales con la empírica y brutal terapia por choques. En aquella, afirmó, existe fundamentación científica, explicación fisiológica y fisiopatológica; en ésta no hay sino empirismo y festinación. Por eso, concluyó, soy decidido partidario de la "psicocirugía", siempre y cuando se llenen, como acertadamente lo sintetizó el Dr. Velasco, las indicaciones de la misma, seleccionando escrupulosamente los casos clínicos.

Dr. Abraham Fortes.—Hace también entusiasta elogio del trabajo presentado, en el que encuentra gran claridad expositiva y la expresión fructífera del empeño generoso y científico puesto por el Dr. Velasco para comprender mejor y perfeccionar la disciplina que cultiva. Coincide en lo general con las conclusiones apuntadas por aquél.

Dr. Teodoro Flores Covarrubias.—Señala que es sin duda el estudio del Dr. Velasco Suárez uno de los más brillantes y valiosos de los presentados en las Primeras Jornadas del Seminario. Se congratula de que el joven neurocirujano —a quien lo unen ligas de amistad y afecto— siga un camino ascendente en su carrera, como lo demuestra su creciente preparación y perfeccionamiento de sus técnicas.

Dr. Luis G. Murillo.—Hace suyas las felicitaciones expresadas al Dr. Velasco y recalca la importancia de su trabajo que representa la vanguardia en México de los tratamientos quirúrgicos de las enfermedades mentales.

Dr. Samuel Ramírez Moreno.—"La mejor prueba de mi seguridad en la competencia profesional del Dr. Velasco es la de que por su inteligencia, continuo esfuerzo y superación he depositado, de tiempo atrás, entera confianza en él para llevar a cabo en mis pacientes neuroquirúrgicos el tratamiento operatorio". Le conozco desde hace varios años y no me extraña que haya podido presentar en estas jornadas del Seminario un trabajo brillante, conceptuoso y por todos motivos digno de encomio". En seguida expone la importancia creciente de los tratamientos quirúrgicos para los padecimientos mentales, afirmando que cada día se practican en mayor número de enfermos, con resultados muchas veces sorprendentes. Da a conocer cómo en Norteamérica, —donde estuvo recientemente— se ha generalizado este tipo de terapéutica y aún en algunos centros científicos tradicionalmente conservadores, se realiza ya de modo sistemático y amplio. Termina por recalcar que la estadística del Dr. Velasco —desde el punto de vista meramente quirúrgico— es altamente satisfactoria y en lo referente a los resultados sobre los padecimientos mentales, en todo semejante a la obtenida por los cirujanos de Estados Unidos.

LIBROS Y REVISTAS

LA BIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA. (The Biology of Schizophrenia) por Roy G. Hoskins PH. D. M. D.

El Dr. Hoskins, director de investigaciones neuroendócrinas de la Universidad de Harvard ha escrito un libro que por su tema y por la personalidad del autor será sin duda ampliamente leído y comentado. Como lo establece el Dr. Hoskins, la Esquizofrenia, es el problema más importante con que se confronta la medicina. La quinta parte de todos los enfermos hospitalizados en los E. E. U. U. son sus víctimas.

El punto de vista del autor, es distinto al del psiquiatra, el neurólogo y el endocrinólogo. La primera parte de la obra, contiene un estudio de la evolución de la materia desde su estado electrónico hasta el Homo Sapiens como individuo y como miembro del grupo social. El principio de integración es considerado como el mecanismo básico y esencial de esta evolución desde el átomo hasta los organismos más complejos. Se hace después un estudio somero poco original y poco profundo de los conceptos de Herencia, Reproducción. Instintos, Libido, etc. y termina la primera parte analizando el fenómeno de la empatía.

En la segunda parte se distingue como lo hacen la mayoría de los autores entre la Esquizofrenia como forma reactiva y como entidad morbosa (Esquizofrenia procesal). A continuación viene una descripción clínica, para pasar después al estudio de los aspectos psicosomáticos de la enfermedad respaldándose fundamentalmente en los estudios que desde 1927 se han llevado a cabo bajo su dirección en el Worcester State Hospital. Esta es la parte más valiosa de la obra así como la más original. Las conclusiones a que basándose en estos estudios experimentales llega el autor son las siguientes: En el esquizofrénico existen deficiencias glandulares, la metabolización del oxígeno se verifica en forma deficiente, las curvas glicémicas son altas. Existen también deficiencias en las funciones cardiorespiratorias y equilibratorias de estos enfermos. De todo esto resulta que la homeostasis (mantenimiento de la estabilidad funcional del organismo), es pobre. De aquí, la deficiencia del esquizofrénico para reaccionar adecuadamente a los estímulos internos y externos. Tal parece, dice Hoskins, que la prodigalidad del esfuerzo requerido para la adaptación orgánica deja al enfermo con insuficiente energía para adaptarse en el campo social.

Hoskins considera como muy probable que la deficiencia básica se encuentre en los procesos metabólicos (Enzimas, Vitaminas, Aminoácidos, Hormonas) y supone, siguiendo a Ramson que el Hipotálamo pueda ofrecer la respuesta definitiva. Sugiere que en este sentido se orienten las futuras investigaciones.

La aportación del Dr. Hoskins, al estudio de la esquizofrenia es valiosa, sin embargo algunas objeciones nos parecen pertinentes. El punto de vista del autor es biológico en un sentido organicista, pues tal parece que niega a las reacciones de la personalidad su carácter biológico. Por otra parte su bibliografía, de 200 títulos, que no pretende ser completa, es parcial pues deja de un lado investigaciones muy valiosas y muy serias pero contrarias a su punto de vista, que arrojan conclusiones divergentes que las suyas. Después de leer el libro del Dr. Hoskins seguimos creyendo que es más profundo y más fructífero continuar hablando de la esquizofrenia en términos psicológicos.



AMITAL SODICO POR VIA INTRAVENOSA COMO PRUEBA DE LA ANSIEDAD LATENTE. (Intravenous Injection of Sodium Amytal as a test for latent anxiety). S. Susselman, F. Feldman, S. E. Barrera. Arch. of Neurology and Psychiatry. Vol. 56 Num. 5 Nov. 1946.

La inseguridad, las frustraciones, los conflictos, engendran estados de tensión emocional —estados ansiosos— que constituyen el grupo más vasto de las psiconeurosis. Dicha tensión se expresa a través de los distintos órganos y sistemas en síntomas cuyo origen psicogénico pasa con frecuencia desapercibido y con frecuencia son considerados de origen orgánico. En otras ocasiones síntomas psicogénicos y orgánicos se superponen.

Los autores proponen una prueba que a continuación se describe y que ellos han estudiado en un grupo de 80 enfermos, cuyos síntomas (Cefalalgia, dolor de espalda, dolor anginoso, dismenorrea, síntomas referidos al tracto gastrointestinal, mialgias, etc.) se sospechaban psicogénicos.

Una solución de Amital Sódico conteniendo 065 Gms. en 1 c.c. de agua destilada se inyecta en la vena en el momento en que el enfermo presenta el síntoma en sus mayor intensidad. La inyección se hace en la siguiente forma: se inyecta 5 c.c. y se dejan pasar de 30 a 40 segundos antes de preuntar al enfermo si nota alguna mejoría. En caso de que la respuesta sea negativa se inyectan otras 5 c.c. y un minuto después se interroga al enfermo de nuevo. Si es necesario se inyectan 5 c.c. más. En general 1.5 c.c. no son suficientes para producir somnolencia ni analgesia pero sí para aminorar o hacer desaparecer los síntomas cuando estos son de naturaleza tensional.

Los autores consideran la prueba como un auxiliar valioso en el diagnóstico diferencial, siempre y cuando se le use como un suplemento del examen físico y psiquiátrico.

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS PSICOSIS POR EL ELECTROCOMA (Ambulatory electrocoma therapy of psychosis)

J. L. Fetterman M. A., M. D., Cleveland Ohio, publicado en la revista "Diseases of the Nervous System".

El Dr. Fetterman analiza a la luz de los trabajos publicados y de su propia experiencia las ventajas, desventajas, indicaciones, técnica y resultados del uso del electrochoque en enfermos ambulatorios.

El autor señala como ventajas las siguientes:

- a) Evita al enfermo y a sus familiares la "vergüenza" de la hospitalización en una institución psiquiátrica.
- b) Reduce considerablemente los gastos del tratamiento.
- c) Constituye una medida de emergencia de gran utilidad.
- d) Con ciertas limitaciones, el enfermo puede continuar su vida habitual mientras recibe el tratamiento.
- e) Permite continuar con un tratamiento de sostén y actuar rápidamente para corregir recaídas temporales.

Las desventajas son las siguientes:

- a) Se aumenta considerablemente la responsabilidad de los familiares del enfermo.
- b) El enfermo puede más fácilmente negarse a continuar el tratamiento.
- c) Se incrementa el riesgo de suicidio.

Por estas razones es indispensable una selección cuidadosa de los casos tomando en cuenta los factores siguientes:

- a) Condiciones del enfermo:

Debe tomarse muy en consideración si las personas que pue- mental se acompaña de un estado general grave, los agresivos de conducta peligrosa y los suicidas activos.

- b) Capacidad de los familiares.

Debe tomarse muy en consideración si las personas que pue- den hacerse cargo del enfermo entienden la situación del mismo, si son capaces de ejercer una vigilancia efectiva y cooperar acti- vamente con el médico. En caso de depresiones reactivas a situa- ciones familiares la conveniencia de aislar al enfermo salta a la vista.

- c) Riesgos de suicidio.

Este es un punto capital que solo puede valorarse con gran experiencia psiquiátrica.

La técnica propuesta por los autores no difiere en nada de la habitual y los resultados son completamente comparables a los obtenidos con enfermos hospitalizados, es decir: resultados exce- lentes con las melancolías involutivas, buenos en las psicosis de- presivas y en los estados maniacos, dudosos en las depresiones reactivas y estados Esquizo-afectivos, dudosos en las depresiones reactivas y nulos en las psiconeurosis crónicas.

R. de la 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
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 MÉDICO**

Reg. N° 10249-D S.P.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

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

DREVILLÉ

DR. ROBERTO F. CEJUDO

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli no. 85.

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

DR. TEODORO FLORES COVARRUBIAS

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

Génova No. 39.

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

DR. JOSE TORRES TORIJA

Av. Madero No. 66.

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

LABORATORIO MEDICO DEL

DR. ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.

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

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Hematología - Química -
Pruebas Funcionales - Metabolismo Basal

Eric.: 13-41-31

Plaza de la República No. 52

Mex.: L-76-56

MEXICO, D. F.

SINERGIA TERAPEUTICA

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

1º CINAMEINA
(Cinamelna Total)

2º CANFOLINA
(Canforato de Colina)



AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS

TRATAMIENTO ADYUVANTE de las
TUBERCULOSIS
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

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

Prop. No. 8510

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

LABORATORIOS DU DR. ROUSSEL - FRANCE

HEMOSTYL

Tónico Hemopoyético
Antihemorrágico

AMPOLLETAS

Reg. No. 891 S. S. A.

JARABE

Reg. No. 5905 S. S. A.

VINO

Reg. No 1284 S. S. A.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia Núm. 19

MEXICO, D. F.

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.

AV. INSURGENTES No.35.

MEXICO, D. F.

Sulfuros de Mercurio y Bismuto

(En el Estado Coloidal)

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

Series
INFANTIL
A
B
y
C

HILOBÍ

Reg. No. 14437 D.S.P.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:
LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.



ANIONBI

Reg. 21670 D. S. P.

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

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

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

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

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

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:
LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.

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.

Secretaria: 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 Turnbull

Cirugía niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Crail Reyes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerta Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma.

Laura Alva Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

LABORATORIOS KOCH

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 Peirre Delbet). Estos autores consideran que el ion magnesio obra como catali-

zador en estos padecimientos, no debiendo descuidar el tratamiento de fondo, en algunos de ellos. (Bismuto Koch, Reg. No. 17281 D. S. P., en los casos de origen luético). Posología: Por vía intrarraquídea o intracreneana. Una ampolleta cada 15 días. (Dr. Vignon). También se puede inyectar cada diez días, cinco días o diariamente, según la tolerancia del enfermo.

Reg. No. 18800 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras número 106.

Eric. 16-16-21

MEXICO, D. F.

Clínica Neuropsiquiátrica

«Dr. Samuel Ramírez Moreno»

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova No. 39

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

México, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS - ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO
TRATAMIENTOS ESPECIALES

SANATORIO:

Eric. 23-59-59

Av. México Núm. 10

Mex. F-06-50

Axotla, Villa Obregón, D. F.

Director:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

ESPECIALIDADES:

Laboratorio.—Dr. Alberto Lezama.

Neurobiología.—Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

Neurocirugía.—Dr. Manuel Velasco Suárez.

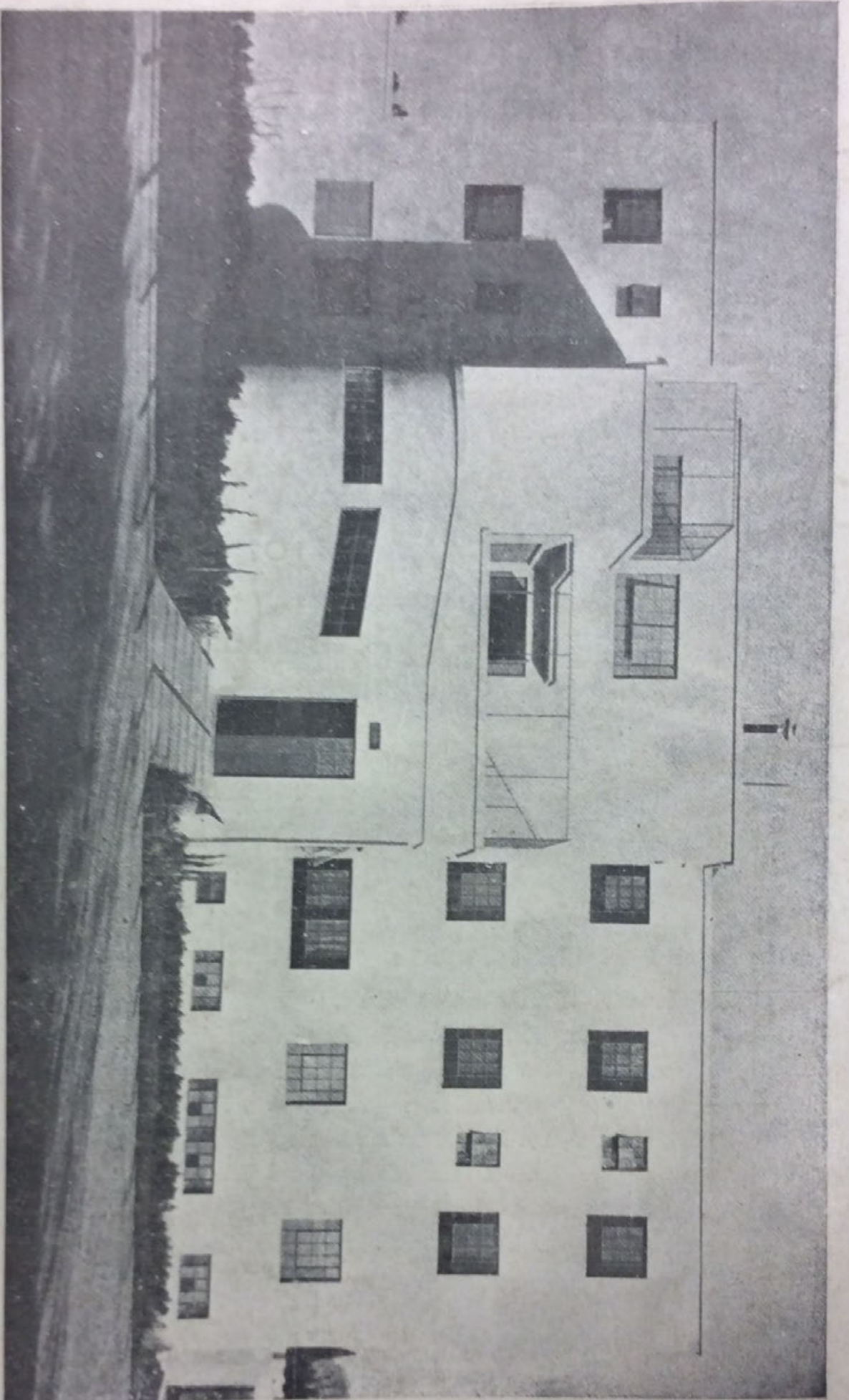
Hematología y transfusiones.—Dr. Roberto F. Cejudo.

Oftalmología.—Dr. Luis Sánchez Bulnes.

Odontología.—Dr. Manuel Villalpando Moreno.

Metabolismo basal.—Dr. Luis Gaitán G.

Masoterapia.—Prof. Heliodoro Maldonado F.



SANATORIO NEUROPSIQUIATRICO
Dr. Samuel Ramirez Moreno

Handwritten notes in purple ink, including the number '23' and some illegible scribbles.