

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

## SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS AMERICANOS  
CONTEMPORANEOS. — *Dr. Nolan D. Lewis*

LA PENICILINA EN NEUROPSIQUIATRIA. — Por  
el *Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

LA DIRECCION DE ASISTENCIA NEUROPSIQUIA-  
TRICA. — Por el *Dr. Luis G. Murillo.*

LIBROS Y REVISTAS. — *Dr. R. de la F.*

*R.*

VOL. XIII. PUBLICACION BIMESTRAL NUMS. 78 y 79

MARZO a JUNIO 1947

MEXICO, D. F.

**SULFANA**  
Wander

UNGUENTO

**120**  
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 eutrótico*

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

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

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**— Specia —**

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

# VITAMINA

<b>B<sub>1</sub></b>	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 o. 276

México, D. F.

# BETORMON

VITAMINA B<sup>1</sup> CRISTALIZADA EN ADY (NA)  
Y EXTRACTO DE CEREBRO Y MEDULA

HIPAOVITAMINOSIS B<sup>1</sup>, 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

REGISTRO No. 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado  
y Vitamina C.

**INYECTABLES  
(INDOLORO)**

Caja de 5 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

**(FUERTE)**

Caja de 4 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 2,000 U. I.

**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.

V.U INR<sub>V</sub>GENTE No. 35

MEXICO 1 F

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

## SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS AMERICANOS  
CONTEMPORANEOS. — *Dr. Nolan D. Lewis*

LA PENICILINA EN NEUROPSIQUIATRIA. — Por  
el *Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

LA CREACION DE LA DIRECCION DE ASISTEN-  
CIA NEUROPSIQUIATRICA. — Por el *Dr. Lu's*  
*G. Murillo.*

LIBROS Y REVISTAS. — *Dr. Ramón de la Fuente.*

VOL. XIII      PUBLICACION BIMESTRAL      NUMS. 78 y 79

MARZO a JUNIO 1947.

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

Rg 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.

Rg Núm. 27799 D. S. P.

INDICACIONES: Poderoso amebicida. Valioso auxiliar en colitis agudas y crónicas.	<b>YODITREN Inyectable</b> 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.	<b>POSOSOGIA:</b> 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

### SEDA TE — HIPOTICO — 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 Contemporaneos



**DOCTOR NOLAN D. LEWIS**

Conocido internacionalmente, el Dr. Lewis es uno de los más destacados exponentes de la Neuropsiquiatría norteamericana. Se graduó de médico en la Universidad de Maryland (1914) e hizo estudios superiores de biología y psicología, habiendo obtenido el doctorado (1914-1918) en la Universidad Johns Hopkins; pero con

motivo de la Primera Guerra Mundial suspendió su puesto de Fellow en Psicología en la propia Universidad para pasar con el grado de Teniente del Cuerpo Médico al 305 Sanitary Train Camp Dix (1918-1919). Más tarde hizo estudios de post-graduado de Psiquiatría y Neurología en la Universidad de Viena (1927-1928).

Ha ocupado numerosos puestos técnicos y profesionales tales como: Patólogo del Hospital de Maryland (1914); del Hospital para Enfermedades Mentales del mismo Estado (1915-1917); Director de los Laboratorios y Asociado en Psiquiatría del Hospital Johns Hopkins (1918); Neuropatólogo de los Laboratorios de Cirugía General en Washington D. C. (1919); Patólogo del Hospital de Santa Isabel en Washington (1919-1922) y después de Clínica Psiquiátrica (1923-1933) y Director de los Laboratorios (1933-1935) del mismo Hospital.

Ocupó el cargo de Profesor de Patología Experimental en la Universidad de George Washington (1925-1935), el de Profesor Consultor en Psicología en la Universidad Americana de Washington D. C. (1925-1935); etc., etc., para llegar a ser Profesor de Neurología de la Universidad de Colombia (1936), Director del Hospital e Instituto Psiquiátrico de Nueva York (Centro Médico) y Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Colombia. Estos dos altos puestos que aún desempeña, los tiene en sus manos desde el año de 1936.

Pertenece a numerosas sociedades científicas americanas entre las que citaremos: Asociación Psiquiátrica, Genética, Olfmica, Neurológica, Psicoanalítica, del Fomento de la Ciencia, de Investigación en Enfermedades Nerviosas y Mentales, Psicopatológica (Presidente 1934, 35, 36), Psiquiátrica de Nueva York, Clínica Psiquiátrica de Nueva York, de Psicoterapia y Psicopatología, de Investigaciones Psicósomáticas, de la Psiquiatría de los Hospitales Metropolitanos, etc. Así mismo es miembro de varias Asociaciones Médicas extranjeras, como la Psiquiátrica de Hungría, la Argentina de Neurología y Psiquiatría y otras.

Tan destacado Psiquiatra ocupa en la actualidad muchos puestos en diversos comités de orden médico-social, periodístico, etc.

Colabora además en varias revistas médicas, como el *Journal of Nervous and Mental Diseases*, la *Psychoanalytic Review*, etc., etc.

Por último hemos de decir que este hombre sabio y modesto con quien nos liga vieja amistad es uno de los candidatos a la Presidencia de la Asociación Psiquiátrica Americana. Le deseamos sinceramente que triunfe.

S. R. M.

# La Penicilina en Neuropsiquiatría

Por el doctor Samuel Ramírez Moreno.

## I

### Preámbulo

El descubrimiento de la penicilina que Alejandro Fleming de Oxford hizo casualmente, como producto metabólico del *Peni cillium notatum* observando su acción inhibitoria sobre ciertos mohos, hongos y cultivos de estafilococos, como dicen Stoker, Beerman e Ingraham, puede compararse en su grandiosidad, al descubrimiento que en 1909 realizaron Ehrlich-Hata-Bertheim al obtener, después de múltiples experiencias, la síntesis de su arsenical, en la número "606".

Es la penicilina, otra **droga mágica**, que al ser dada a conocer ampliamente años más tarde por Florey, Chain y Abraham, cuando la obtuvieron en estado de pureza, causó la admiración del mundo y se le atribuyeron efectos de milagrería para la curación de todas las enfermedades infecciosas y para muchas más. Los médicos fuimos desde entonces solicitados por los pacientes de todos los males, para que se las aplicásemos y se ha prodigado su uso, con complacencia inaudita y en numerosas ocasiones sin razón.

Después de la llamarada de entusiasmo y comprobando que ha sido de los medicamentos más grandiosos con que contamos, en la experimentación y en la clínica, se han ido conociendo más sus correctas indicaciones y ya casi sabemos cuales son las enfermedades en las que tiene gran eficacia, en las que su acción es dudosa y en las que debe rechazarse por inútil.

Hay todavía puntos aún no suficientemente claros y sobre el tablero de la discusión, según la experiencia personal de cada autor, pero dónde su efecto es inseguro y dónde es definitivo, ya existe universal acuerdo.

Hasta poco antes de la terminación de la guerra, en que su adquisición era muy restringida para médicos y enfermos, el doctor Chester S. Keefer, Presidente del Comité de Quimioterapia, dependiente del "Consejo Nacional de Investigación Científica" y de la "Comisión Distribuidora de Penicilina a la Población Civil de los Estados Unidos", clasificó en cuatro grupos a las enfermedades, según el grado de acción de ésta.

1o.—En las que daba resultados admirables, siendo el mejor agente terapéutico:

- a.—infecciones estafilocócicas.
- b.—por clostridia.
- c.—por estreptococos hemolíticos y anaerobios.
- d.—por neumococos.
- e.—por gonococos, y
- f.—por meningococos —aún los resistentes a las sulfas—.

2o.—En las que su significación terapéutica no era bien definida.

- a.—sífilis.
- b.—actinomicosis, y
- c.—difteria.

En las del tercer grupo, aquellas cuyo efecto era discutible y en las del cuarto, las que son inatacables por la droga y ésta es totalmente ineficaz. No cabe enumerar estos dos últimos, por estar fuera del tema que nos ocupa.

A continuación y dentro de la brevedad posible, ya que este es asunto del que se ha hablado y escrito mucho en los últimos tiempos, voy a referir el empleo de la penicilina en neuropsiquiatría, empezando por las enfermedades piógenas del sistema nervioso —meningitis, abscesos cerebrales y medulares, heridas del cerebro, etc.—, y después en lo que es de gran interés por las opiniones que aún se suscitan, es decir, su uso en la neurosífilis, de acuerdo con datos y estadísticas que he podido obtener hasta la fecha, y referiré además algunos casos tratados y estudios hechos entre nosotros, que han sido dados a la publicidad, así como nuestras propias observaciones.

No hablaré de los puntos tan importantes, como la técnica para obtener la penicilina, los procesos biológicos de su toxidez y otras cuestiones que tan ampliamente han sido y son aún comentados en libros y revistas. (1).

## II.—Procesos Piógenos del Sistema Nervioso.

El empleo de la penicilina, aunque parezca pueril, requiere como condición fundamental, dice W. Grüniger de Lucerna, "que el agente productor de la enfermedad pertenezca al grupo de microorganismos sensibles a este antibiótico" y quedó ya señalado cuales son precisamente los gérmenes en los que la droga tiene acción; así pues en los procesos piógenos del neuroeje los organismos más susceptibles son: los meningococos, los neumococos, los estreptococos piógenos y los estreptococos viridans, los estafilococos albus y aureos, los gonococos y la clostridia de la gangrena gaseosa.

Aunque los preparados sulfonamídicos tienen también evidente efecto destructor sobre estos gérmenes, la penicilina actúa según la opinión general, con mayor eficacia, así como en los casos sulfonamido-resistentes, sin tener la toxidez e intolerancia de estos. Sin embargo, casi siempre se emplean asociados ambos medicamentos.

Son bien conocidos los estudios que se han hecho acerca de la poca acción que tiene la penicilina en infecciones del neuroeje, especialmente en la sífilis nerviosa, por la barrera sangre-líquido céfalo raquídeo, ya que muchos autores han señalado que en su empleo intravenoso, intramuscular o subcutáneo, aún en grandes dosis, no llega al sistema nervioso central, tal como enfáticamente

---

(1) Como está fuera del presente trabajo lo referente a la extracción, concentración y purificación de la penicilina, así como su composición química, sus condiciones estéricas, los métodos para su determinación cuantitativa y cualitativa, la farmacología, la absorción, eliminación y estabilidad, su toxidez, las ventajas e inconvenientes de las inyecciones acuosas, en suero, en aceite, las formas por vía oral, etc., son de recomendarse las interesantes obras de Boris Sokoloff "La Penicilina", traducida por el doctor Ignacio González Guzmán; la de Wallace E. Herrell "Penicillin and other Antibiotic Agents"; la de Stokes, Beerman e Ingraham "Modern Clinical Syphiology"; la de Spiegel "Progress in Neurology and Psychiatry", etc.

lo afirman Neymann, Eagle, Nelson, etc. y otros aceptan que puede penetrar en proporciones pequeñas, siendo las más altas, sólo en los casos de meningitis agudas —Rosemberg, Silvester, Cooke, Glodring, etc.—, de ahí que su valor inestimable como comentan Obrador y Violante es "llevarla al foco séptico inicial y además inyectarla directamente en el espacio subaracnoideo". Por eso es que las vías actuales de administración, además de las usuales, sean: **intratecal** —intraespinal, intracisternal—, subaracnoidea cerebral e intraventricular.

#### A.—Meningitis agudas.

**Meningocócica.**—Esta severa infección, antes de la seroterapia causaba 70% de mortalidad. El suero antimeningocócico la redujo a 30%, pero casi siempre los pacientes que sobrevivían, en gran número quedaban con secuelas muy severas.

En un grupo de 107 casos, que refiere Spiegel, usando penicilina en inyecciones intratecales, solas o combinándolas con inyecciones parenterales y en muchas veces asociándola con sulfadiazina, hubo sólo 12% de mortalidad y 88% de curación.

Casi todas las estadísticas sobre ésta y otras meningitis señalan que en la mayoría de los casos no se empleó la penicilina sola, sino asociada con la sulfadiazina u otras sulfas; pero en el caso de las meningocócicas la proporción de mortalidad con el uso de aquella, ha decrecido enormemente hasta alcanzar como promedio en la estadística mundial, entre 5 y 10%.

**Neumocócica.**—Para algunos, es de mayor severidad que la anterior por la producción de exudados fibrinosos que la hacen resistente a las sulfas y tienen el peligro de dejar infecciones residuales que con frecuencia ocasionan abscesos.

La mortalidad de esta meningitis en los casos de ser secundaria a mastoiditis o sinusitis, se consideraba casi del 100%, antes del empleo de las sulfas. Cuando se llevó a cabo la sulfamidoterapia, la recuperación llegó a ser entre 35 y 40%, pero con la penicilinoterapia ha alcanzado desde el 52 hasta el 100%.

En esta meningitis que presenta con frecuencia formas sulfamido-resistentes, la penicilina actúa admirablemente.

**Estreptocócica.**—De menor frecuencia que la anterior. Antes de la sulfamidoterapia, daba una mortalidad global del 90%; con

las sulfas se redujo a 35% y con la penicilina a 44%. Es evidente que la penicilinoterapia de esta meningitis estreptocócica, no es tan efectiva como en la neumocócica.

Obrador y Violante, relatan entre nosotros, el caso de meningitis por estreptococo viridans en un paciente que había sido sometido a un método prolongado de radioterapia profunda por tumor hipofisiario y cuando se encontraba en estado de gran mejoría tuvo un cuadro gripal y repentinamente el desarrollo de la meningitis; se le trató con penicilina intrarraquídea e intramuscular, así como con sulfonamidas, pero falleció a las 48 horas de iniciado el mal.

**Estafilocócica.**—Menos frecuente que la neumocócica, pero de gravedad extrema, cuando concurre con un cuadro septicémico. Como comúnmente es secundaria a mastoiditis, sinusitis purulentas o heridas infectadas del cráneo y de las vértebras, en los casos en que prontamente se hace el drenaje quirúrgico con instilaciones locales de solución de penicilina y además la aplicación intratecal de ésta, los resultados son muy halagadores. También aquí parece demostrada la mayor acción de este medicamento sobre las sulfas, pues si en éstas las recuperaciones son entre 40 y 50%, la penicilina las obtiene en 81%. Se considera por los autores norteamericanos que la inyección intracisternal es la más efectiva, pero no exenta de peligros.

También debemos dos casos a Obrador y Violante que han publicado de esta meningitis: el primero, en el que obtuvieron completa curación en 9 días inyectando 10.000 u. o. de penicilina intrarraquídea cada 24 horas, e intramuscular de 10 a 20 mil u. o., cada 3 horas, y el segundo, el de una paciente que fué operada del cráneo en la fosa posterior por cisticercosis cerebral, quien después de la cicatrización de su herida, dos semanas más tarde, presentó un cuadro meningítico por estafilococos, que desde luego fué tratado por penicilina intrarraquídea e intramuscular, pero murió 4 días más tarde.

**Otras meningitis.**—En las producidas por gérmenes gram negativos los resultados de la penicilina son casi ineficaces, como en las de colibacilos, bacilos de la influenza, neumobacilos, etc.

En éstas se emplea con las sulfas sistemáticamente y con frecuencia con los sueros respectivos.

La siguiente observación que debo a los doctores Zuckermann y Benítez Rojas, médicos de cabecera, es por demás interesante:

Señora T. H. de D., de 38 años de edad, casada, domicilio en Morelia, Mich. El 20 de agosto del presente año se le practicó la tonsilectomía por amigdalitis crónica, con anestesia local. Tres días después se presentó cefalea, al principio leve, después intensísima, náuseas y vómitos, temperatura hasta 38°5 con remisión vespertina a 37°-37°5.

Septiembre 3.—Se hospitalizó en México y además del cuadro anterior, había rigidez de la nuca, hipertonía y otros fenómenos meníngeos. La punción raquídea da líquido turbio, hipertenso, con sedimento muy purulento que contiene micrococcos catarralis. Se le aplicaron 100.000 u. o. de penicilina intrarraquídea, 50.000 subcutánea cada 3 horas y 1 gramo de sulfapiridina intravenosa.

Septiembre 4.—Líquido de aspecto turbio, de color ligeramente ambarino con sedimento escaso; 30% de linfocitos, 5% de monocitos y 65% de polinucleares, ya no se encuentran gérmenes. 100.000 u. o. de penicilina intrarraquídea por la mañana y 150.000 u. o. de penicilina por la noche; se continúa con 50.000 u. o. intramusculares cada 3 horas.

Septiembre 5.—El estado de la enferma es bastante serio. 150.000 u. o. de penicilina intrarraquídea por la mañana y la misma dosis por la noche; 50.000 u. o. cada 3 horas intramusculares y 1 gramo de sulfapiridina endovenosa.

Septiembre 6.—El mismo tratamiento que el día anterior.

Septiembre 7.—150.000 u. o. de penicilina intrarraquídea por la mañana. Cede la cefalea, la fiebre y la rigidez de la nuca, por lo cual se suspende por la tarde la penicilina intrarraquídea y se continúa la intramuscular con la misma dosis. Además se le dan comprimidos de sulfadiazina de 0.50 grs. cada 3 horas.

Septiembre 8.—El mismo tratamiento. No se pone penicilina intrarraquídea. Persiste la mejoría.

Septiembre 9.—Se continúa el mismo método, pero a las 21 hs. la enferma entra bruscamente en estado de coma, con nistagmus, midriasis, flaccidez de los miembros, después hiperreflexia tendinosa, muscular, osteoperióstica e hipertonía generalizada. Se le aplicaron 200.000 u. o. de penicilina intrarraquídea. Líquido de color ligeramente ambarino, pero no coagula. Las reacciones de Pandy y None Appel son intensamente positivas. Hay 66% de linfocitos, 24% de monocitos y 10% de polinucleares. La paciente está apirética.

Septiembre 10.—La fiebre empieza a subir hasta llegar en los siguientes días a 41°. 200.000 u. o. de penicilina intrarraquídea por la mañana, 50.000 u. o. cada 3 horas intramuscular. Se le extrae líquido para preparar vacunas, pero no se obtiene desarrollo de gérmenes.



Septiembre 11.—50.000 u. o. de penicilina cada 3 horas intramuscular, no se aplica intrarraquídea. Se pone vacuna anticatarral mixta de Behring.

Septiembre 12.—Penicilina intrarraquídea en las mismas dosis que los días anteriores y los subsecuentes. Vacuna anticatarral.

Septiembre 13.—En vista de que la paciente no mejora, además del tratamiento anterior se le ponen 200.000 u. o. de penicilina intrarraquídea. El líquido es completamente cristalino como agua de roca. Estado de coma. Incontinencia de orina.

Septiembre 14.—Penicilina intramuscular cada 3 horas.

Septiembre 15.—Se suspende la penicilina por la gravedad de la enferma.

Septiembre 16.—Fallece a las 6.30 hs.

Además del tratamiento penicilínico se le aplicaron inyecciones de Sorbitol, de suero, de Combex, de Cevalin, etc., etc.

En total recibió durante los 12 días de su hospitalización, 2,000.000 u. o. de penicilina subcutánea y 1,750.000 u. o. intrarraquídea.

En otras formas de meningitis agudas, que son por fortuna excepcionales y en las que no he encontrado estadísticas importantes, tales como las producidas por gonococos, bacilos diftéricos, clostridia, etc., la terapia penicilínica teóricamente está en relación con el efecto que ésta produce sobre dichos microorganismos.

Ni que hablar de las meningitis tuberculosas, en las cuales se ha observado que el empleo de la penicilina agrava la infección.

#### **B.—Abscesos Cerebrales y Medulares.**

Los primeros pueden ser extradurales, intradurales o intracerebrales, únicos o múltiples. Los extradurales son muy raros y se manifiestan por lo común consecutivamente a heridas y osteomielitis del cráneo, a infecciones del oído medio, de la mastoides y de los senos. Los segundos, pueden considerarse como formas de meningitis localizadas purulentas, que tienden a extenderse en uno o en ambos hemisferios, y los terceros, se presentan en cualquier parte del encéfalo, generalmente secundarios a infecciones septicémicas o focales, especialmente de la pleura y de los pulmones.

Los abscesos medulares, mucho más raros que los anteriores, se observan por lo general después de heridas o laminectomías. Los gérmenes más comúnmente que producen ambos son estafilococos, estreptococos y neumococos y los menos, meningococos, clostridias, neumobacilo, etc.

La terapia es combinando el drenaje quirúrgico con la penicilina y las sulfas. Su pronóstico está en relación con su sitio, su número y la naturaleza del germen.

En los provocados por estafilococos y clostridias, la penicilino-terapia da resultados magníficos aún por sí sola, pero en los de estreptococos, neumococos y meningococos es también de muy buenos efectos, si se asocia a la sulfamidoterapia. En aquellos por neumobacilos y gérmenes gram negativos, la penicilina es inefectiva.

La recuperación se obtiene entre 37 y 62% en términos generales, pero los producidos por estafilococos son los que han dado resultados más elevados de curación.

§ Obrador y Violante en México citan un caso de absceso cerebeloso consecutivo a otitis purulenta, cuyos gérmenes gram-positivos no fueron identificados bien —estreptococos, estafilococos—, el cual curó por intervención quirúrgica con penicilina aplicada en la cavidad del absceso, intramuscular y subaracnoidea en la dosis de 300.000 u. o.

#### C.—Heridas del Cerebro.

Actualmente en las heridas sépticas del cerebro se emplea la penicilina para prevenir o atacar oportunamente procesos piógenos meningoencefálicos, y la noción práctica que se tiene a este particular, es que el tratamiento temprano es muy satisfactorio, más no así el tardío, en las heridas que pasan de 3 días.

De 129 casos de heridas cerebrales que cita Spiegel, tratados desde luego con penicilina asociada con sulfanilamidas, solo hubo uno de infección mortal.

#### D.—Meningo-encefalitis por Traumatismos Simples Cráneo-Encefálicos.

En los traumas cerebrales sin herida exterior y en los que se producen cuadros meningo encefálicos consecutivos, no es muy copiosa la literatura médica. La siguiente observación que debo a los doctores Zuckermann y Benítez Rojas, me parece interesante:

Niño R. H. de 12 años de edad, sufrió el día 12 de septiembre del presente año, traumatismo cráneo-encefálico con fractura de la bóveda irradiada a la base en su piso anterior, además contusiones en la cara y fracturas en rama verde de las extremidades inferiores del cúbito y del radio.

El tratamiento fué el siguiente: reposo; antisepsia de la boca, fosas nasales y conjuntivas; penicilina subcutánea en la dosis de 50.000 u. o. cada 3 horas; Sorbitol, 25 c. c. en la mañana y 25 c. c. en la tarde; aparato enyesado de antebrazo.

A los once días fué dado de alta por encontrarse en muy buenas condiciones.

El 17 de octubre, el niño presentó en forma brusca, cefalea intensa, vómitos, inconciencia, rigidez de la nuca, dermatografismo y fiebre de 39°. Se hizo el diagnóstico de meningo-encefalitis aguda. La punción lumbar dió un líquido de aspecto turbio, color blanco, no coagulable, con 4.020 células por mm.<sup>3</sup>, de las cuales 2% linfocitos, 9% monocitos y 89% polinucleares. Se encontraron numerosos neumococos. El mismo día se le empezó a aplicar penicilina en la dosis de 100.000 u. o. cada dos horas por vía subcutánea y en algunas ocasiones por vía endovenosa: 50.000 u. o. intrarraquídeas, 1 gramo de sulfapiridina endovenosa y 50 c. c. de Sorbitol.

El día 18 se le hizo el mismo tratamiento, encontrándose el líquido con los siguientes caracteres: aspecto turbio, color blanquecino, no coaguló, 2.210 células por mm.<sup>3</sup> de las cuales 9% eran linfocitos, 21% monocitos y 70% polinucleares. No se encontraron gérmenes. La fiebre no pasó de 39°.

El día 19 se hace el mismo tratamiento que los días anteriores y sólo la sulfapiridina se bajó a medio gramo. El niño empieza a salir del estado comatoso. Se le aplican 100.000 u. o. de penicilina intrarraquídea. El examen del líquido da los siguientes resultados: ligeramente turbio, de color blanquecino ligero, no coagula, con 250 células por mm.<sup>3</sup> de las cuales 18% linfocitos, 32% monocitos y 50% polinucleares. No se encontraron gérmenes.

Los días 20, 21 y 22, se le administraron 50.000 u. o. de penicilina cada 2 horas subcutánea, y la misma cantidad intrarraquídea una vez al día. El último análisis de líquido de fecha 22 dió los siguientes datos: aspecto ligeramente turbio, color muy poco blanquecino, no hubo coagulación, se encontraron 70 células por mm.<sup>3</sup> de las cuales 70% eran linfocitos, 6% monocitos y 24% polinucleares. No se encontraron gérmenes. Durante los días 23 y 24, sólo se administraron 50.000 u. o. de penicilina cada 3 horas intramuscular.

El día 25 estaba apirético, sin cefalea, con ligera rigidez de la nuca y dermatografismo atenuado.

En total se le aplicaron en una semana aproximadamente: 3.400.000 u. o. de penicilina intramusculares y 350.000 u. o. intrarraquídeas. Actualmente está completamente curado.

#### E.—Confusión Mental.

Los cuadros de confusión mental, sintomáticos a enfermedades infecciosas como la neumonía, las estreptococias, las estafilococias

y otras más producidas por gérmenes en los cuales la penicilina tiene gran acción, están desde luego subordinados a la oportunidad y dosis en que se emplea, pero cuando se trata de psicosis confusional primitiva no conocemos, por la falta de bibliografía, cuales son los resultados de este medicamento.

A continuación relato un caso de esta psicosis, atendida por nosotros:

Señora M. de C. A., casada, de 33 años. Se inició su mal con prodromos que duraron algunos días: cefalea, insomnios, lengua saburral y constipación. Bruscamente se presentó un estado de intensa agitación, con logorrea, desorden en la asociación de las ideas, ideas delirantes múltiples, desorientación, alucinaciones visuales y auditivas terroríficas, fiebre de 40° a 41°, síntomas digestivos como insuficiencia hepática, mal aliento, heces fétidas y además cuadro de nefritis aguda. No se encontraron gérmenes en la sangre y los cultivos fueron negativos. El líquido céfalo raquídeo normal. Se hicieron varios tratamientos: anti-infecciosos, tónicos, vitamínicos, sulfonamídicos; más a ese pesar la paciente agravaba y empezó a presentarse un desfallecimiento cardiaco y trastornos tróficos alarmantes, como escaras múltiples en los lugares donde había compresión, las cuales al eliminarse, dejaban grandes zonas de piodermitis y abscesos del tejido celular subcutáneo. En estas condiciones iniciamos el tratamiento por penicilina empleándola por vía intramuscular e intravenosa, en dosis de 30 a 40 mil u. o. cada 3 horas, llegando hasta 2 millones. Después del segundo día se empezó a observar franco y rápido alivio que evolucionó hacia la curación.

### III.—Infecciones por Neurovirus.

En los padecimientos encefalomedulares radicales y neuríticos por virus, tales como encefalitis —neuroaxitis—, y poliomiелitis la penicilina carece totalmente de valor terapéutico.

### IV.—Neurosífilis.

Es seguramente en la sífilis del sistema nervioso, donde los efectos de la penicilina han sido más discutidos y las opiniones más contradictorias. A los médicos norteamericanos debemos los principales estudios sobre el antibiótico en relación con la sífilis en sus diversas formas, períodos y localizaciones, incluyendo la neurosífilis, pues ellos demostraron no obstante el criterio de Keefer en su clasificación que ya antes mencioné, que la penicilina tiene acción treponemicida indudable.

En 23 clínicas de Estados Unidos donde inicialmente se empleó para el tratamiento de la sífilis, se llegó a la conclusión de que en las formas recientes, da mucho mayores resultados que en las antiguas.

Mahoney y sus colaboradores, comprobaron que los treponemas son destruidos en los animales infectados de lúes y aunque en un principio no lo hicieron en el hombre —pues desconocían todavía las dosificaciones—, posteriormente la aplicaron en cuatro enfermos con chancros sífilíticos y pudieron desde el primero, observar que los treponemas desaparecían en todos los frotis, después de 16 horas de emplearla.

Los casos tratados hasta la fecha se cuentan por millares; la literatura es ya vastísima y como consecuencia de todo ello los conocimientos principales que sabemos sobre este medicamento en la sífilis general son:

1o.—Tiene acción treponemicida **in vitro** e **in vivo**.

2o.—Las dosis espirilicidas observadas en la experimentación y en la clínica varían según cada caso, pero se han apreciado desde mil u. o.

3o.—Los treponemas desaparecen de las lesiones superficiales —cutáneas y mucosas—, entre las 6 y las 70 horas.

4o.—La administración intramuscular, es 5 a 6 veces más efectiva que la intravenosa.

5o.—Los preparados penicilínicos en soluciones muy solubles y de rápida absorción son más efectivos que los que se presentan en solución aceitosa.

6o.—La tolerancia a la droga es muy grande y se han llegado a dosis altísimas sin observar efectos desfavorables.

Los puntos no bien aclarados a pesar de las muchas opiniones y teorías, son todavía múltiples, pero los principales se refieren a:

a).—Su exacto mecanismo de acción.

b).—Las dosis correctas que deben emplearse y las óptimas a que se puede llegar.

c).—Los factores que la hacen más o menos activa en el organismo humano.

d).—Los efectos en hígados cirróticos, aortitis sífilíticas y enfermedades coronarias.

e).—Las dosis curativas con relación al peso de los sujetos, y

f).—El efecto preventivo para la neurosífilis, cuando se aplica con oportunidad en sífilis primarias y de localizaciones extra-nerviosas.

En tratándose de la penicilino-terapia de la neurosífilis, también las opiniones han sido tan numerosas y diversas, en lo que se refiere a dosis, vías de introducción y resultados, que es casi imposible enunciarlas, y algunos puntos que no son tratados en este trabajo, como lo que se refiere a las barreras sangre-líquido céfalo-raquídeo y hemato-encefálica; a los peligros de la punción cisternal, etc., son de recomendarse los estudios de Neyman de Norteamérica, de los hermanos Galigarcía de Cuba, etc., y entre nosotros el de Calderón Narváez, que hace un resumen bibliográfico de opiniones extranjeras; de ahí, que tengamos mucho interés en conocer la experiencia personal y las observaciones hechas por médicos compatriotas.

En los primeros tiempos de su empleo, los clínicos se manifestaban entusiastas y optimistas al saber la acción treponemicida del antibiótico y en tal sentido recogí varias opiniones personales de distinguidos psiquiatras y neurólogos norteamericanos y canadienses, que lo ensayaban en la neurosífilis desde el año de 1943.

Se encontraban con las restricciones que había en aquel entonces para obtenerla y las dosis que empleaban eran bajas. Sabían de las barreras sangre-líquido céfalo-raquídeo y hemato-encefálica, por lo cual ya se iniciaba su aplicación intratecal e intraventricular, que personalmente tuve oportunidad de ver.

Poco antes de la terminación de la guerra, se pudo adquirir la penicilina fácilmente y en cualquier cantidad, por lo que se facilitó su empleo en dosis altas, pero el entusiasmo se fué transformando en pesimismo y ya desde el año pasado, pero sobre todo en éste, encontré que la opinión de muchos destacados neuro-psiquiatras no era del todo favorable a este medicamento y sin negarle su utilidad en la neurosífilis, lo han colocado en lugar secundario a la pireto-terapia y al tratamiento específico y lo emplean como complemento a estas curas.

Los hechos principales que en la actualidad se tienen casi universalmente admitidos acerca de esta droga, son los siguientes:

1o.—En la neurolúes de cualquier forma y localización, las dosis de penicilina, ya sean intramusculares, intravenosas o subcutáneas, deben ser muy altas, de cuatro millones arriba.

2o.—Debe emplearse además en inyecciones que lleguen directamente a los centros nerviosos: intratecales, intraventriculares.

3o.—En las formas recientes de meningitis luéticas, los resultados son mucho más favorables que en otras formas de neuro-lúes.

4o.—En los casos en que se han obtenido remisiones, éstas en general persisten satisfactoriamente y se observan pocas recaídas.

5o.—En las formas de parálisis general en período de principio se han obtenido remisiones en distinto grado, hasta en 80% y modificaciones favorables en los electroencefalogramas, escritura, disartria, orientación y memoria.

6o.—En las parálisis generales avanzadas, las remisiones se han obtenido hasta en 33%.

7o.—En las tabes dorsales, los alivios rápidos han sido de 20% y las mejorías en distintos grados hasta de 50%.

8o.—En las formas vásculo-conjuntivas, las mejorías han oscilado entre 40 y 75%.

9o.—Es de satisfactorios efectos en la papilitis óptica y el edema papilar.

10o.—Se aconseja su empleo, asociándola a la piretoterapia—malariaoterapia, electropirexia—, y al tratamiento específico.

11o.—La penicilinoterapia en la sífilis nerviosa, no supera a los procedimientos clásicos, sobre todo a la piretoterapia que sigue estando a la cabeza.

En lo que se refiere a modificación de las reacciones del líquido céfalo raquídeo, después de tratamientos penicilínicos, así como a las de la sangre, son hasta la fecha muy diversas y no se recogen conclusiones definitivas y uniformes.

Las mejorías de estas reacciones en general se señalan hasta en 33%, siendo algunas más fácilmente modificables que otras.

## V.—Nuestras Observaciones.

Los casos de *neurolysis* que hemos tratado hasta la fecha, hay que dividirlos en dos grupos: los del primero son aquellos —cuando la droga era de obtención muy difícil y de elevadísimo precio—, en los cuales las dosis aplicadas fluctuaron entre 1,000.000 y 2,000.000 de u. o. intramusculares y 60 mil u. o. intrarraquídeas; los del segundo, a los que hemos inyectado entre 1 y 20 millones de u. o. intramuscular, y 60 a 100.000 u. o. intrarraquídeas, sin sobrepasar esta dosis.

No tenemos experiencia de la aplicación intracisternal e intraventricular, pues ante las opiniones extranjeras de sus peligros aún mortales, hemos sido cautos y hasta la fecha no se ha registrado un sólo caso fatal atribuido al antibiótico.

Nuestro primer enfermo tratado, fué un antiguo tabético a quien le iniciamos el método el día 2 de febrero de 1945, y después siguieron cinco más, cuyos casos me sirvieron para presentar un trabajo en la *Semana Médica de Monterrey*, que tuvo efecto el mes de mayo de 1945.

Brevemente señalaré el procedimiento seguido —que fué el de general rutina—, y la síntesis de las observaciones de este primer grupo:

Se usó la penicilina en solución de suero fisiológico en proporción de 5.000 u. o. por c. c., para inyectar 15 a 20 mil u. o. cada 3 horas, de día y de noche, intramuscularmente. Después durante el día se ponían las mismas dosis a las 8, 11, 14, 17, y 20 hs. y las de 20 ó 25 mil u. o. a las 24 y 4 hs., para hacer un total de siete inyecciones y así despertar por la noche menor número de veces a los enfermos. El tratamiento duraba de 10 a 15 días. En cuanto a las inyecciones intrarraquídeas las usábamos sólo en tres punciones: la primera de 10.000 u. o., la segunda de 20.000 u. o. y la tercera de 30.000 u. o., con intervalo de dos días entre una y otra y sólo cuando había reacción febril o raquialgia, las especiábamos hasta tres, cuatro o cinco días.

Muy pocos casos se trataron por penicilina únicamente, pues como antes dije, la opinión de médicos norteamericanos que ya tenían una vasta experiencia sobre el particular, era de que los mejores resultados los obtenían asociando la electropirexia y la



medicación específica, así que la combinamos con estos procedimientos.

A continuación relato sintéticamente esas primeras seis observaciones:

1er. Caso.—L. G. M., del sexo masculino, 50 años de edad, soltero, de nacionalidad española.

Chancro luético en 1917, tratado con 606 y otros arsenicales, irregularmente. En 1940 fué internado con Diagnóstico de Tabes Dorsal Mixta —atáxica y dolorosa—. Se le aplicó malarioterapia y posteriormente electropirexia y bismúticos.

A pesar de este tratamiento y aunque el cuadro clínico había cedido en parte, persistía la ataxia moderada, pero las reacciones serológicas en la sangre seguían intensamente positivas, por lo cual, en febrero de 1945, se inició el tratamiento por penicilina, en combinación con electropirexia.

Duración del tratamiento: diez días.

Dosis total de penicilina: 1,200.000 u. o., en inyecciones de 10.000 u. o. cada una y 60.000 u. o. por vía intrarraquídea, en tres punciones, 10.000, 20.000 y 30.000 u. o. respectivamente.

Electropirexia: 6 sesiones.

Tolerancia perfecta. No hubo accidentes.

Resultados: alivio manifiesto de la ataxia. Persisten: abolición de los reflejos rotulianos y aquileo y la palestesia.

Exámenes serológicos.—En el líquido céfalo raquídeo se obtuvieron resultados negativos desde antes del tratamiento; en la sangre persistieron positivas las reacciones luéticas a pesar de la terapéutica específica intensa y de la piretoterapia. En cambio, después de la penicilina, se hicieron negativas.

2o. Caso.—V. M. J., de sexo masculino, 38 años de edad, casado, de nacionalidad mexicana.

Antecedentes familiares.—Un hermano suicida, otro sífilítico, otro paralítico general y un tío enfermo mental.

Antecedentes personales.—Chancro luético hace 10 años, que sólo ha sido tratado localmente.

Padecimiento actual.—Comenzó un año antes de iniciarse el tratamiento, con cambios de carácter —exaltado, irascible, megalómano, amnésico—. Dicho cuadro fué empeorando lentamente hasta volverse francamente delirante —excitación psicomotriz, etc.—.

Por exploración psíquica y neurológica, se recogieron los siguientes datos: disartria, anisocoria, irregularidad de los contornos

pupilares, signo de Argyl-Robertson, temblor fibrilar de la lengua y peribucal, Radovici. Baja global de las facultades intelectuales, juicio atenuado, ideas delirantes de grandeza, amnesia de fijación, desorientación completa en cuanto a tiempo y a lugar, pero conservada con relación a su persona. Físicamente se encontraba en estado de agotamiento.

Diagnóstico.—Parálisis general progresiva.

Tratamiento.—Dosis total de penicilina: 2,000,000 u. o. intramuscular; 20,000 u. o. por vía intrarraquídea.

Accidentes.—Después de la primera inyección intrarraquídea de 10,000 u. o., se presentó reacción febril de 39°5, acompañada de un cuadro de meningismo: cefalea intensa, rigidez de la nuca y de los músculos sacro-lumbares, hiperreflexia osteotendinosa, con signo de Koerning. La temperatura bajó a la normal en el curso de 24 horas y los demás síntomas desaparecieron sin dejar residuos en los siguientes 3 días.

Resultados.—Se comenzó a apreciar franca mejoría en el cuadro clínico, después de 60,000 u. o., habiendo tenido remisión parcial de todos los síntomas, al terminar el tratamiento —desaparecieron el delirio y las alucinaciones, mejoraron el juicio, la crítica y la memoria—. A las dos semanas reaparecieron las alucinaciones auditivas.

Tratamiento de electrochoques: diez sesiones.

Exámenes serológicos.—Antes del tratamiento las reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke, resultaron intensamente positivas en la sangre. Después del método, el Wassermann se hizo negativo, el Kahn ligeramente positivo y el Meinicke persistió intensamente positivo.

Los exámenes del líquido céfalo raquídeo, antes del tratamiento revelaron intensa leucocitosis, todas las demás reacciones fueron intensamente positivas, con la curva del oro coloidal de tipo paratípico. Después de la terapéutica, la leucocitosis bajó a 6 por m. m. las reacciones serológicas mejoraron, en el sentido de que el Wassermann fué negativo con 0.1 c. c. y ligeramente positivo desde 0.3 c. c.

Franca mejoría en la curva del oro coloidal.

Ser. Caso.—H. H. V., del sexo masculino, 43 años de edad, viudo, comerciante, de nacionalidad mexicana.

Chancro en edad adulta.—El padecimiento actual comenzó lentamente con insomnio, cefalea, apatía y errores de conducta.

Por la exploración se encontró: anisocoria, irregularidad del contorno pupilar, signo de Argyl-Robertson, temblor fibrilar de la lengua y peribucal, disartria, hiperreflexia osteo perióstica y tendinosa generalizada. Disminución global de las facultades menta-

les, puerilismo en su conducta y juicio; hipobulia, hipomnesia, porte descuidado y docilidad morbosa.

**Diagnóstico.**—Parálisis general progresiva, forma estacionaria.

**Tratamiento.**—El enfermo fué inoculado con paludismo varias veces, sin que le prendiera. Penicilina en dosis total de 2,000.000 u. o. intramuscular. Tres punciones raquídeas de 10, 20 y 30 mil u. o. respectivamente.

**Accidentes.**—Ninguno.

**Resultados.**—Remisión parcial del cuadro clínico, mejoró su ideación, juicio y memoria, así como el estado general.

**Exámenes serológicos.**—Los de la sangre y del líquido céfalo raquídeo, anteriores al tratamiento, dieron resultados intensamente positivos, con curva del oro coloidal de tipo parálisis. Después del tratamiento, tanto los de la sangre como los del líquido, se intensificaron, a pesar de haber una mejoría franca clínica.

En este caso es interesante señalar que en tanto el estado clínico mejoró ostensiblemente, las reacciones de laboratorio, de manera uniforme, se hicieron más intensas.

4o. Caso.—R. E. J., del sexo masculino, 35 años de edad, soltero, mexicano.

Chancro sifilítico en 1935. Fué tratado dos años más tarde, cuando aparecieron fenómenos de secundarismo. Desde el principio de 1943, cambios de carácter, irascibilidad, cefalea, dolores osteócos, parestesias en los miembros superiores, astenia, pérdida de apetito y de peso, disminución del vigor sexual, insomnio tenaz.

Irregularidad de los contornos pupilares, reflejos retardados a la luz, temblor fibrilar de la lengua, peribucal y de las manos, Radovici, hiperreflexia tendinosa y osteo-perióstica generalizada, reflejos cremasterianos y abdominales abolidos. Hipomnesia de fijación, errores de conducta.

**Diagnóstico.**—Meningo-encefalitis luética. Neuro-lúes vásculo conjuntiva.

**Tratamiento.**—Penicilina en dosis total de 1,200.000 u. o. intramuscular. Tres punciones con dosis de 10, 20 y 30 mil u. o. respectivamente.

**Resultados.**—Remisión total del cuadro clínico, mejoró la memoria, el juicio; desaparecieron la cefalea, las parestesias y el insomnio.

**Exámenes de laboratorio.**—Mejoría de la cuenta leucocitaria en el líquido céfalo raquídeo, en la curva del oro coloidal y en las reacciones serológicas de la sangre y del líquido.

**Accidentes.**—Después de la tercera inyección intrarraquídea de penicilina, se presentó rigidez de la nuca y de los músculos sacrolumbares, cefalea, hiperreflexia y elevación térmica de 38°5. Esta

última bajó a la normal antes de las 24 horas y los demás síntomas se disiparon a los 3 días.

Nota:—Se desea hacer notar que los accidentes en los dos enfermos, se presentaron en el mismo día, siendo que la penicilina fué tomada para ambos del mismo frasco cuya solución tenía un tinte ligeramente más oscuro que las de otros de la misma marca, lo que hace sospechar en impurezas del medicamento.

5o. caso.—K. de S. E., sexo femenino, nacionalidad libanesa, de 46 años.

Comenzó la enfermedad en febrero de 1943, con cefalea y llantos frecuentes, irascibilidad, cambios de carácter, hipomnesia e incoherencia. Estos síntomas iban aumentando en intensidad, hasta que un año más tarde apareció un síndrome alucinatorio visual —alucinaciones liliputenses—, confusión mental, trastornos de juicio, hipomnesia total y errores de conducta —la paciente quería abandonar su casa.

Fuó tratada con paludoterapia y bismúticos presentando remisión clínica total.

El 8 de marzo de 1945 sufrió recaída parcial, habiendo reaparecido parte de sus antiguos síntomas: trastornos de juicio, amnesias, cambios de carácter.

Los nuevos exámenes de laboratorio demostraron reacciones serológicas positivas, con curva coloidal de tipo P. G. P.

Diagnóstico.—Parálisis general progresiva, con síndrome alucinatorio de Leroy.

Tratamiento.—Se aplicaron 2,000.000 de u. o. en dosis total, de las cuales 60.000 u. o. por vía intrarraquídea —tres punciones de 10, 20 y 30 mil u. o. respectivamente—, y la restante por vía intramuscular.

Resultados.—Mejoría ostensible en cuanto al cuadro distímico. En cambio, persiste juicio pueril y docilidad morbosa. La remisión social es sin embargo muy notable.

Exámenes de laboratorio.—No se verificaron.

6o. caso.—G. E., del sexo masculino, 55 años de edad, nacionalidad española.

Comenzó la enfermedad a fines de 1944, con varios ictus, dejando cada uno, adormecimiento y torpeza en los miembros superior e inferior derechos y dificultad en la palabra. Después presentó crisis convulsiva con pérdida del conocimiento, que dejó hemiplejía derecha y afasia de Broca.

Diagnóstico. — Neurosífilis cerebral de tipo vásculo-conjuntivo. Hemiplejía derecha; afasia de Broca y cuadro convulsivo epiléptico.

**Tratamiento.**—2,000.000 de u. o. de penicilina por vía intramuscular y 60.000 u. o. intrarraquídea, combinada con electropirexia y ionizaciones yódicas.

**Accidentes:**—Ninguno.

**Resultados.**—Ligera mejoría en cuanto a la afasia, por lo demás, el cuadro hemipléjico ha ido remitiendo lentamente. Las crisis convulsivas no se han repetido desde el tratamiento, además diez sesiones de electropirexia y diez ionizaciones cerebrales.

**Exámenes de laboratorio.**—Una reacción serológica en la sangre, al principio de su padecimiento, dió resultados positivos. Dos posteriores, después de que el enfermo fué tratado con bismuto, resultaron negativas, lo mismo que el líquido céfalo raquídeo antes del tratamiento por penicilina.

Del segundo grupo de casos he seleccionado cuarenta, que consigno en el cuadro adjunto. En todos aquellos en que se pasó de 2 millones de penicilina intramuscular o subcutánea, se inyectaron 40.000 u. o. cada 3 horas en el día y 50.000 u. o. cada 4, por la noche, para hacer siete inyecciones diarias. Las intrarraquídeas las ponemos en cuatro veces: 10, 20, 30 y 40 mil u. o. cada dos o tres días, según la tolerancia del enfermo y hemos observado, como lo señalé ya, algunas reacciones meníngeas con cefalea, rigidez de la nuca y fiebre moderada.

Esta pequeña estadística de enfermos particulares hospitalizados es defectuosa porque han sido de diversas formas de neurolúes, en períodos distintos de evolución, con tratamientos mixtos y adaptados según cada caso.

Los que murieron eran pacientes de muy avanzado mal o agotados. Otros no completaron el tratamiento. Algunos más siguen en curación, etc.

No menciono por ahora los casos de enfermos que han sido atendidos como externos, porque su tratamiento ha sido irregular, varios sólo han aceptado la penicilina intramuscular o subcutánea y otros han rehusado los exámenes de sangre y líquido céfalo raquídeo después.

Antes de presentar el cuadro y comentarlo, dos casos por último quiero referir:

**H. C. L. enfermo con Parálisis General Progresiva, que fué tratado por piretoterapia y bismúticos sin resultados, evolucionando su mal hacia el período terminal de caquexia, gatismo, escaras, etc.**

CUADRO SINTECO DE 40 CASOS DE ENFERMOS INTERNADOS TRATADOS CON PENICILINA

No.	Nombre	Fecha de principio del trat.	Edad	Sexo	Diagnóstico	Dosis y vías:		Efic. pñex	Otros trat.		EVOLUCION Y RESULTADOS
						Intramusc. o subcutáneas	Intra raquídea		Mala- rtrios	Bismú- ticos	
1	B.J.A.	14-1-45	30	M.	P.G.P. Tabes	1,940,000	60,000		11 ep. 8 ap	X	Remisión clínica. Remisión parcial. No terminó el tratamiento.
2	O.P.A.	15-2-45	53	M.	P.G.P. Tabes	2,900,000	100,000			X	Remisión clínica. Remisión parcial. No terminó el tratamiento.
3	V.A.C.	25-2-45	52	M.	P.G.P. S.C.	5,970,000	30,000		6 ep.	X	Falleció. Forma avanzada.
4	G.M.E.	26-3-45	56	M.	S.C.	6,000,000	100,000		5 a.	X	Remisión clínica.
5	R.J.C.	26-3-45	52	M.	Tabes	2,400,000	100,000		15 a.	X	Remisión clínica.
6	P.G.	2-4-45	45	M.	P.G.P.	1,940,000	60,000		10 a.	X	Remisión clínica.
7	K.S.E.	4-4-45	47	F.	P.G.P.	2,900,000	100,000		5 a.	X	Remisión clínica.
8	I.J.	24-4-45	44	M.	P.G.P.	1,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
9	D.T.J.	20-5-45	31	M.	P.G.P.	1,900,000	100,000		12 a.	X	Remisión clínica.
10	M.M.D.	23-5-45	48	M.	P.G.P.	1,900,000	100,000		7 a.	X	Remisión clínica. No hubo mejoría.
11	B.C.	4-6-45	50	M.	S.C.	1,900,000	100,000		10 a.	X	Ligera remisión.
12	G.M.	5-6-45	32	M.	S.C.	1,900,000	100,000		12 a.	X	Remisión clínica.
13	G.P.	17-6-45	32	M.	S.C.	1,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
14	S.A.P.	19-6-45	51	M.	S.C.	4,900,000	100,000			X	Sin modificación.
15	H.L.	2-7-45	47	M.	S.C.	2,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
16	M.A.	4-7-45	46	M.	P.G.P.	1,940,000	60,000			X	Remisión clínica.
17	L.G.	13-8-45	38	M.	P.G.P.	1,900,000	100,000			X	Ligera remisión.
18	M.R.M.	13-8-45	54	M.	P.G.P.	1,940,000	100,000			X	Remisión clínica.
19	B.M.C.	28-8-45	47	M.	P.G.P.	1,940,000	60,000			X	Remisión clínica.
20	S.A.F.	17-9-45	56	M.	S.O.	1,000,000	100,000		5 a.	X	Falleció. Forma avanzada.
21	C.E.	4-9-45	64	M.	P.G.P. Tabes	2,900,000	60,000		10 a.	X	Falleció. Forma avanzada.
22	S.H.R.	1-10-45	27	M.	S.C.	20,000,000	100,000		10 a.	X	No hubo mejoría.
23	I.M.A.	6-10-45	33	M.	P.G.P.	4,000,000	100,000			X	Remisión clínica.
24	G.S.A.	25-10-45	58	M.	S.C.M.	9,900,000	100,000		10 a.	X	Falleció. Período caquético.
25	L.M.J.	2-11-45	49	M.	Tabes	2,000,000	100,000		12 a.	X	No hubo mejoría.
26	C.H.M.	8-11-45	58	M.	P.G.P.	2,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión ligera.
27	P.M.A.	3-12-45	26	M.	Tabes	3,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
28	G.A.G.	18-12-45	38	M.	P.G.P.	11,900,000	100,000		13 a.	X	No hubo mejoría.
29	H.Q.G.	19-12-45	22	M.	S.C.	4,900,000	60,000		6 a.	X	Remisión clínica.
30	T.H.J.	6-1-46	58	M.	P.G.P.	4,940,000	100,000		14 a.	X	Falleció. Forma avanzada.
31	S.F.J.	7-1-46	48	M.	P.G.P.	9,900,000	100,000		12 a.	X	Ligera remisión.
32	T.S.M.	8-3-46	58	M.	Tabes	5,900,000	100,000		10 a.	X	Empoeró. Falleció.
33	E.V.G.	28-3-46	56	M.	P.G.P.	4,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión. Recaida postrera.
34	P.M.C.	30-3-46	25	M.	P.G.P.	2,400,000	100,000		6 a.	X	No hubo mejoría.
35	R.P.G.	5-4-46	49	M.	S.C.	4,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
36	V.A.R.	9-5-46	25	M.	P.G.P.	4,940,000	60,000		10 a.	X	Remisión clínica.
37	P.Z.V.	12-7-46	38	M.	F.G.P.	2,900,000	100,000		10 a.	X	Remisión clínica.
38	Y.S.M.	2-1-46	53	M.	P.G.P.	10,000,000	100,000		10 a.	X	No hubo mejoría (forma avanzada).
39	Z.R.M.	18-7-46	22	M.	S.C.	5,000,000	100,000			X	Aún en tratamiento.
40	L.L.P.	12-10-46	46	M.	P.G.P.	9,950,000	50,000			X	Aún en tratamiento.

En estas condiciones, su familia lo retiró del sanatorio donde se encontraba y fué sometido a un intenso tratamiento de penicilina intramuscular, hasta completar 10 millones u. o. Los resultados fueron admirables pues paulatinamente el paciente se fué recuperando, las escaras cicatrizaron, el estado general mejoró y actualmente presenta remisión social muy satisfactoria, con el deterioro psíquico propio de esta fase avanzada en que se encuentra.

El segundo, es de S. H. R., de 27 años. Pasante de Medicina que ha sido uno de nuestros pacientes más intensamente tratados: 20 millones de u. o. de penicilina intramuscular, 150.000 u. o. intrarraquídeas, 12 fiebres palúdicas con temperaturas de 40° y 41°; 20 electropirexias y más de 120 inyecciones de preparados bismúticos. La remisión clínica fué paulatinamente presentándose en la esfera física y en el cuadro mental hasta ser completa, al grado que actualmente esta persona se está preparando para su examen recepcional. En cambio, muy poco se han modificado las reacciones del líquido céfalo raquídeo y las serológicas de la sangre se han acentuado: todas son intensamente positivas.

**R E S U M E N :**

Enfermos tratados: 40  
 Edades ..... de 22 a 64 años  
 Sexo ..... Masc. 39      Fem. 1

**F o r m a s :**

P. G. P. .... 12 casos  
 Sífilis cerebral y formas vásculo-conjuntivas ..... 12 casos  
 Tabes ..... 6 casos

**D o s i s :**

Intramuscular o subcutánea ..... de 1,000.000 a 20,000.000 de u. o.  
 Intra-raquídea ..... de 60.000 a 100.000 de u. o.

**1er grupo:**

Enfermos tratados con penicilina intramuscular, intrarraquídea, electropirexia, malaria y bismuto ..... 10 casos

**2o. grupo:**

Enfermos tratados con penicilina intramuscular, intrarraquídea, malaria y bismuto ..... 19 casos

**3er. grupo:**

Enfermos tratados con penicilina intramuscular, intrarraquídea, electropirexia y bismuto ..... 2 casos

**4o. grupo:**

Enfermos tratados con penicilina intramuscular, intrarraquídea y bismuto ..... 4 casos

5o. grupo:

Enfermos tratados con penicilina intramuscular, malaría y bismuto ..... 1 caso

6o. grupo:

Enfermos tratados con penicilina intramuscular y bismuto 4 casos

EVOLUCION Y RESULTADOS:

1.—Remisión clínica, desde mediana hasta completa ....	19 casos	47.5%
2.—Remisión clínica con recaída .....	1 caso	2.5%
3.—Remisión ligera .....	5 casos	12.5%
4.—Sin resultado .....	7 casos	17.5%
5.—Fallecimientos .....	6 casos	15. %
6.—En tratamiento .....	2 casos	

NOTA: No se consignan los resultados de los exámenes serológicos practicados después del tratamiento, porque se verificaron en muy pocos casos, ya que en la mayoría, se ha preferido esperar un tiempo prudente. Estos datos se anotarán en un estudio posterior.

El resultado de nuestras observaciones coincide en muchos puntos con las ya señaladas por autores extranjeros: la penicilina es indudablemente útil en el tratamiento de la neurosífilis; debe en todos los casos posibles inyectarse por vía intrarraquídea; las dosis intramusculares o subcutáneas han de ser elevadas; da muy buenos resultados en formas de meningitis luéticas de principio; destruye algunos procesos infecciosos agregados; su acción es poco tóxica, lo cual permite emplearla en elevadas cantidades; pero puedo señalar que las remisiones obtenidas en nuestros pacientes, tratados con ella, **asociándola o no a la piritoterapia** y al tratamiento específico por bismuto, **no superan a la piritoterapia palúdica**, método que empleamos desde hace muchos años, del cual he dado a conocer mis estudios y al que aún sigo considerando como el mejor de todos.

La penicilina es un complemento en el tratamiento de la sífilis nerviosa.



# La Creación de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica

Por el doctor Luis G. Murillo.

A pesar de que nuestro país fué el primero en América que erigió un hospital para enajenados —elevándolos así a la categoría de verdaderos enfermos, necesitados más que cualquiera otro de protección y ayuda—, es lo cierto que fuera de esa gloria inicial, hemos padecido y padecemos vergonzoso retraso, siglos de indiferencia, incomprensión y "tabus", en la atención organizada y progresista para los enfermos mentales. Sin embargo, en los últimos decenios, nuestros gobiernos han ido interesándose paulatinamente en la asistencia pública de los enfermos, y dentro de ella, aunque en escala muy inferior, por el enfermo mental. Poco se ha hecho en este sentido y siempre, o casi siempre, sin previo estudio técnico y científico suficiente y por otra parte, con intermitencias y revocaciones que han hecho de la labor psiquiátrica pública una verdadera tela de Penélope.

La participación que el Gobierno actual ha solicitado de los "técnicos" para el mejor planteamiento de nuestros problemas nacionales explica la creación muy reciente, entre otras diversas que dependen de la Secretaría de Asistencia y Salubridad, de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, cuya finalidad inmediata es planificar científica y adecuadamente la atención y manejo de los enfermos mentales y nerviosos, reorganizando lo poco que existe ya en este aspecto y echando las bases para crear nuevos sistemas que permitan coordinar los trabajos y adelantar en los mismos.

Es indiscutible el acierto que ha tenido el Estado al formar estos cuerpos técnicos que, si se integran por auténticos capacitados excluyen la improvisación empírica que ha signado muchas veces su actuación en el campo social. Para encabezar la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica fué escogido el Dr. Samuel Ramírez

Moreno, de insospechable independencia profesional, cuya labor tenaz en pro del enfermo mental y del fomento de la neuropsiquiatría en nuestro país le han dado la autoridad y prestigio indispensables para poder desempeñar con fruto la misión que ahora se le encomienda.

El Dr. Ramírez Moreno, con espíritu pragmático, formuló un meditado plan de trabajos iniciales, posible de realización a breve plazo, al menos parcialmente, cuyo punto fundamental, del que se derivan iniciativas importantes, es la adecuada distribución de los enfermos. A tal respecto, opina que la asistencia médico-social de los pacientes neuropsiquiátricos debe dirigirse a los mismos clasificados en dos grupos: "enfermos mentales y nerviosos "externos", es decir, aquellos cuya asistencia será en consultorios y dispensarios y enfermos mentales y nerviosos "internos", o sean los que deben estar reclusos en hospitales, granjas y colonias. Estos últimos comprenden dos grupos: los agudos, que requieren atención médica activa, para lo cual se emplearán todos los procedimientos de la terapia neuropsiquiátrica moderna — farmacológica, física, quirúrgica y biológica— y los medios de estudio de gabinete y laboratorio, es decir, los pacientes que deban estar reclusos en hospitales neuropsiquiátricos y que sean susceptibles de curar o mejorar.

b) Los crónicos, entre los que deben comprenderse de manera particular los incurables, a quienes hay que atender en el mejor plan de condiciones higiénicas, pero en instituciones de tipo de granjas o de colonias neuropsiquiátricas, en las cuales se desarrolle la terapia ocupacional, principalmente por medio de labores agrícolas, pecuaria, avícola, de pequeñas industrias y de otros medios de trabajos adecuados a las condiciones individuales de los pacientes".

La creación de dispensarios y consultorios es la fase primera de los trabajos. Se ubicarán adecuadamente dentro de la Ciudad y serán organizados para llenar las funciones principales de atención de consultas —exámenes clínicos, diagnósticos y tratamiento— de enfermos mentales y nerviosos externos; vigilancia de pacientes mentales que hayan sido dados de alta por remisiones diversas así como de los neurológicos que necesiten estar en observación médica o en tratamiento; selección de los enfermos que requieren ser reclusos en hospitales o asilos; selección de pacientes para ser presentados en las clínicas de la Facultad de Medicina; fomento y difusión de la higiene mental. En la actualidad el reducido número de dispensarios neuropsiquiátricos que existe, trabaja con muy es-

casos elementos y sin la debida orientación técnica. La tarea inmediata de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica estriba pues en llevar a la práctica sus planes sobre dispensarios y consultorios. Este primer paso —según los planes de la Dirección—, adelanta de igual modo los trabajos de mejor asistencia para los enfermos mentales y nerviosos, al iniciar la reorganización del más importante de nuestros manicomios: el de la Castañeda. En efecto, allí habrá de establecerse el consultorio Central de la Ciudad, desde donde se coordinarán las actividades de los demás y se llevarán a cabo labores científicas y estadísticas. A través de este Consultorio Central pasarán todos los enfermos que ingresen o salgan de la Castañeda, de tal modo que, por una parte la labor médico-social y científica que se haga con los "internos" puede continuarse, completarse a la salida de ellos y por otra, se puede limitar mejor el número de ingresos con lo cual se coadyuva a la resolución del más importante de los problemas que confronta la reorganización del Manicomio Nacional: su excesiva población de enfermos.

En efecto, al pensar en el mejoramiento de La Castañeda se desea transformarla en el Instituto Neuropsiquiátrico Nacional, se da por premisa indiscutible que lo más urgente es reducir el número de internos y, con lógica, la Dirección Neuropsiquiátrica resolverá primero este problema para en seguida poder llevar a cabo la nueva orientación funcional sobre las bases de la ciencia moderna.

Por lo que toca a la atención neuropsiquiátrica en la provincia habrá de seguirse —a través de los Servicios Coordinados— un plan semejante al del Distrito Federal: creación de dispensarios, y "en las ciudades donde existan dentro de los hospitales generales o fuera de estos, pabellones o edificios para enajenados, se estudiará en la mejor forma posible su adaptación de acuerdo con la arquitectura moderna de construcciones neuropsiquiátricas y su reorganización científica, y donde no los haya, se formulará el proyecto de construcciones nuevas, anexas a los hospitales".

Forman parte también del plan de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica varias otras importantes iniciativas, de las cuales queremos destacar por su gran trascendencia: a) formular un proyecto sobre Legislación Federal de Alienados; b) realización de un programa de propaganda nacional sobre Higiene Mental; c) organización del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría, Neurología e Higiene Mental.

Estamos seguros que este plan de trabajos esbozado por el Dr. Ramírez Moreno en su carácter de Director de Asistencia Neuropsiquiátrica encontrará la entusiasta acogida de quienes en México —con amor a las disciplinas de ese título— desean su progreso para beneficio de los enfermos y adelanto de la ciencia. La labor señalada por el Dr. Ramírez no es para un hombre o un grupo; es para que se lleve a cabo por todos los que, directa o indirectamente estén vinculados con los enfermos mentales y nerviosos y deseen su mejor atención.

Deseamos sinceramente que este plan y su realización sean el esperado paso hacia adelante, firme y definitivo, hacia el progreso de la Neuropsiquiatria Mexicana.

**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.

**HI-OBÍ**

Reg. No. 14437 D.S.P.

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

## LIBROS Y REVISTAS

Dr. R. de la F.

**Principles of Dynamic Psychiatry.** Jules H. Masserman. W. B. Saunders Company, 1946; 322 pp.

El Dr. Masserman es indiscutiblemente uno de los líderes más notables de la Psiquiatría Norteamericana. Con un conocimiento profundo de la Neurología Orgánica y de la Psicología Experimental, asimiló de Adolf Mayer, de quien fué discípulo, los conceptos de la escuela psicobiológica, y más adelante, bajo la dirección de Franz Alexander intimó con el psicoanálisis moderno. Su libro "Behavior and Neurosis" publicado en 1943, y sus numerosos trabajos sobre neurosis experimentales lo colocaron desde luego en primerísima línea entre los investigadores de la psiquiatría. Su esfuerzo constante ha sido hacer de la psiquiatría una ciencia experimental.

El volumen que hoy presenta el Dr. Masserman y que pronto será seguido por otro titulado "The Practice of Dynamic Psychiatry", es el resultado de 10 años de investigaciones y de enseñanza en la Universidad de Chicago. Su propósito es, como él mismo lo indica: "proporcionar una introducción orientadora de los principios de la moderna Psiquiatría Dinámica; esquematizar su aplicación a las técnicas del diagnóstico clínico y demostrar las razones y los métodos de la terapia efectiva".

El texto se encuentra dividido en tres partes:

En la primera parte define y limita el campo de la Psiquiatría y presenta consideraciones clínicas de las diversas teorías de la conducta. En esta parte se analiza detalladamente el punto de vista psicobiológico y la evolución de la doctrina psicoanalítica.

En la segunda parte, hace el intento de integrar dentro de una nueva "teoría biodinámica de la personalidad" los conceptos conductistas, psicobiológicos y psicoanalíticos. Al elaborar su teoría, el autor incorpora datos extraídos de la observación clínica y de la experimentación con animales. Un capítulo, se encuentra dedicado a la evaluación crítica de sus propios conceptos.

El volumen se encuentra adicionado de cuatro apéndices. El primero dedicado a la descripción detenida del psicoanálisis de un caso de anorexia nerviosa; el segundo trata de ciertas formulaciones psicoanalíticas de las Psicosis. El tercero, es una descripción de películas tomadas de sus experimentos con animales y en el último, revisa algunos principios de la comunicación colectiva y de la propaganda.

El libro del Dr. Masserman, al que como único defecto señalamos el que algunos de sus apéndices aparecen un tanto fuera de lugar en una obra de carácter introductivo y general, no es simplemente un libro de Psiquiatría más, sino una obra con grandes aportaciones personales y en el que además se pretende con bastante éxito establecer un orden valorativo de los conceptos de las distintas escuelas psiquiátricas e integrar dichos conceptos en un cuerpo de doctrina; "la teoría biodinámica de la personalidad". El libro del Dr. Maserman no es un libro para ser tan solo leído sino para ser cuidadosamente estudiado aún por el especialista. Entre las muchas enseñanzas provechosas que podrá recoger el lector, está sin duda la de que, entre la teoría de los reflejos condicionados y la metapsicología freudiana no existe un abismo infranqueable.



**La Atropina como Premedicación en el Electrochoque** (Atropine Premedication in Electro Shock Therapy) C. B. Wilbur M. D., Joseph Michaels M. D., Arnold H. Becker M. D., Diseases of the Nervous System. 74-76. March 1947

La apnea que se presenta durante la convulsión producida por el Electrochoque va acompañada casi invariablemente de acumulación de saliva y moco en la boca, la nariz y la faringe que retarda la reanudación de la respiración normal. En este período; con los reflejos del vómito y de la tos abolidos, con la musculatura lisa y voluntaria del tracto respiratorio relajada, existe el peligro de complicaciones pulmonares por la aspiración de moco y saliva, lo que es todavía más frecuente cuando a un enfermo en coma insulínico se le da un electrochoque. Aunque no sea este el caso, de todos modos, la acumulación de saliva produce siempre marcada interferencia con la respiración.

Para obviar estas complicaciones los autores proponen el uso de la Atropina, cuya acción parasimpática es bien conocida. La dosis utilizada por ellos en ochenta enfermos escogidos al azar fué de .0008 a .0004 Gm., administrados hipodérmicamente media hora antes del Electrochoque. La atropina no afecta en ningún modo la crisis de gran mal ni tampoco produce efectos indeseables. Los resultados estadísticos obtenidos demuestran que las dosis señaladas de atropina suprimen efectivamente la producción excesiva de moco y de saliva. Los autores recomiendan su uso en casos selectos no sólo como profilaxis de las complicaciones pulmonares, sino también para facilitar la reanudación rápida de la respiración, después de la convulsión.



#### **Mediciones de la Sensibilidad al Dolor en Enfermos Psiconeuróticos.**

(Measurements of Pain Sensitivity in Patients with Psychoneurosis).

William P. Chapman M. D., Jacob E. Finesinger M. D., Chester M. Jones M. D., and Stanley Cobb M. D., Archives of Neurology and Psychiatry 321-331. March 1947.

El síntoma Dolor es de muy frecuente ocurrencia en las psiconeurosis y es de los más difíciles de valorar y de tratar. Los autores se plantean el problema de si el psiconeurótico posee umbrales de percepción para el dolor que difieren de los de la persona normal o si bien su capacidad de reacción a dichos estímulos o su capacidad de elaboración de los mismos son los que difieren. Utilizando el aparato de Wolff-Hardy, los autores estudiaron en 50 enfermos psiconeuróticos y 56 controles normales, los umbrales de percepción de los estímulos dolorosos y la reacción motora al dolor con los siguientes resultados: Los valores para el umbral de percepción del dolor fueron esencialmente los mismos en los dos grupos. Los valores umbral para la reacción motora fueron significativamente mayores para los sujetos control que para los enfermos psiconeuróticos. Un estímulo mucho menor se requirió en los sujetos enfermos para evocar en ellos una respuesta motora. De esto se concluye que los enfermos psiconeuróticos presentan una reactividad motora mayor a los estímulos dolorosos que los individuos normales.



**El Electroencefalograma en la Prueba de la Hidratación por la Pitresina.** (Electroencephalogram In The Pitressin Hidration Test For Epilepsy). Captain Julious S. Blier And Captain Frederick C. Redlich. Archives Of Neurology And Psychiatry. 211-219. February 1947.

En un número considerable de enfermos que presentan alteraciones de la conciencia y crisis convulsivas es difícil establecer el diagnóstico de Epilepsia debido a que no es posible presenciar los ataques y el Electroencefalograma no es lo suficientemente anormal. Una de las pruebas más útiles para afirmar el diagnóstico, es la prueba de la hidratación por la Pitresina ideada por McQuarrie y Peeler, quienes demostraron que crisis de Gran Mal pueden ser inducidas dentro de las 48 horas en niños epilépticos, administrándoles agua al mismo tiempo que manteniendo una antidiuresis efectiva. Estudios posteriores han puesto en duda la validez de esta prueba en enfermos adultos que presentan crisis poco frecuentes. Los autores han realizado esta prueba en 12 enfermos en quienes se hizo el diagnóstico clínico de Epilepsia, 11 enfermos en quienes los trastornos de la conciencia se consideraron psicogénicos y en 10 sujetos sanos como grupo de control, tomando en todos ellos trazos Electroencefalográficos. Los resultados fueron los siguientes:

En el grupo de epilépticos, 3 de ellos presentaron crisis convulsivas. 9 de estos enfermos presentaron cambios electroencefalográficos después de la hidratación pitresínica (3 de ellos cambios muy marcados y 6 cambios ligeros). En el grupo de enfermos con trastornos psicogénicos sólo uno de ellos mostró cambios ligeros así, como dos de los miembros del grupo control. Los autores consideran que aunque el número de casos presentados es pequeño, los resultados son significantes y de cierto valor en la diferenciación de la Epilepsia de otros trastornos de la conciencia de distinta naturaleza.



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—

PARQUES POULENC Freres & "USINES du RHONE"  
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

DREVILL

**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: 13-41-81

Plaza de la República No. 52

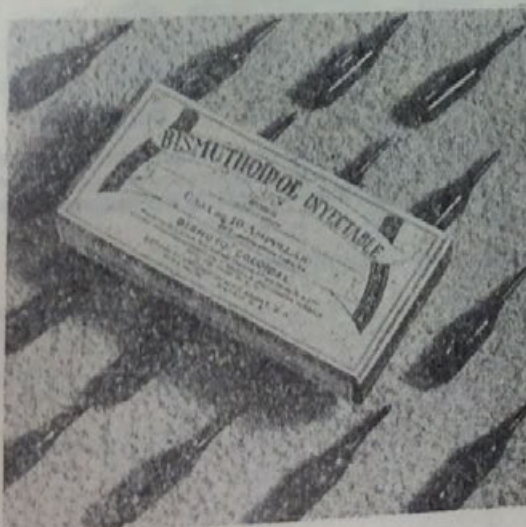
Mex.: L-76-76

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 MEDICA. Reg. Núm. 10431 D.S.P. Prop. Núms. 9110 y 6688

## ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

MEXICO, D. F.

RHIN NUM. 37

# B-ENDO-VIT

VITAMINA B<sub>1</sub>

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las  
vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B<sub>1</sub> POR C.C.

Reg. D. S. P. 23402

LABORATORIOS Dr. ZAPATA, S. A

AV. INSURGENTES No.35.

MEXICO, D. F.



# ANION

Reg. 2164 D. S. P.

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

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

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

Por ser ANION, su tenor en bismuto metálico (2.1 ctgrs.) evita la "gripe 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.

# Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

**EPILEPSIA  
CONVULSIONES  
ESTADOS ANSIOSOS  
INSOMNIOS REBELDES**

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS  
A 0<sup>GR</sup>10, 0<sup>GR</sup>05 Y 0<sup>GR</sup>01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION  
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

N° 3467 D. S. P.

# 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 Elizarrarás 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.

## “BISMUTO KOCH”

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

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

SIFILIS y HEREDO-SIFILIS:

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

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

Reg. No. 17284, D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras No. 106

Eric.: 16-16-24

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.

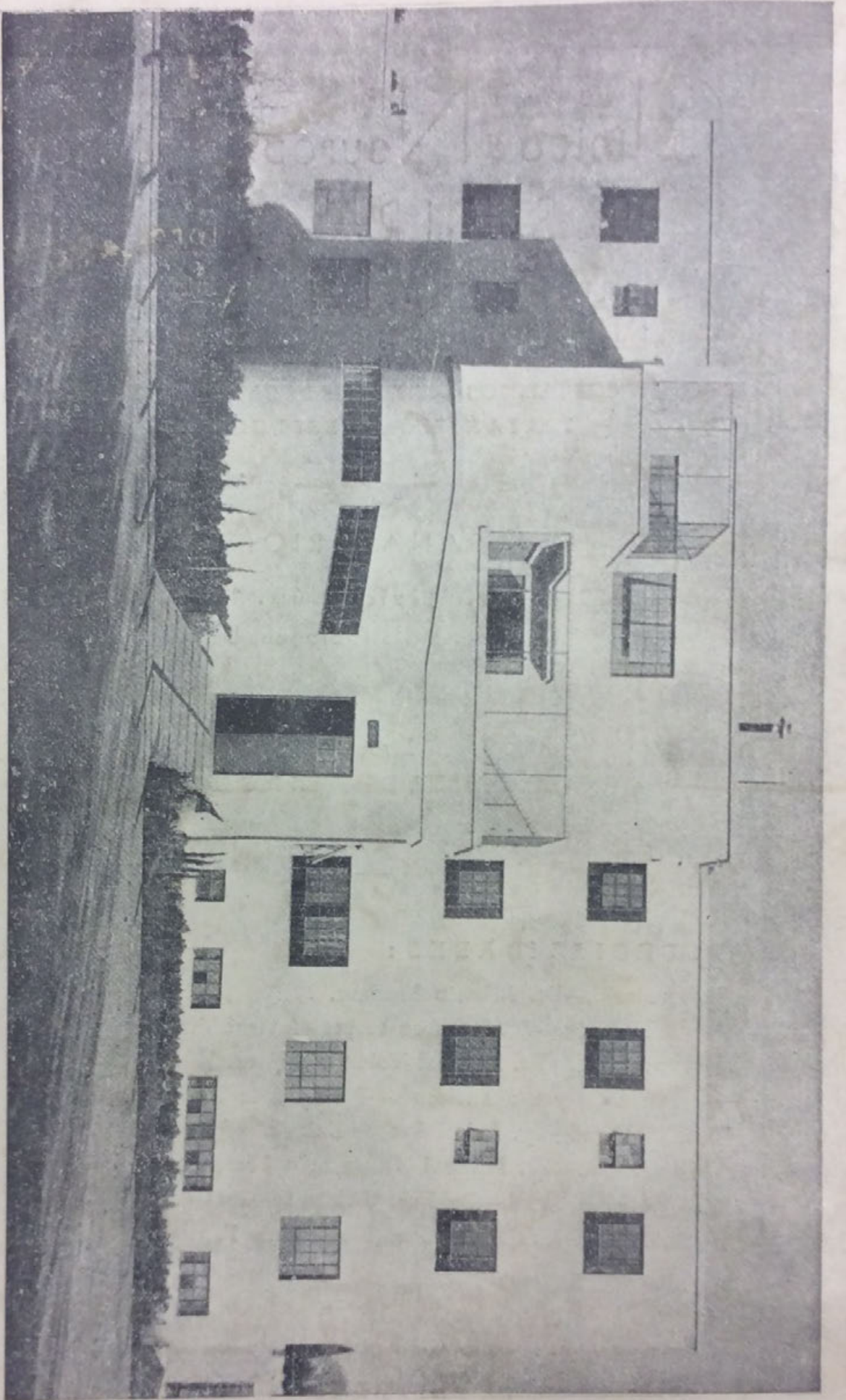
Hematología y transfusiones.—Dr. Roberto F. Cejudo.

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 Ramírez Moreno