

1950 472-5-2
Revista Mexicana de **PSIQUIATRIA**
NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA

61

No. 1

MAYO-JUNIO

VOL. I

1950

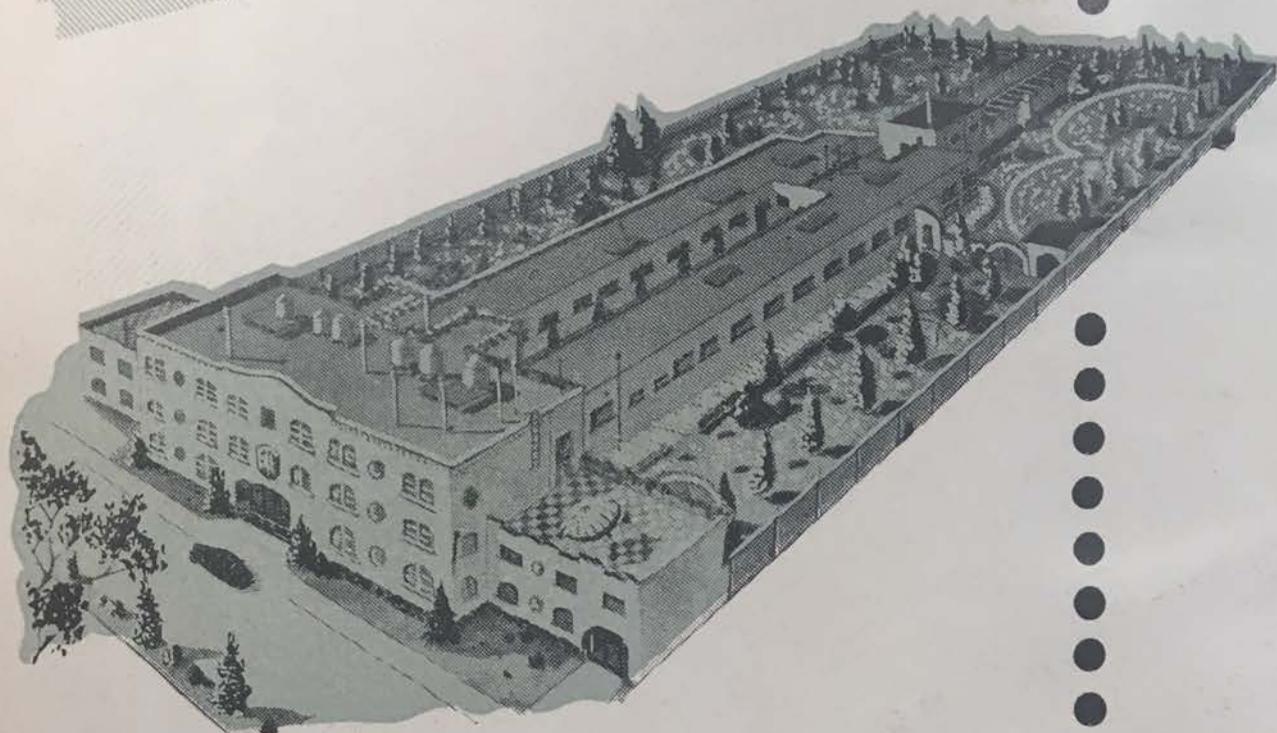
SUMARIO

	Pág.
LA HERENCIA EN LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS Y MENTALES.—Metodología.—Dr. Dionisio Nieto	1
CONSIDERACIONES SOBRE LAS ANOSOGNASIAS EN RELACION CON UN CASO CLINICO.—Dr. Mario Fuentes Delgado	8
SECCION DE LA RADIACION TALAMICA ANTERIOR EN EL DOLOR INCOERCIBLE.—(Lobotomía Pre-Frontal Selectiva).—Dr. Manuel Velasco Suárez	15
DOROTHEA LYNDE DIX.—Dr. Samuel Ramírez Moreno	20
REVISTAS	22
LIBROS	25

CLINICA

NEUROPSIQUIATRICA

DR. MANUEL FALCON G.



IXTACCIHUATL 180 VILLA OBREGON, D.F.

TELS: 32 98 58 · 24 56 18

EDITORIAL PAX MEXICO



LIBRERIA CARLOS CESARMAN

**EL MEJOR
SURTIDO EN
LIBROS DE
MEDICINA
TECNICOS
LITERATURA
BIOGRAFIAS**



**SUSCRIPCIONES DE REVISTAS
TECNICAS, AMERICANAS
Y FRANCESAS**

Hiperemia...



BROMO-BESVITAL

BROMO - BESVITAL

CADA AMPULA CONTIENE:

Bromuro de Calcio	500 mg
Clorhidrato de Tiamina (16650 U l)	50 mg
Riboflavina	2 mg
Piridoxina	10 mg
Nicotinamida	25 mg
Uretano disolvente	500 mg
Clorobutanol conservador	25 mg
Agua dest C B	5 cm ³

Literatura exclusiva para médicos.

BROMO - BESVITAL 100

CADA AMPULA CONTIENE

Bromuro de Calcio	1 G.
Clorhidrato de Tiamina	100 mg (33300 U l)
Riboflavina	4 mg
Piridoxina	20 mg
Nicotinamida	50 mg
Uretano disolvente	500 mg
Clorobutanol conservador	25 mg
Agua destilado c b	5 cm ³

Reg Num 31901 S S A

Laboratorios **SILANES, S.A.**

AV. AMORES 1304 MEXICO, D.F.

CLINICA NEUROPSIQUIATRICA

LOURDES



Cholulá, Pue.

EXCLUSIVA PARA MUJERES

Director: DR. IGNACIO RIVERO BLUMENKRON

SUERO CITOTOXICO ANTIRETICULAR PURIFICADO Y LIOFILIZADO

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL.

EL PROCESO DE LIOFILIZACION GARANTIZA LA CONSERVACION DE
LAS DELICADAS MOLECULAS QUE CONSTITUYEN EL S. C. A.

Reg. Núm. 33214 S.S.A.

LABORATORIOS DEL DR. ZAPATA S. A.
CALZ. DE AZCAPOTZALCO A LA VILLA.
MEXICO, D. F.

GRANJA NEUROPSIQUIATRICA DE LA LAGUNA

DR. SAMUEL RAMIREZ M.

CALZADA J A CASTRO
(Antigua Quinta Josefina")

GOMEZ PALACIO., DGO.



Exclusivamente para enfermos nerviosos, mentales, alcohólicos y toxicómanos.

Dirección y Administración: Morelos 905 Pte. Tel. 27-90 TORREON, COAH.

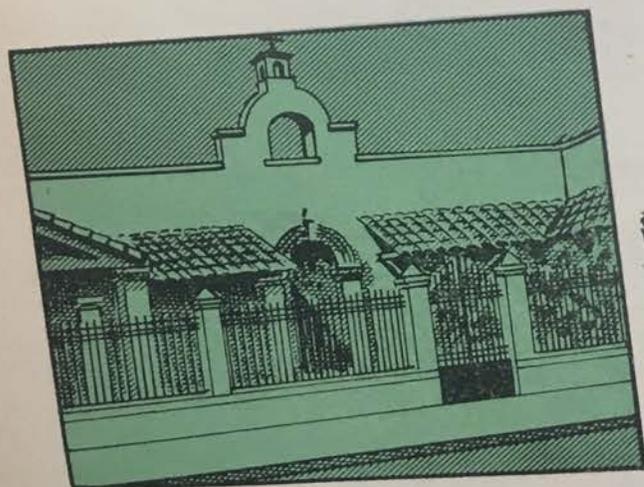
Director: DR. DIONISIO SANCHEZ GUERRERO. Morelos 904 Pte. Tel. 27-90.

CLINICA PARA ENFERMOS NERVIOSOS Y MENTALES S. de R. L.

JALISCO 330

TEL. 31-81

MONTERREY, N.L.



DIRECTOR
DR. MANUEL CAMELO C.

JEFES DE SERVICIOS:
Depto. de mujeres:
Dr. Oliverio Tijerina T.
Depto. de hombres:

Revista Mexicana de Psiquiatría Neurología y Neurocirugía

Publicación Bimestral

AÑO I

NUMERO I

MAYO Y JUNIO

DIRECTOR:
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

SUBDIRECTOR:
DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

CUERPO EDITORIAL:
Dr. Manuel Falcón. Dr. Mario Fuentes D. Dr. Manuel Velasco Suárez.

CONSEJO CONSULTIVO:
Dr. Guillermo Dávila. Dr. Adolfo Nieto.
Dr. Teodoro Flores Covarrubias. Dr. Francisco Núñez Chávez.
Dr. Raúl González Enríquez. Dr. Marín Ramos Contreras.
Dr. Manuel Guevara Oropeza. Dr. Manuel Sánchez Garibay.
Dr. Roberto Solís Quiroga.

JEFE DE REDACCION:
DR. FERNANDO CESARMAN VITIS.

ADMINISTRACION:
DRA. MA. CONCEPCION ZUÑIGA.

JEFE DE LA SECCION BIBLIOGRAFICA:
Dr. Francisco Garca García.

JEFE DE PUBLICIDAD:
Dr. Rafael Delgado Alarcón.

REDACTORES:
Dr. Rogelio Díaz Guerrero.
Dr. Carlos Fernández G.
Dr. Germán Herrera.

Dr. Carlos López Elizodo.
Dr. Mario Ramos.
Dr. Germán Riva.

REPRESENTANTES EN LOS ESTADOS:
Nuevo León.
Dr. Manuel Camelo.
Coahuila.
Dr. Dionisio Sánchez Guerrero.
Puebla.
Dr. Ignacio Rivero B.
Chihuahua.
Dr. Ignacio González Estavillo.

Guanajuato.
Dr. Angel Ortiz Escudero.
San Luis Potosí.
Dr. Jesús Urriza Gama.
Jalisco.
Dr. Fernando de la Cueva.

Los artículos firmados no representan necesariamente el criterio de los editores.

Los directores de la revista y el cuerpo editorial se reservan el derecho de seleccionar los trabajos que han de ser publicados y el cuerpo de redacción el de modificar los artículos en lo que se refiere a su estilo, número de grabados, extensión, etc.

Se devolverán los originales de los artículos no publicados a petición expresada del interesado dentro de los seis primeros meses a partir de su envío.

Los reimpresos serán por cuenta del autor y deberán ser solicitados al hacerse el envío del artículo.

Se solicita conje con revistas similares del país y extranjeras.

Oficinas: Calle de Génova 39.

México, D. F.

Teléfonos 35-72-30 y 14-20-62.

P R E S E N T A C I O N

En el mes de mayo de 1934, con el concurso de algunos neurólogos, psiquiatras y médicos legistas, fué creada la "Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Nuestra revista, modesta cristalización de una iniciativa personal, tuvo por lo menos el mérito de ser la más antigua de su índole en nuestro país, y también una de las más antiguas en la América Latina, así como haberse publicado durante 13 años consecutivos con sólo leves interrupciones.

Cuando a fines de 1947 por causas de fuerza mayor se dejó de publicar, se tuvo el propósito de crear una nueva revista, que siendo continuadora de la anterior, estuviera más en consonancia con el grado de desarrollo y la importancia que la Neurología y la Psiquiatría han alcanzado en nuestro medio. Deslindando terrenos, ya con escasa razón de permanecer unidas, se decidió excluir de su contenido a la Medicina Legal

Ha sido la perseverancia de quienes fundaron y sostuvieron la vieja revista, así como la entusiasta colaboración de destacados especialistas de la ciudad y de la provincia, unidas al esfuerzo de los jóvenes psiquiatras y neurólogos mexicanos lo que ha hecho esta transformación posible.

La "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía", que hoy sale a la luz pública, responde a una necesidad; la de contar con un órgano de enlace y difusión, que haga llegar al colega especialista y al médico general del país y del extranjero, las contribuciones de quienes ya sea en la labor clínica cotidiana, en la sala de operaciones, o en el gabinete de investigación, observan y estudian los problemas del enfermo neurológico y mental.

S. R. M. y R. de la F.

La Herencia en las Enfermedades Nerviosas y Mentales

Metodología y Resultados

Dr. DIONISIO NIETO

No es posible, dentro de los límites de este trabajo, hacer una exposición detallada de la doctrina de la herencia en general. Las discusiones fundamentales sobre esta cuestión pueden encontrarse en las obras especialmente consagradas a la materia. En cambio nos parece de interés dar a conocer la metodología empleada en medicina para el estudio de la herencia humana, ya que la difusión que han alcanzado estas técnicas de investigación en la literatura médica es realmente escasa, y muchas veces se alude a los factores hereditarios y se consignan resultados que han sido recogidos sin conocer los principios elementales de la metodología.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION DE LA HERENCIA HUMANA.

Como es sabido, la única base científica de la transmisión hereditaria de los caracteres está constituida por las reglas de Mendel. La heredabilidad de un carácter dado sólo puede establecerse en cuanto es posible comprobar que su reparto entre los individuos de varias generaciones se ajusta de alguna manera al mendelismo. Y aquí nace el primero y más importante de los obstáculos con que tropieza la investigación de la herencia: el número de individuos que compone una generación en la familia humana es siempre demasiado pequeño para permitirnos observar en qué proporción se reparte un carácter. Por otra parte, tampoco podemos disponer en general de las generaciones suficientes para estudiar su transmisión, y además no está a nuestro alcance verificar cruzamientos experimentales como es corriente hacer en las investigaciones botánicas o zoológicas. Para superar estos obstáculos fué preciso idear métodos especiales que nos colocasen en situación de poder estimar, por lo menos aproximadamente, la naturaleza hereditaria de un carácter. Otras dificultades dependen de la imposibilidad en que nos encontramos muchas veces para decidir si una anomalía que se estudia es o no una entidad nosológica. En ciertos casos pueden

obtenerse también aclaraciones en este sentido por el estudio de la herencia.

Los métodos de que se sirve la investigación de la herencia humana pueden dividirse en tres grupos: 1o.—Los que investigan la herencia con arreglo al mendelismo, es decir, los que tratan de averiguar si el carácter estudiado se reparte según las proporciones de Mendel; 2o.—Los métodos de investigación de series gemelares; y 3o.—Los que determinan la llamada "probabilidad de enfermar" entre la descendencia, esto es, la simple determinación empírica de las cifras de frecuencia en los distintos grados de parentesco.

Los métodos que investigan el mendelismo necesitan en primer lugar, reunir numerosas series de hermanos ante la imposibilidad de poder comprobar en una sola serie las proporciones bajo las cuales se reparte un carácter. Cuanto mayor sea el número de sujetos reunidos, tanto más nos acercaremos a las condiciones necesarias para establecer una proporción correcta. Un conjunto suficientemente extenso de series de hermanos de sujetos que presentan un carácter especial que investigamos representa en cierto modo una generación amplia, aunque cada serie de hermanos proceda de una familia distinta. Pero como estas series de hermanos están precisamente elegidas porque en cada una de ellas existe un miembro, o más, que presentan el carácter cuya transmisión hereditaria estudiamos, resulta que en definitiva representan descendientes de un tipo de cruzamiento paterno en el cual se ha conjugado el factor que se busca. Los sujetos que sirven de punto de partida para una investigación sobre un carácter determinado se denominan "probantes". No basta simplemente con reunir gran número de probantes y averiguar en las series de hermanos de cada uno cuáles presentan también el carácter y cuáles no, para establecer una proporción. Los probantes y sus hermanos no constituyen lo que se llama en estadística una selección representativa, sino que se reúnen precisamente porque exhiben un determinado carácter, y en consecuencia representa una selección unilateral.

Para corregir los errores proporcionados por este tipo unilateral de selección hay que recurrir a ciertos métodos. El que inauguró precisamente estas investigaciones fué el método de los probantes de Weinberg.

METODO DE LOS PROBANTES DE WEINBERG.—Para comprender los fundamentos del método de Weinberg es necesario hacer algunas consideraciones a base de ejemplos sencillos. Supongamos que queremos comprobar las proporciones en que se reparte el corea de Huntington. Esta enfermedad, según se ha podido establecer con seguridad, sigue un tipo de transmisión dominante simple. Por consiguiente, como lo que ocurre siempre es que un sujeto que padece esta enfermedad se casa con otro que no la padece, pues el casamiento de dos enfermos de esta clase es rarísimo, debemos esperar, según las reglas de Mendel, que el 50% de los hijos presenten también la enfermedad. Si los dos padres son enfermos, todos los hijos, o sea el 100%, presentarán la enfermedad. Pero como esto es rarísimo, debemos esperar, investigando series de hermanos con respecto al corea de Huntington, una proporción de 50% enfermos y 50% sanos, o sea 1:1.

Para emprender una investigación de esta índole procederemos a coleccionar todos los sujetos portadores de esta enfermedad que se encuentran en una región determinada y dentro de un espacio de tiempo convenido, para lo cual recogeremos la información correspondiente en las clínicas y consultorios neurológicos y psiquiátricos de la región comprendida en nuestro estudio. Supongamos que hemos reunido así todos los casos de corea Huntington de la comarca; se hace el recuento y estudio de todos sus hermanos y establecemos la proporción de enfermos a sanos en estas series. Teóricamente debíamos encontrar 50% de enfermos y 50% sanos. Pero no ocurre así. En una investigación verificada de este modo encontramos siempre más del 50% de enfermos. Esta sobrecarga tiene lugar porque en el recuento sólo abarcamos series de hermanos que tienen, por lo menos, un enfermo, pues de otro modo no hubieran llegado a nuestra consideración. Del cruzamiento de un coreico de Huntington y una persona sana, pueden salir uno o varios hijos sanos. Esta serie (en este caso, de hermanos) no llegará nunca a figurar en nuestro recuento porque no hay enfermos entre ellos, y por consiguiente el cálculo de proporciones resulta falso. Esto se comprende mejor con un ejemplo.

Supongamos arbitrariamente que las series de hermanos son de dos individuos nada más. En estas series de dos individuos caben cuatro posibilidades de combinación: 1o. enfermo—enfermo; 2o. enfermo—sano; 3o. sano—enfermo; 4o. sano—sano. Representemos gráficamente estas cuatro posibilidades en un esquema. Los círculos negros significan enfermos, los blancos sanos:

Figura No. 1.

I	X	X
II	○	X
III	X	○
IV	○	○

La primera serie de hermanos llega necesariamente a nuestra consideración porque ambos miembros son enfermos. La segunda y la tercera también, porque en cada una de ellas hay un enfermo. Pero la IV serie, que es también posible como descendencia de un Huntington y un sano, no llega a nuestra consideración porque ambos hermanos son sanos. En el recuento que nos es posible verificar de ese modo encontramos cuatro enfermos por dos sanos, proporción que no corresponde al verdadero reparto y que indudablemente resultará sobrecargada por la circunstancia que acabamos de señalar.

Weinberg llamó la atención sobre el hecho de que si el recuento se hace sin que entren en el cálculo los propios probantes, o sea los sujetos que nos han servido para elegir las series de hermanos, la proporción resulta entonces correcta. En la primera serie consideramos al primer hermano como probante y comprobamos que tienen un hermano enfermo. Este hermano enfermo también llega a ser nuestro probante, y como tal probante nos denuncia a su hermano como enfermo, sin importarnos que ése ya ha sido nuestro probante. Es decir, nosotros los contamos como enfermos por su calidad de hermanos. De esta forma, en la primera serie contamos dos enfermos. En la segunda serie encontramos un enfermo, y realizada la averiguación pertinente sobre sus hermanos, comprobamos que tiene un hermano sano. Aquí, en esta segunda serie, sólo contamos un sano, puesto que el hermano enfermo es nuestro probante y como tal no se cuenta según el fundamento del método. En la tercera serie se nos presenta otro enfermo que tiene sólo un hermano sano, puesto que el enfermo no lo contamos por ser nuestro

probante. La cuarta serie no la podremos abarcar porque no tiene ningún enfermo, y por consiguiente no llega para nada a nuestra consideración. Ahora bien, si hacemos el cálculo sobre lo encontrado en las tres series primeras con la aplicación de este método, obtenemos dos enfermos en la primera serie, un sano en la segunda y un sano en la tercera, o sea, en conjunto, dos enfermos por dos sanos es decir 50% enfermos por 50%, ó 1 : 1. Esta proporción es correcta, según lo que sabemos es de esperar para el caso de la dominancia simple, como ocurre en el corea de Huntington.

En este ejemplo que acabamos de explicar se supone que todos los hermanos enfermos de una serie llegan a ser nuestros probantes. En tal caso se habla del método de los hermanos de Weinberg. Si únicamente algunos de los hermanos enfermos, pero no todos, llegan a ser nuestros probantes, entonces se habla del método de los probantes en sentido estricto, el cual proporciona los mismos resultados si se aplica a series de hermanos suficientemente numerosas.

Si suponemos que de esas cuatro series de hermanos representadas en la figura 1, y que abarcan cuatro enfermos, sólo llega a ser nuestro probante un enfermo, o sea un enfermo por cada cuatro hermanos enfermos, entonces necesitaremos, por lo menos, 16 series de hermanos, según se representa en la figura 2:

Figura No. 2.

X	X	X	X	X	X
○	○	X	○	X	○
○	X	○	X	○	X
○	○	○	○	○	○

Si se reúne un material suficientemente extenso podemos suponer con toda probabilidad, que encontraremos con la misma frecuencia un probante que sea "primer nacido" de una serie de hermanos con dos enfermos (primer grupo de la Fig. 2), como un probante que sea "segundo nacido" de una serie de hermanos con dos enfermos (caso señalado en el segundo grupo de la Fig. 2), como un probante que sea "primer nacido" de una serie de hermanos con un enfermo (caso señalado en el tercer grupo de la Fig. 2), como un probante que sea "segundo nacido" de una serie de hermanos con un en-

fermo (caso señalado en el cuarto grupo de la Fig. 2). Si se hace aquí el recuento con arreglo al método de Weinberg, encontramos la proporción de 2 enfermos por 2 sanos, o sea 1 : 1.

En conclusión, la esencia del método de Weinberg consiste en que los probantes no entran en el cálculo, sino sólo los hermanos de ellos. Sólomente en el caso de que un probante aparezca como hermano de otro probante, entonces se le cuenta también, pero nótese que entra en el cálculo como hermano y no como probante.

Mediante este procedimiento de recuento se pueden comprobar cifras mendelianas. Pero hay que advertir, sin embargo, que el solo hecho de encontrar por ejemplo, cifras que se aproximan al 50% ó al 25% no demuestra definitivamente la herencia mendeliana. Hay que tener en cuenta todas las circunstancias posibles. Lang, por ejemplo, tuvo que desechar la naturaleza hereditaria del cretinismo, a pesar de que encontró entre los hermanos de numerosas series de cretinos una frecuencia del 25% porque el reparto geográfico de los enfermos ofrecía ciertas peculiaridades que indicaban la influencia de factores externos, en este caso geológicos, y relacionados precisamente con la radioactividad del terreno. Por otra parte, el método de Weinberg no es sólo utilizable para la investigación del mendelismo, sino que debe aplicarse para cualquier tipo de recuentos, ya que lo que determina simplemente es la eliminación de la sobrecarga en la selección del material.

METODO DE LOS GEMELOS.—Otro método para estudiar la naturaleza hereditaria de un carácter es el de los gemelos. Como se sabe, hay dos clases de individuos gemelos: los univitelinos y los bivitelinos. Los primeros son individuos cuya masa hereditaria es idéntica, de tal modo que todos los caracteres que van vinculados a los cromosomas, es decir, de naturaleza genotípica, se harán ostensibles en los dos sujetos que componen un par gemelar. Los segundos, los bivitelinos, son individuos que se desarrollan simultáneamente, pero cuya masa hereditaria no es idéntica porque se desarrollan de dos huevos distintos. Se trata solamente en este caso de dos hermanos, como otros nacidos sucesivamente, que son creados al mismo tiempo.

El hecho de tratarse en los gemelos uni-

vitelinos de dos sujetos genotípicamente idénticos nos coloca en situación de poder estudiar hasta qué punto un carácter dado, o una enfermedad, se debe a factores hereditarios y cuál es el grado de su penetración genotípica. Las investigaciones gemelares necesitan también ser elaboradas con arreglo a una metodología correcta. En primer lugar, las observaciones aisladas, que tan frecuentemente se comunican en la bibliografía, tienen un valor muy escaso, a no ser que se limiten al estudio de determinados aspectos. Frecuentemente se comprueba que son objeto de publicación los casos en que los gemelos padecen la enfermedad, mientras que dejan de publicarse aquellos en los cuales sólo uno de los individuos la presenta, con lo cual se selecciona incorrectamente el material.

Toda investigación gemelar, relativa a una determinada enfermedad, debe abarcar series gemelares tan numerosas como sea posible. Interesa tanto incluir en la investigación gemelos univitelinos como bivitelinos, de modo que las series se reúnen sin importarnos su naturaleza, sino únicamente su condición de gemelaridad. El primer punto que debe dilucidarse es si la enfermedad estudiada se presenta con más frecuencia en gemelos que en sujetos no gemelos. Importa mucho esta aclaración porque podría ocurrir que se tomase por hereditaria una enfermedad simplemente por su comprobación en gemelos, y que en realidad no tuviera nada que ver con trastornos hereditarios. En efecto, si la enfermedad que se estudia aparece con mucha mayor frecuencia en individuos gemelos, entonces hay que admitir que el trastorno está en relación, no con la estructura hereditaria, sino con las condiciones intrauterinas que determinan la gemelaridad. De este modo se ha llegado a establecer, por ejemplo, que la idiocia mongoloide, que se creía hereditaria, se halla relacionada por lo menos en gran parte, con las circunstancias intrauterinas en que se desarrollan los gemelos.

El segundo punto a determinar es cuántos pares son univitelinos y cuántos son bivitelinos. Esto debe hacerse mediante las normas establecidas en el llamado diagnóstico de semejanza de Siemens y Von Verschuer. Las cifras obtenidas por este procedimiento no se consideran como cifras decisivas, sino que hay que contrastarlas con el método diferencial de Weinberg. Mediante este método se puede establecer estadísticamente

el número de univitelinos en un material no seleccionado de gemelos. Su fundamento es el siguiente: Supongamos una población en la cual sólo se presentan series de hermanos de dos individuos; el reparto, en cada serie, de hembras y varones, tendrá cuatro posibilidades: varón-varón varón-hembra, hembra-varón, hembra-hembra. Estas cuatro combinaciones se presentarán prácticamente con la misma frecuencia. Los gemelos de distinto sexo son siempre bivitelinos. Si en un material gemelar encontramos, por ejemplo, 50 pares de distinto sexo (varón y hembra), hay que admitir que a estos 50 pares de distinto sexo corresponden otros 50 del mismo sexo, pero también bivitelinos, si suponemos, como es lógico, que entre los bivitelinos se da el mismo reparto de sexos que en la población media. El número restante de pares del mismo sexo podría considerarse como la cifra de univitelinos. Por consiguiente, en este proceso se cuentan los pares de distinto sexo que hay en la serie; y el doble de esa cifra se considera como bivitelinos, y el resto como univitelinos. Naturalmente este método no dice nada sobre cuáles parejas hay que considerar como univitelinas y cuáles como bivitelinas concretamente. Tan sólo sirve para comprobar numéricamente si la clasificación con arreglo al diagnóstico de semejanza se aproxima a la realidad.

Clasificado el material en dos grupos, univitelinos y bivitelinos, se establece entonces la frecuencia de la concordancia y discordancia, es decir, cuántos pares presentan la enfermedad en los dos individuos y cuántos de ellos la presentan sólo en un individuo. Aquellas enfermedades exclusivamente originadas por un trastorno hereditario, tendrían que mostrar teóricamente un cien por cien de concordancia entre los gemelos univitelinos, esto es, que siempre que la enfermedad se presenta en uno de los individuos del par tiene que presentarse forzosamente en el otro. En cambio, la proporción de concordancia entre los gemelos bivitelinos será mucho más baja, aproximándose a la cifra de frecuencia que puede observarse entre hermanos no gemelos. Por el contrario, cuando se trata de una enfermedad no vinculada por completo a anomalías cromosómicas las cifras de parejas concordantes entre los univitelinos podrá ser muy baja y más o menos próxima a la que se observe entre los bivitelinos.

El estudio comparativo de las series gemelares permite establecer lo que se llama "oscilación de la manifestación". Si en una serie de cien parejas de gemelos univitelinos comprobamos, por ejemplo, que 80 parejas son concordantes respecto de la enfermedad que se estudia, esto es, que ambos miembros de las 80 parejas padecen el trastorno, y en 20 parejas sólo se observa en uno de los miembros, o sea, son discordantes, entonces podemos deducir que el proceso cuya transmisión hereditaria estudiamos posee una penetración en el genotipo que podemos ponderar como un 80%, y una oscilación de la manifestación (es decir, el grado de posibilidad de que la enfermedad no se manifieste, aunque la disposición hereditaria esté presente) de un 20%. La oscilación de la manifestación indica, por consiguiente, la importancia de los factores no hereditarios en la presentación de la enfermedad. Una enfermedad con una penetración hereditaria de 100% (es decir, que se observe en el 100% de las parejas de univitelinos) con una oscilación de la manifestación nula, se debe exclusivamente a anomalías hereditarias, y por consiguiente no influirán en su aparición factores extremos. Esto, sin embargo, es raro. Aun aquellas enfermedades más profundamente ligadas a trastornos genotípicos, no dejan de presentar cierto grado de oscilación en su manifestación, pues no hay que olvidar que todo carácter hereditario suele ser el resultado de una conjugación de la disposición (o predisposición), que es lo que se transmite por los cromosomas, y ciertos factores externos que en muchos casos nos son desconocidos. Precisamente los estudios gemelares sirven para ponderar la importancia de la disposición hereditaria y de los factores no hereditarios respecto de un trastorno dado.

METODO DE LAS CIFRAS COMPARADAS DE FRECUENCIA.—Otro método para estudiar la intervención de los factores hereditarios en una determinada enfermedad consiste en establecer lo que se llama "pronóstico hereditario empírico". Se trata aquí, simplemente, de observar si la enfermedad en cuestión se presenta más frecuentemente entre las distintas clases de parientes de los sujetos que padecen la enfermedad que en el promedio de la población. Para establecer las cifras de frecuencia de la enfermedad entre las distintas clases de parientes, es necesario proceder con arreglo a métodos

especiales. El método de Weinberg puede aplicarse también aquí para la recolección del material. Igualmente hay que aplicar los cálculos especiales sobre la edad (según la enfermedad que se investigue), mortalidad, etc., así como los correspondientes al error medio.

Estas cifras se comparan con las que se encuentran en el promedio de la población y proporcionan así una imagen empírica de la importancia de los factores hereditarios en una determinada enfermedad, sin prejuigar nada respecto del carácter mendeliano.

Los métodos de investigación que acabamos de describir brevemente son aplicables a cualquier material de estudio. Pero se comprende que para que sus resultados sean valorables necesitan derivarse de series suficientemente amplias de casos. Esto es posible, sobre todo, en ciertas enfermedades psiquiátricas cuya frecuencia en la población es bastante alta. En cambio, muchas enfermedades neurológicas en las cuales se conoce ya desde hace mucho tiempo su carácter familiar, no permiten un estudio en grandes series por la rareza de su presentación. En estos casos, la elaboración cuidadosa de árboles genealógicos aislados puede proporcionar datos más o menos aproximados sobre el carácter hereditario de una afección, aunque habrá que tener mucha cautela para obtener conclusiones seguras por este procedimiento. La cuestión de la naturaleza hereditaria de ciertas enfermedades neurológicas cuya aparición familiar se comprueba muy a menudo, exige estudios más profundos y debe enjuiciarse con todo cuidado, pues se trata en muchos casos de afecciones posiblemente ocasionadas por virus y la difusión de éstos puede tener lugar con una distribución semejante a un reparto hereditario.

ENFERMEDADES NEUROPSIQUIATRICAS EN LAS CUALES INTERVIENEN FACTORES HEREDITARIOS.

COREA DE HUNTINGTON.—Enfermedad nerviosa orgánica del sistema extrapiramidal. Se ha determinado con seguridad su transmisión hereditaria, como un carácter dominante simple. Faltan por completo las oscilaciones de la manifestación y si la enfermedad deja de comprobarse en la descendencia es porque el sujeto muere antes de enfermar o porque los síntomas son muy leves y pasan desapercibidos. Desde el punto de vista hereditario deben distinguirse cinco tipos: 1.—Tipo psíquico, en el cual los

fenómenos neurológicos están en segundo plano. 2.—Tipo coreico, dominado por el síndrome coreico, aunque al final se presentan alteraciones psíquicas. 3.—Tipo estacionario, en el cual la enfermedad detiene su desarrollo en uno de los grados ligeros del comienzo y sólo se observan los síntomas esbozados. Tipo precoz, que se caracteriza por su comienzo precoz y desarrollo lento. 5.—Tipo hipertónico taquinético caracterizado por hipertonia extrapiramidal sin movimientos coreicos.

El reconocimiento de la enfermedad puede ofrecer dificultades por la existencia de formas rudimentarias que sólo puede descubrirlas el examen directo del neurólogo. No es rara en el círculo familiar de los coreicos la presentación de otras alteraciones neurológicas aisladas (oligofrenia, tendencia a convulsiones) sin que pueda decidirse si se trata de manifestaciones fenotípicas defectuosas del genotipo coreico.

El corea minor no tiene nada que ver con el corea de Huntington, pues es una enfermedad infecciosa estrechamente relacionada con el reumatismo articular. Sin embargo, también se comprueba en el corea minor la existencia de una cierta disposición familiar para padecer la infección.

ENCEFALITIS PERIAXIALIS DIFUSA O ENFERMEDAD DE SCHILDER. — Se trata de un proceso que determina la desaparición progresiva y difusa de la sustancia blanca de los hemisferios, respetando hasta cierto punto la corteza, que se presenta en la infancia y, a veces, después. No está determinado con seguridad el tipo de transmisión, pero parece probable su carácter recesivo.

APLASIA AXIALIS O ENFERMEDAD DE PELIZAEUS-MERZBACHER. — Proceso histopatológicamente muy parecido al anterior, que suele presentarse en el primer año de la vida y que conduce a una demencia (generalmente se considera erróneamente como oligofrenia) menos marcada. Parece transmitirse recesivamente ligada al sexo.

ESCLEROSIS TUBEROSA Y ENFERMEDAD DE RECKLINGHAUSEN. — Estas dos enfermedades se substituyen hasta cierto grado en la transmisión hereditaria, y por eso se mencionan juntas. La esclerosis tuberosa se caracteriza por la presencia de tumoraciones múltiples en la corteza cerebral, paredes ventriculares, cerebelo, retina, órganos internos y piel (adenoma sebaceum). Bielschowsky la considera como una "espongioblastosis" central y la enfermedad de Recklinghaus-

sen como una espongioblastosis periférica. Si se toman en cuenta los casos de epilepsia simple, tumores aislados de la retina, tumores renales, etc., que aparecen en las familias, entonces hay que aceptar una transmisión dominante simple con oscilaciones en la manifestación.

IDIOCIA AMAURÓTICA. — Se trata de una afección difusa del cerebro y aparato de la visión con lesiones histológicas características. Hereditaria y clínicamente se distinguen dos formas: infantil y juvenil. La primera comienza en el primer año de la vida y es casi privativa de la raza judía, transmitiéndose generalmente en forma recesiva, aunque parece haber un tipo dominante. La segunda se presenta hacia los seis o siete años, se desarrolla más lentamente y va acompañada con frecuencia de ataques epileptiformes que faltan en la primera. Esta forma no se encuentra en los judíos, y en cambio es extraordinariamente frecuente en los suecos. Se ha comprobado con seguridad su transmisión recesiva simple. Ambas formas representarían variantes racialmente condicionadas de una sola enfermedad.

ENFERMEDAD DE PICK. — Atrofia de los lóbulos frontales (excepto área motora) y a veces de los temporales y parietales. Parece estar fuera de duda que se trata de una enfermedad hereditaria, aunque con pequeña capacidad de penetración. Sobre el tipo de transmisión no se sabe nada seguro, pareciendo probable la recesividad.

ATROFIA OPTICA DE LEBER Y RETINITIS PIGMENTARIA. — Se trata de dos procesos bien conocidos heredobiológicamente. El primero se transmite recesivamente ligado al sexo. El segundo también es un carácter de tipo recesivo.

ATAXIA DE FRIEDREICH. — Enfermedad caracterizada por una degeneración primaria de los fascículos piramidales, espinocerebeloso y cordón posterior de la médula. La transmisión hereditaria, desde el punto de vista mendeliano, no está bien determinada. En su forma típica parece adoptar un tipo recesivo, pero se conocen formas atípicas dominantes. Se sugiere que quizá no sea un carácter mendeliano simple, sino dependiente de dos factores. En este sentido habría que tener en cuenta que se conocen formas de transición hacia la enfermedad de Leber.

DISTROFIAS Y ATROFIAS MUSCULARES. — Este grupo de afecciones, cuya aparición familiar se conoce desde antiguo, abarca distintas entidades clínicas. Como no se

conoce con exactitud el trastorno fundamental que sirve de base a estas enfermedades, y es muy posible que cuando se conozca resulte que los distintos cuadros clínicos sean variantes de un mismo proceso, no se pueden establecer conclusiones definitivas sobre la herencia. Actualmente se puede asegurar que la distrofia muscular progresiva en su forma pseudohipertrófica es una enfermedad que se transmite recesivamente ligada al sexo, exactamente igual que la hemofilia. La distrofia miotónica parece ser la misma enfermedad que la miotonía congénita (enfermedad de Thomsen) y que la paramiotonía. Aunque el carácter familiar de estas enfermedades está bien establecido, en el aspecto hereditario hay muchos puntos que aclarar. Por una parte se ha comprobado que la gemelaridad es aquí más frecuente, y por otra se observa que los casos graves abundan más en el sexo masculino que en el femenino. Se habla de una transmisión dominante, pero se sugiere que quizá se deba a factores múltiples, que, aislados, se comportan como recesivos, pero que reunidos son dominantes. Por eso, si llegara a conocerse el trastorno fundamental que da origen a las manifestaciones musculares, probablemente se aclararían muchos puntos oscuros en el aspecto hereditario.

OLIGOFRENIA FENILPIRUVICA.—Se trata de una forma de imbecilidad con algunas perturbaciones neurológicas en la cual se encuentran alteraciones del metabolismo que consisten en la eliminación por la orina de ácido fenilpirúvico derivado de la fenilalanina. Se transmite como un carácter recesivo.

EPILEPSIA MIOCLONICA.—Esta afección no tiene nada que ver con la epilepsia genuina heredobiológicamente, aunque se manifiesta por ataques epiletiformes, además de las mioclonias típicas. Sigue una herencia recesiva simple, y son muy probables sus relaciones con otros genes degenerados, pues en el círculo familiar se encuentran con frecuencia otros trastornos mentales.

Aunque se conocen otras enfermedades neurológicas en cuya producción quizá intervinieran factores hereditarios, prescindimos de enumerarlas porque no están lo suficientemente estudiadas para permitir conclusiones.

Por lo que se refiere a las psicosis endógenas, esquizofrenia, psicosis maniacodepresiva y epilepsia, que han sido objeto de extensos estudios en el aspecto hereditario, serán tratadas en un trabajo especial.

BIBLIOGRAFIA:

- BAUR, FISCHER, LENZ.—Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. München, 1927.
- BERNSTEIN, F.—Variations- und Erblichkeitsstatistik. Berlin, 1929.
- BRUGGER.—Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neurol. Vol. 118.
- LANGE, J.—Psychiatrische Zwillingsprobleme. Z. Neurol., Vol. 112.
- LANGE, J.—Verbrechen als Schicksal. Leipzig, 1929.
- H. Verbrechen als Schicksal. Leipzig, 1929.
- LUXENBURGER.—Demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytikerehegatten. Z. Neurol., Vol. 112.
- LUXENBURGER.—Vorläufiger Bericht über die psychiatrischen Serienuntersuchungen an Zwillingen. Z. Neurol., Vol. 116.
- LUXENBURGER.—Zur Methodik der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie. Z. Neurol., Vol. 117.
- LUXENBURGER.—Die Passenhygienische Bedeutung der Lehre von den Manifestationsschwankungen erblicher Krankheiten. Erbarzt, Num. 3, 1936.
- LUXENBURGER.—Die wichtigsten neueren Ergebnisse der Empirischen Erbprognose und der Zwillingsforschung in der Psychiatrie. Erbarzt, Num. 9, 1936.
- LUXENBURGER.—Psychiatrisch-neurologische Zwillingspathologie. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. Vol. 56.
- LUXENBURGER.—Psychiatrische Erblehre. Berlin-München, 1938.
- NIETO D.—Sobre la herencia en psiquiatría. Archivos de Neurobiología. 1933.
- RUDIN, E.—Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Berlin, 1916.
- RUDIN, E.—Über Vererbung geistiger Störungen. Z. Neurol., Vol. 81.
- RUDIN, E.—Klinische Psychiatrie und psychiatrische Erbbiologie. Z. Neurol., Vol. 101.
- RUDIN, E.—Erbbiologisch-psychiatrische Streitfragen. Z. Neurol., Vol. 101.
- SCHULZ, B.—Methodik der medizinischen Erbforschung. Leipzig, 1936.
- SCHULZ, B.—Zur Frage der Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neurol., Vol. 109.
- SIEMENS, H.—Zwillingspathologie. Berlin, 1924.
- VON VERSCHUER, O.—Die Ähnlichkeitsdiagnose der Eineiigkeit von Zwillingen. Anthropol. Anzeiger. Num. 5, 1928.
- VON VERSCHUER, O.—Ergebnisse der Zwillingsforschung. Verhandl. d. Ges. f. physische Anthropologie, 1931.
- WEINBERG, W.—Mathematische Grundlagen der Probandenmethode. Z. induct. Abst. u. Vererbungslehre. Vol. 48.
- WEINBERG, W.—Zur Probandenmethode und zu ihrem Ersatz. Z. Neurol., Vol. 123.

Consideraciones Sobre las Anosognosias, en Relación con un Caso Clínico.

DR. MARIO FUENTES DELGADO.

El presente artículo se concreta a la descripción de un caso clínico de hemianosognosia, el cual dará margen a la revisión sucinta de esta interesante manifestación sintomática y de sus relaciones con el llamado esquema corporal.

La historia clínica se refiere al caso de la enferma M. L. de C., senil de 76 años de edad, Profesora, que ingresó al servicio de Observación de Mujeres el 26 de noviembre de 1947, Expediente No. 33250.

Se inició su padecimiento más o menos un mes antes, por un ataque gripal que la obligó a encamarse. En la madrugada del 30 de agosto, se le sorprendió en un estado de inconciencia, comatoso propiamente, con desviación conjugada de la cabeza y ojos hacia la derecha y hemiplegia izquierda. Al día siguiente desaparece el estado comatoso; la cabeza y ojos vuelven a su posición normal y queda con signos de hemiplegia flácida izquierda, con signos de incontinencia de esfínteres. A partir de ese día, la enferma acusa grandes defectos amnésicos y de reconocimiento: no puede recordar los hechos recientes y con frecuencia confunde a las personas de su propia familia, dificultándosele la identificación de ellos. Habla con fabulaciones, partiendo el discurso de algunos hechos reales. Todas estas alteraciones del discurso no son valoradas por la enferma y por el contrario se muestra con cierta extrañeza cuando posteriormente se le señalan aquellos defectos psíquicos.

Se puede deducir, de los informes familiares, que la enferma tuvo algunos días un ligero estado confusional amnésico, que paulatinamente fué aclarándose. Quedaron al alcance de la observación familiar, pero no de la enferma, algunos errores en la realización de muchos de sus actos rutinarios: así observaron sus dificultades para vestirse por sí misma, equivocando las prendas de vestir y entrando en una confusión de movimientos para ponerse el vestido, por ejemplo, sin llegar a lograrlo si no era ayudada. Llegaba, al vestirse, a ponerse o a medio ponerse —como ya veremos— el abrigo, y sobre el

abrigo la ropa interior o su propio vestido. La enferma daba por terminado el acto de vestir cuando todavía estaba propiamente enredada, con las prendas tergiversadas en su cuerpo y sin que ella se diera cuenta.

Su estado mental después de algunos días, independientemente de estos defectos, era de gran claridad mental, dispuesta a la mayor colaboración para su estudio: era persona relativamente culta, profesora normalista, y por lo tanto permitió, comprendiendo muchas de nuestras preguntas, maniobras, ejecución de muchos actos solicitados, dentro de la mejor disposición e interés personal. Su conducta en el Pabellón no se manifestó con ningún acto psicótico propiamente y sus relaciones con las enfermas y personal lo más adecuadas. Sólo llamaba la atención su gran desaliño entre la mitad izquierda del cuerpo y la mitad derecha, que era normalmente aliñada: Así nos llamó la atención que se mostrara con el abrigo puesto sólo en su mitad derecha y la mitad izquierda del abrigo colgando; la mitad derecha de la cabeza bien peinada, sostenido su peinado con dos peinetas; la mitad izquierda de la cabeza despeinada, el cabello enredado, que caía en desorden por la cara, a veces cubriendo parte de la mitad izquierda; el miembro izquierdo con los movimientos automáticos o inconcientes habituales, aunque se veían muy reducidos en comparación con los movimientos del miembro superior derecho. En el miembro inferior izquierdo se advertía también un gran descuido: cubría la pierna con la media que caía floja hasta el tercio inferior y dos o tres ligas que caían flojas hasta los maleolos. Evidentemente la enferma no advertía, con advertencia "agnósica", las condiciones desaliñadas de la mitad izquierda de su cuerpo.

Examinada e interrogándola comprobamos que no presentaba trastornos psicóticos propiamente; habían algunas descargas emocionales con gran labilidad para el llanto. Intellectualmente con buena capacidad, a pesar de sus años, en aptitud de explicar muchos de sus síntomas y gran colaboración en

todas las ocasiones que verificamos su reconocimiento. Se queja de dolores que se distribuyen principalmente en la mitad izquierda del cuerpo; refiere sensación de ardor en la planta del pie izquierdo; a veces dolores constrictivos en la muñeca izquierda. Los dolores los ha tenido también, pero de menos importancia, en la mitad derecha del cuerpo. Acusa alteraciones subjetivas de la sensibilidad en la mano izquierda, diciendo que la siente como acartonada, como si la **MANO FUERA DE MONO** (textual) y en algunas ocasiones, sobre todo al principio de su padecimiento, decía que la **MANO NO ERA SUYA**, sino de la hermana. Informa, en las últimas observaciones que se le practicaron, que tiene dificultades para vestirse y para hacer uso de su mano izquierda en la ejecución de diversos actos intencionales. Previamente, a su ingreso, su exploración neurológica comprobó la desaparición de la hemiparesia. Sólo encontramos ligero aumento de reflejos en los cuatro miembros; no Hoffman, no Babinski ni homólogos; no había asimetría de reflejos de un lado y otro. La sensibilidad objetiva se encuentra ligeramente disminuída en todo el lado izquierdo, parece haber hipoestesia y explorada la estereognosia pudo reconocer moneda y otros objetos; asimismo pudo localizar el punto en que se provocaban estímulos dolorosos o de contacto en toda la mitad izquierda del cuerpo. La sensibilidad profunda normal; la coordinación normal, así como el equilibrio y marcha, no Romberg. Los pares craneales normales. Su examen neurológico, por lo tanto, resultaba con pocas alteraciones objetivas, con excepción de los errores derivados de su desconocimiento de todo su lado izquierdo.

En varias ocasiones la vimos con las prendas al revés; con el vestido a medio poner, con la media izquierda caída, con media cabeza desaliñada, con los zapatos al revés; a veces el izquierdo con las agujetas desensartadas y colgando. Hicimos que la enferma usara guantes por esos días, advirtiéndole sus enormes dificultades desde para elegir el lado correspondiente a cada mano; su relativa facilidad para ponerse el guante en la mano derecha, poco ayudada con la izquierda, y las enormes dificultades que tenía para tratar de meterse el guante izquierdo; con frecuencia pretendía meter uno o más dedos en un sólo dedo del guante o bien ponía el guante de manera que el dorso de éste lo aplicaba sobre su palma y así por el estilo se embarullaba de tal manera, que

terminaba por mortificarse y desistir. Otras veces atinaba, parece que casualmente, pero nunca lograba una simetría relativa entre las piezas de vestir de un lado con el otro. Al pedirle que se pusiera el abrigo, empezaba por buscar las mangas y al tratar de introducir una mano en la manga que encontraba, llegaba a enredarse de tal manera, que casi se sujetaba a sí misma con su abrigo y había que desenredarla. A veces, sin embargo, lograba ponérselo, siempre con gran asimetría; no lograba encontrar los ojales del lado izquierdo para ensartarlos en los botones correspondientes y cuando se le pedía que lo hiciera, abotonaba un ojal con un botón que no correspondía, sin darse cuenta de su descuido.

Se verificaron en ella diversas pruebas de escritura, de lectura, de dibujo, logrando respuestas normales; asimismo buena capacidad para el cálculo (no acalculia). Se le dieron a ejecutar figuras geométricas, hechas con palillos de colores, logrando reproducir los modelos o bien construyendo una representación propuesta. No se encontraron trastornos apráxicos primarios en las diversas pruebas solicitadas, pero en cambio se advertían gruesos errores de apraxia secundaria o de apractognosias cuando tenía que utilizar sus miembros izquierdos, en relación con objetos o con actos que tenían que ser ajustados a su propio cuerpo (ponerse guantes, ponerse abrigo, ponerse zapatos). Aquí su defecto apráxico era secundario a la alteración del concepto de la imagen corporal izquierda.

La influencia de la vista no favorecía ni dificultaba los actos verificados, de manera que pudo eliminarse la posibilidad de ciertos trastornos apráxicos específicos, como el de la apraxia visual a apraxia pura constructiva.

El examen físico complementario sólo comprobó un estado de arterioesclerosis generalizada, con tensión arterial de 140 por 70. Los exámenes de laboratorio negativos.

El capítulo etiológico se restringió a la hipótesis del arterioesclerosis cerebral con trombosis arterial en el territorio parietal posterior e inferior. La enferma, como puede deducirse de los datos mencionados, fué mejorando, sin alcanzar una recuperación completa y salió del servicio, a solicitud familiar, tres meses después de su ingreso. Recientemente supimos que había fallecido y no tuvimos desgraciadamente, la suerte de obtener el espécimen que debería completar esta observación clínica. Intencionalmente,

por lo tanto, vamos a reflexionar solamente tomando en cuenta el aspecto sintomático que permitió identificar clínicamente un caso de hemianosognosia izquierda, con alteraciones subjetivas y poco objetivas de la sensibilidad; síndrome sensitivo con caracteres sospechosos de talámico, que se acompañó de hemiparesia izquierda reversible y que sólo dejó como secuela, que se fué esfumando sin desaparecer por completo, la alteración del esquema corporal.

COMENTARIOS: El término de anosognosia fué introducido a la literatura por Babinski, en 1914, como un nuevo síndrome neurológico, pero ignorando o sin mencionar estudios —que ya le habían sido precedidos por Pick dieciséis años antes, que denominó a estas mismas alteraciones del esquema corporal con el nombre de autotopagnosias. El término anosognosias, viene de la alfa privativa NOS, enfermedad y GNO-SIS conocimiento: o sea falta de concepto de enfermedad. Clínicamente implica una ausencia de conocimiento por parte del enfermo neurológico de un segmento o de medio cuerpo o de diferentes partes del cuerpo. El término hemianosognosia especifica el desconocimiento que el enfermo tiene sólo de una mitad del cuerpo, y el término de autotopagnosia implica la pérdida de un segmento del esquema corporal: de una mano, de un pie, del brazo, etc. Son por lo tanto, términos que se complementan y que están en relación con las diversas alteraciones relativas al ESQUEMA CORPORAL.

Por lo tanto, para entender la importancia en clínica de la anosognosias, siguiendo a Babinski, es imprescindible entender lo que es el esquema corporal.

En el recién nacido (conceptos del Profesor Lionello de Lisi), después de la primera nora de existencia, se observan movimientos reflejos y automáticos; son las respuestas motoras elementales a los estímulos esteroceptivos, propioceptivos e interceptivos, que a través de las percepciones sensitivas y sensoriales afluyen a los centros nerviosos; y desde este momento, y a través de toda actividad, empieza para el recién nacido la experiencia de su propio cuerpo. De un complejo de sensaciones informes e indistintas, casi de masa, a través de procesos de regulación refleja, en seguida de coordinaciones y de integraciones funcionales, se llega poco a poco, pero en época bastante precoz, a la formación de un contenido de experiencia subjetiva del propio cuerpo sentido como unidad. Es con el auxilio de esta experien-

cia que nosotros podemos diferenciar nuestro cuerpo "objeto" de los objetos del espacio, podemos definir el "YO" del "NO YO" y orientar y gobernar nuestra actividad motriz.

Se había tenido originalmente un concepto solamente psicológico de la propia corporalidad. El estudio del problema, después de Sir Henry Head y Holmes (1911), ha sido desarrollado desde el punto de vista psicológico, fisiológico y clínico por Paul Schilder.

Este autor emplea por primera vez el término de imagen corporal o imagen del cuerpo (Body image), en lugar de esquema corporal que empleó Mead. Para él, la imagen corporal implica la figura representada en el psiquismo por el sujeto de su propio cuerpo: es el aspecto a través del cual se representa su cuerpo. En la estructuración del concepto de imagen corporal, intervienen las sensaciones que se reciben y que en muchas circunstancias se pueden ver en dónde ocurren, en qué partes del cuerpo se reciben los estímulos. Otras sensaciones vienen de los músculos y de sus envolturas, indicando las diversas deformaciones o contracciones musculares; sensaciones que vienen de las vísceras, etc.

Además de todo este conjunto perceptivo y de su conocimiento, existe una experiencia diferente de que existe una unidad corporal: es una imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo. Añadimos nosotros que esta imagen representa un concepto estructurado en los más altos niveles de integración psicofisiológica y que está representada en forma estática, la que podría juzgarse como patrón específico de cada quien y representada también en forma dinámica, obedeciendo a las constantes fluctuaciones de la vida psicofísica del sujeto. El concepto de Head de esquema corporal, implica un concepto estático; el concepto de imagen corporal de Schilder implica un concepto más bien dinámico y por lo tanto más real.

Otros autores se han ocupado del problema con semejantes puntos de vista: según Hoff, el esquema corporal es el conocimiento consciente del propio cuerpo. Zador lo define como la suma bien delimitada de un conjunto de movimientos esquematizados. Adler y Hoff como un mecanismo o un aparato que tiene la tarea de conservar la unidad de las sensaciones corporales. Gerstman habla de una íntima visión de nuestro dominio corporal. Ludo Van Bogaert introduce en la literatura el término "imagen de sí

mismo", fundándose en el concepto psicofisiológico de Schilder, e identifica los esquemas comprendidos así por Head. Lhermitte y sus discípulos le llaman "esquema postural" o "imagen de sí", definiéndolo o describiéndolo de la siguiente manera: el esquema postural debe ser considerado como una realidad viviente y variable, independiente en cierta medida de los estímulos aferentes cerebrales, no modelado sobre las percepciones o sensaciones actuales, capaz de distorsiones y de formaciones singulares y extravagantes, susceptibles de emanciparse y de aparecer al sujeto como doble, como "otro yo", al cual le llegan a confiar las propias sensaciones, los propios sentimientos, los propios afectos.

FORMACION DEL ESQUEMA CORPORAL.—Schilder piensa que el esquema corporal se viene formando a través de experiencias ópticas, táctiles, kinestésicas y posturales; pero según este autor, el proceso de representaciones ópticas, la visualización de cada cosa pensada, sentida, es tal, que la influencia de los elementos de la representación visual es de importancia para la formación del esquema corporal. Según este mismo autor, esta figura del propio cuerpo no se da inmediatamente; se desarrolla desde su primitivo estadio, por medio de previsiones, métodos, posiciones, hasta obtener una imagen clara. Se trata de un proceso dinámico en la formación del esquema corporal; el conocimiento del propio cuerpo es el producto final de este proceso, que es en parte representativo. Es una representación a través de continuos procesos psicológicos de integración y de diferenciación y siempre en evolución.

Para Head, la integración del esquema corporal depende, en forma importante, de las vías centrípetas periféricas, cuya interrupción puede alterar o amputar en alguna forma el concepto de esquema corporal: cita la presencia de miembros fantasmas en los casos de los amputados; la persistencia de alteraciones posturales de los miembros en los tabéticos, en los que las vías centrípetas no conducen los estímulos adecuados para la integración de arcos reflejos que orienten la motilidad. Para Schilder, existe una correlación fisiológica cortical del esquema corporal: para él se trata de una función que no está localizada en la corteza, pero que sí se desorganiza por específicas lesiones corticales. Ya veremos cómo este autor, junto con Poetzl, da gran importancia al pliegue curvo, al *Gyrus Angularis*, como

regiones corticales cuya alteración puede conducir a anomalías del esquema corporal.

Para Adler y Hoff la unidad de las sensaciones corporales se tiene a través de una compleja elaboración de las impresiones sensitivas periféricas.

Ludo Van Bogaert precisa que existe un modelo postural, un esquema, una imagen de nuestro cuerpo independiente de la sensibilidad cutánea y profunda, que juega un papel importante, aunque inaparente, en la conciencia que tiene cada uno de sí mismo. El modelo postural no es para Bogaert, como tampoco para Schilder, un dato estático, sino un modelo que registra activamente todos los gestos cumplidos de nuestro cuerpo en sí mismo y en relación con los objetos exteriores. Para él, las lesiones que abarcan la cercanía del surco interparietal son las más susceptibles de desorganizar el modelo postural. Esta región parece tener en el tálamo óptico relaciones fisiopatológicas importantes. Las lesiones talámicas producen en ciertos casos, perturbaciones de la imagen con dolor y sensaciones extrañas, que no alteran su integridad mientras las lesiones corticales producen la abolición parcial o total del esquema del cuerpo.

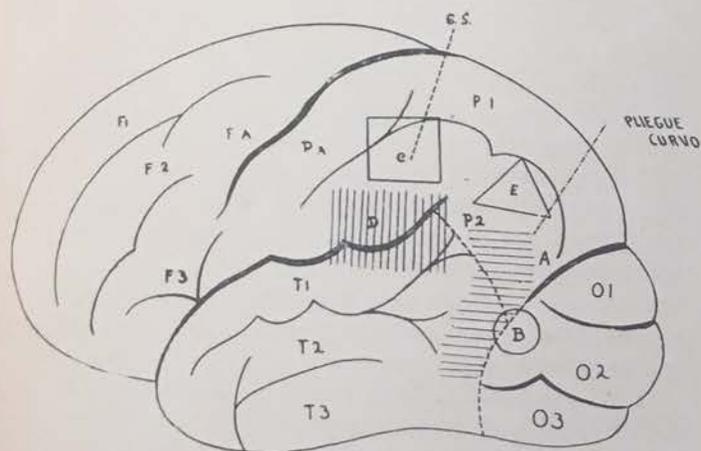
LAS ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL: Pueden aparecer alteraciones del esquema aun en sujetos normales, pudiendo deformarse la imagen de nuestro cuerpo en relación con movimientos activos o pasivos, en los cuales es puesto el cuerpo. Así por ejemplo, en los casos de ascenso o descenso brusco se puede experimentar—en un elevador rápido— la impresión de alargamiento o acortamiento del cuerpo. Hay casos de percepción errante de nuestro cuerpo (Lhermitte), manos enormes, falta de un dedo, etc., que experimentamos ya en vigilia o bien en el sueño. Estas percepciones se pueden experimentar mejor en ciertos fondos crepusculares de conciencia.

Las deformaciones del esquema se pueden comprobar también en el fenómeno llamado de "ilusión japonesa", en la que distorsionando los dedos entrelazados, difícilmente se puede identificar determinado dedo a la orden: el esquema corporal se ha alterado de su aspecto estático y se requiere un esfuerzo de reintegración a nuevas posturas para identificar cada una de sus partes.

En patología se aprecian hechos importantes que significan la alteración, en este caso por su persistencia, del esquema corporal: así, es común el conocimiento del lla-

modo miembro fantasma de los amputados (persistencia del esquema, temporalmente, hasta lograrse una nueva integración) "res-tando" de la representación esquemática el segmento faltante.

Ocurren alteraciones importantes del es-
quema corporal, en los estados patológicos
por lesión del sistema nervioso central, los
cuales señalaremos con mayor interés por
tener relación con nuestra comunicación clí-
nica: Se han hecho observaciones de miem-
bro fantasma en hemipléjicos (observación
de Pineas); miembros fantasmas en síndro-
mes tálamo-hipotalámicos (observaciones de
Van Bogaert). Pertenecen a este grupo de
fenómenos las observaciones originales de



- A.—Lesión en el caso de Lange, con agnosia de dedos.
B.—Sitio de un quiste en un caso de Acalcutia (Hermann).
C.—Sitio de un tumor con Apraxia reflexiva (caso de Poetzl).
D.—Sitio de una lesión que determinó la "algo-asi-bolia, caso de Schilder y Stengel.
E.—El Triángulo, indica el sitio de la lesión que determinó Anosognosia en dos casos de Poetzl; en ambos casos había también lesiones talámicas.
(Esquema obtenido del artículo de Paul Schilder: "Localization of Body Image (Postural Model of the Body)."

Anton y Babinski: en casos de lesiones cen-
trales, sujetos ciegos, o sordos, o paraliza-
dos, no se dan cuenta de estas alteraciones.
Parecería como si un cierto grupo de expe-
riencias estuvieran excluidas de su concien-
cia y como si estuviera amputada una par-
te de su vida psíquica.

Babinski, en 1914, en la Sociedad de
Neurología de París, presentó un enfermo
con hemiplejia izquierda. Hacía notar el
hecho de que el enfermo se quejaba de do-
lores del hombro correspondiente y al pare-
cer no presentaba graves perturbaciones de
la sensibilidad profunda. Se daba cuenta,
aunque no enteramente, de los movimientos

pasivos y de las posiciones impuestas en
otras partes del cuerpo; no utilizaba el lado
lesionado y se comportaba como si lo lado
rarse. Babinski propuso llamar a este fenó-
meno ANOSOGNOSIA y llamar ANOSODIA-
FORIA al hecho de que el sujeto, frente a su
padecimiento, no le confiera importancia,
considerando su hemiplejia casi como una
enfermedad insignificante.

En 1918 Babinski, en otra reunión de la
misma Sociedad, completó su propio pensa-
miento sobre esta agnosia particular: "Es
de notar, dice, que estos enfermos presentan
anestesia con pérdida más o menos comple-
ta de la sensibilidad profunda y del sentido
de las posiciones. Es esta verosimilitud la
condición necesaria para el fenómeno, pero
no lo explica completamente. Existe, indudablemente, una particular perturbación psí-
quica que proviene probablemente de una
lesión cortical".

Pierre Marie, subrayó el interés de este
singular síndrome y concluye que "el indi-
viduo afectado por una lesión cerebral, cor-
tical o subcortical, suficientemente extensa
para determinar la abolición de la función
sensitivo-sensorial de la parte correspondien-
te del cerebro, no tiene absolutamente nin-
guna idea de la existencia de la mitad hemi-
pléjica o de la ceguera de una mitad de su
campo visual".

Por tener una similitud sorprendente nues-
tra observación relatada de hemianosogno-
sia precisamente izquierda, con escasas alte-
raciones de la sensibilidad superficial, y co-
existir con algunos síntomas talámicos, me
parece pertinente relacionarla con esta ob-
servación princeps de Babinski, de la que
surgió su concepto clínico de las anosogno-
sias. Señalo que los fenómenos que llama-
ron nuestra atención, por haber ya desapa-
recido la hemiparesia propiamente, fueron
los profundos errores cometidos en la utili-
zación adecuada de sus segmentos izquier-
dos, para la adecuada integración de toda
actividad relacionada con el acto de vestir-
se, consecuencia de una electiva alteración:
la ignorancia o el desconocimiento de su mi-
tad izquierda, mostrando agnosia y falta del
sentimiento de pertenencia de esta parte de
su cuerpo, así como la creencia momentá-
nea de que su mano izquierda correspondía
a una persona extraña.

El caso nuestro muestra, por la circuns-
tancia de haber sido observado el fenóme-
no de la anosognosia a través del descuido
de la enferma en su vestir, así como de las

dificultades para lograr confundirse en su ropa, cómo la alteración parcial del esquema corporal altera profundamente la relación del YO físico con el espacio, provocándose una especie de confusión dispráxica al pretender relacionar objetos (vestidos), ajustar segmentos de su vestido a partes corporales cuya ubicación y aún existencia se ignoran. Lhermitte y Trelles, estudiando los defectos apráxicos derivados de las alteraciones del esquema corporal, concluyen que toda alteración total o parcial de la conciencia que nosotros tenemos de nuestro cuerpo va seguida de una profunda alteración de toda acción, la cual no puede ser sino inútil e incoherente. Se concibe así en último análisis, según estos autores, que la desorganización del pensamiento espacial y la disolución del esquema corporal asumen un gran valor psicofisiológico en la interpretación de la apraxia, y en particular de la apraxia pura constructiva de Popelreuter.

Las alteraciones del esquema corporal pueden ocurrir en planos más altos de las disoluciones funcionales, apareciendo como meras proyecciones de imágenes distorsionadas del esquema corporal, en padecimientos psíquicos diversos, funcionales u orgánicos. Podemos, para acortar su enumeración, concretarnos a los fenómenos llamados de autoscopia o alucinaciones en espejo, en las que el sujeto "ve" proyectar su propio yo, exteriorizando su propia imagen y encontrándose en condiciones de sentirse expectador de ella: un sujeto con un estado global confusional, en su delirio asiste a su propio entierro "viendo cómo se le coloca en su propio ataúd y asistiendo a sus funerales". Otro sujeto, con ligero estado febril, va andando al borde de una banqueta: repentinamente su doble, una imagen exacta a la suya, incorpórea, trata de acercarse a él y para no encontrarse con ella, se baja de la banqueta y en el momento en que se voltea para cerciorarse, la imagen ficticia desaparece. Nosotros construimos la imagen de nuestro yo a través del recuerdo de la imagen visual, en parte directa, por la percepción de nuestros segmentos corporales accesibles a nuestra vista, en parte indirecta, obtenida por medio del espejo o de la fotografía, para otros segmentos y porciones del cuerpo: la proyección psicológica del esquema tiene el parecido de una percepción en el espejo.

En nuestras observaciones sobre las secuelas psicóticas de la encefalitis epidémica (Tesis de J. L. Patiño, 1941), señalamos en la observación las alteraciones del esquema

corporal en una encefalítica, en la que en estado onírico, sentía que su otro yo se desprendía de su yo físico y salía a vagar por diferentes planos astrales, con extraordinaria capacidad de ubicuidad atravesando paredes y espacios infinitos, para llegar a planetas desconocidos. Asimismo sentía cómo este yo astral volvía y se incorporaba a su yo verdadero, con lo que ella sentía un gran sentido de seguridad y de integridad. Lhermitte tiene observaciones semejantes relacionadas con encefalitis.

Otros estados más sutiles que pueden ocurrir en casos de neurosis, estados subjetivos como la despersonalización y el desdoblamiento de la personalidad pueden depender de la disolución en un plazo psicológico, del concepto de integralidad del yo y lo que podríamos considerar como el superconcepto de su existencia: el sujeto con un estado de despersonalización, tiene un sentimiento de extrañeza de su propio yo, llegando y externa expresiones como ésta de que "yo no soy yo", manifestando así la desarticulación de un estado de conciencia subjetiva con las impresiones sentidas como extrañas del yo real. Otras veces la despersonalización sólo se traduce por un estado de extrañeza del ambiente, quizá por la incapacidad de una incorporación de las experiencias externas al concepto integral de la personalidad. Las alteraciones psicológicas del esquema corporal, por fin, constituyen la base de la apreciación subjetiva de muchos estados neuróticos disociativos.

En algunos estados de intoxicación con el alcohol, la marihuana, la mezcalina o el peyotl, se han hecho ya numerosas observaciones en las que ocurren experiencias relacionadas con las alteraciones y proyección del esquema corporal. Estas experiencias relacionadas con perturbaciones del yo, de su esquema corporal, representan solamente un aspecto quizá más psicológico que fisiológico en la disolución de una misma función, que unas veces aparece más neurológica por gruesa y otras más psicológica por sutil, pero que no son en el fondo diferentes, sino que su organización se hace, como explica Jackson, en diferentes niveles de integración psicofuncional.

Por último, para hacer útil el concepto de esquema corporal y aprovecharlo dentro de la clínica en cuanto a sus alteraciones gruesas del tipo de la anosognosia, vamos sólo a considerar las relaciones del síntoma con la distribución topográfica de las lesiones: Todos los autores que han podido verifi-

car sus observaciones clínicas con estudios de autopsia, han comprobado en su mayor parte lesiones al nivel del lóbulo parietal, especialmente en las circunvoluciones segunda parietal, en el pliegue curvo o grus angular, en el gyrus supramarginalis y el surco interparietal. Refiriéndose a campos citoarquitectónicos, Schilder comprueba lesiones en los campos 39 y 40 de Broadman y en el 19, o sea la región de enlace occipito parietal. Aclara que la imagen corporal no está localizada en dichas partes, pero que se desarrolla como una función que depende de estas estructuras. Los casos gruesos de anosognosia, corresponden a lesiones del lóbulo parietal, segunda circunvolución, así como a alteraciones subcorticales de fibras tálamo-parietales y aún a lesiones en el tálamo mismo. Así se explican algunas alteraciones subjetivas de la sensibilidad: dolores, ardores, sensación de quemadura, cambio de volumen del segmento, que son más frecuentemente experiencias subjetivas talámicas más que corticales.

RESUMEN :

Hemos presentado una observación clínica, relacionada con un caso de hemianosognosia, en la que habían alteraciones dependientes del desconocimiento por la enferma de su lado izquierdo; se señalan los defectos apráxicos y la conducta de dispraxia confusional cuando la enferma preten-

día vestirse. Se señala la desarticulación del concepto de esquema corporal y de sentido espacial, alterándose la conexión espacio cuerpo, trayendo como consecuencia grandes errores apráxicos secundarios.

Se hace una revisión parcial del concepto de esquema corporal, de su desarrollo, de sus mecanismos; se revisan las causas periféricas y centrales que pueden alterar el concepto de esquema corporal. Se relacionan los estados anosognósicos gruesos, neurológicos, con alteraciones más sutiles, psicológicas propiamente, que ocurren en estados disociativos mentales, como en las neurosis, en las intoxicaciones, etc. Por último, se señalan los sitios más comunmente aceptados como centros funcionales importantes, cuya alteración trae como consecuencia la disolución del esquema corporal.

BIBLIOGRAFIA

- Localization of function in the Cerebral Cortex A. R. N. M. D. XIII. Localization of the Body Image. Paul Schilder Pág. 466.
- Sur L'Apraxie pure constructive; les troubles de la pensée spatiale et de la Somatognosie dans l'apraxie. J. L. L'hermitte et J. O. Trelles. L'Encephale No. 6 Junio de 1933 Pág. 413.
- L'Image du Moi Corporel et ses déformations pathologiques. Jean L'hermitte et E. Tchehrasi. L'Encephale No. 1 Enero de 1937 Pág. 1.
- Anosognosia and Autotopagnosia by Clarence W. Olsen and Carl Ruby Archives of Neurology and Psychiatry August 1941 pág 340.
- La Encefalitis letárgica y sus secuelas psicóticas. Tesis de Luis Patiño Rojas 1941 México, D. F. Anales Médico-Psicológicos. Julio 1937.

Sección de la Radiación Talamica Anterior en el Dolor Incoercible

(Lobotomía Pre-frontal Selectiva)

DR. MANUEL VELASCO SUAREZ.

Es indiscutible que la Lobotomía pre-frontal es recurso de gran utilidad en la lucha contra el dolor.

Ya en mi comunicación presentada en Lisboa con motivo del PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICO-CIRUGIA, establecía la distinción entre dolor real por causa física y dolor moral o pena mental y sufrimiento psíquico y ahora es de agregarse que la selectividad del corte sobre el lóbulo frontal deberá estar en relación con la complejidad del fenómeno doloroso.

Decía: "Si aceptamos que la inmensa mayoría de los pacientes víctimas de una condición dolorosa física intratable han sufrido tanto que temen constantemente y se vuelve fóbicos por el dolor, aceptaremos que hay un "mal mental doloroso", que se suma a la realidad física, que la amplifica y aún la deforma".

Que por otra parte si se trata de un paciente hábil mental, con una personalidad psicopática o neurótico, en quien se agrega un fenómeno doloroso real o causa tangible para el mismo, es de esperarse que su reacción al dolor sea más abultada y compleja. En cualquiera de las dos circunstancias; asegurada la realidad incontrolable del dolor, no será posible aún en el mejor de los casos, descontar del todo el "factor mental".

La experiencia nos ha enseñado que en todos los casos deberá hacerse una evaluación de ese "factor mental" y cuando este sea el principal o represente el terreno sobre el que se ha agregado la condición física causal del dolor, se hará sección de la Corona Radiada en los dos cuadrantes de cada lóbulo frontal, al nivel de la sutura coronal, alcanzando, no sólo elementos de la radiación talámica anterior; sino del Fasciculus Cingule, del Uncinatus, del Longitudinal Superior y algunas fibras Arcuatas. Si recordamos la disposición y sitio de las Areas Frontales en el mapa de Brodman, comprobaremos que habremos alcanzado fibras que se relacionan con las número 8, 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 Areas 24, 32 y 33 (Ver figuras 1, 2, 3). De estas muchas conciernen con los valores individuales de

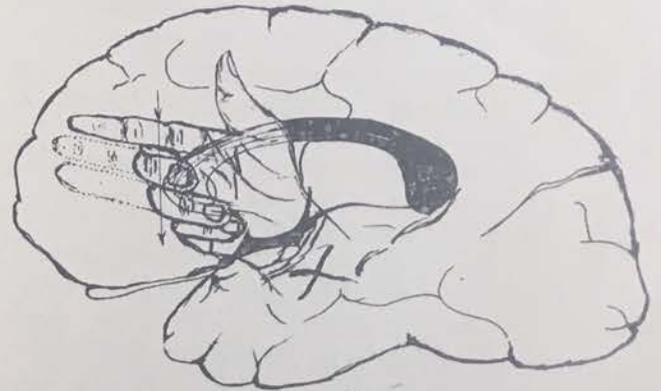


Fig. 1.—Representando el tálamo por el punto en X de la muñeca y la disposición de los dedos figurando la posible dirección de la radiación talámica anterior.

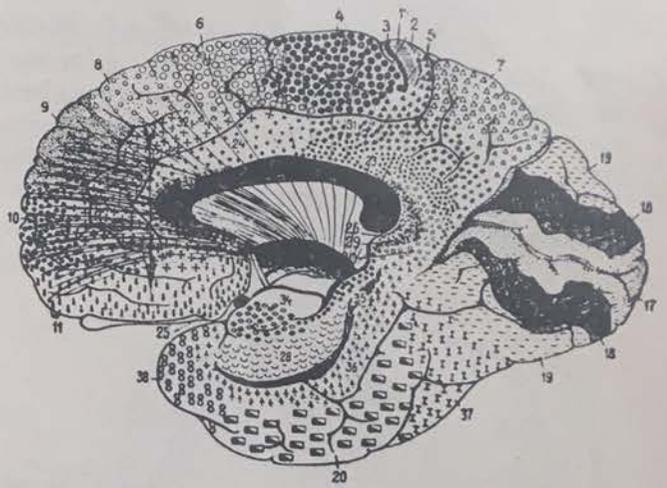


Fig. 2.—Nótese la riqueza plobable de conexiones Talamias para las áreas.

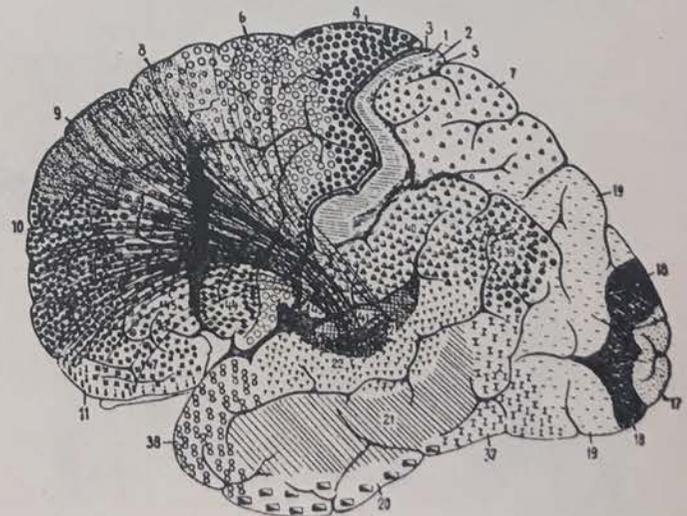
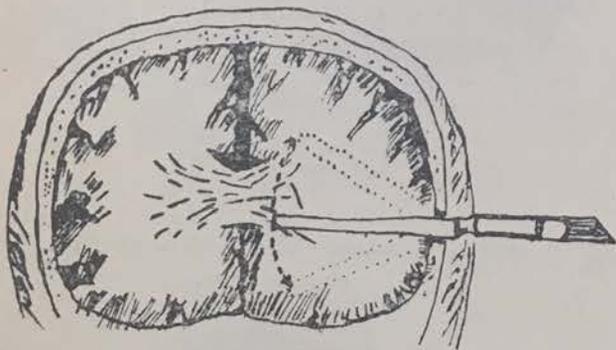


Fig. 3.—La flecha señala el pl. de corte.

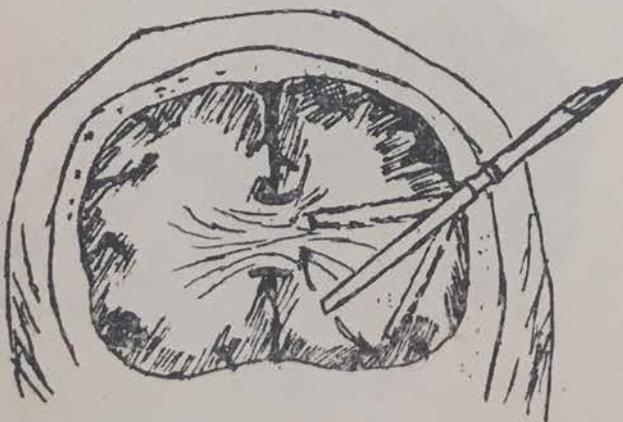
la personalidad y el temperamento, de ahí que los resultados operatorios contra el **dolor** sean dominados por los elementos de evolución común de nuestros lobotomizados por desórdenes mentales y esto ha dado lugar a que, se piense que se ha acabado con la iniciativa para la queja, ya que muchas veces el enfermo no hace mención de su dolor hasta que se le habla de él y que algún discreto y complejísimo problema de notimopsiquis se provoca, cuando por mucho preguntarle contesta **riendo** de la positiva presencia de su **pena dolorosa**.

Sin embargo todos estos elementos podrían mejor ser considerados como agregados por la poca selectividad del corte, que ha alcanzado no sólo la Radiación Talámica y fibras relacionadas con el área 9, que según Le Beau es la que más concierne con los mecanismos del dolor sino otros elementos que no sólo son de "recepción somática" sino de "asociación psico-emocional" aún no bien esclarecida.

Escogida la **Lobotomía pre-frontal clásica** para los casos señalados por su contenido de "mal mental" predominante y padecimiento físico, a veces no bien determinado, hemos preferido la Sección de la Radiación Talámica Anterior exclusivamente en el cuadrante inferior de ambos lóbulos pre-frontales,



A.—Lobotomía clásica Prefrontal.



B.—Sec. usada para trat. del dolor incoercible.

les, para los casos de dolor incoercible real por causa física, entrando medio centímetro atrás de la sutura coronal y a 7 cms. por encima del cigoma.

Con esta sección selectiva se alcanza mejor la Radiación Talámica Anterior cuando su abanico de fibras blancas aún no se abre completamente y los hacecillos externos empiezan a emerger (Recordando ilustración de Freeman) Ver figura 4.

Los resultados post-operatorios no van acompañados de gran inercia mental, la desorientación es mínima y muy transitoria, la memoria inmediata sólo presenta discreta disminución las primeras 48 ó 72 hs. La euforia y puerilidad son también muy fugaces y no hay modificaciones ostensibles del juicio ético, estético y práctico, ni cambios permanentes gruesos de la personalidad. Los pacientes no vuelven a quejarse del dolor y si bien es cierto que dicen tener alguna molestia cuando se inquiere mucho sobre el particular, no es cosa muy importante en su vida y la sobrellevan mejor que algunas novedades intercurrentes o absolutamente nuevas, como el dolor de una muela, en el caso de una enferma operada por cáncer de la pelvis.

Meditando sobre el mecanismo y acción de los vectores Tálamo Frontales y de su influencia en el análisis de la sensación dolorosa, creo que siendo el **Tálamo** el **centro receptor no discriminativo** de la sensación y el **tonificador afectivo de la misma**, que **necesita** de la **colaboración cortical** para que las sensaciones puedan ser valoradas y tener categoría (en el caso que nos ocupa, de dolor) resolvimos **seleccionar** cada vez mejor nuestro plano y profundidad de corte, tratando siempre de localizar mejor la radiación talámica del Núcleo Medio Dorsal, **sin poder asegurar** naturalmente que se estaría más seguro de los resultados alcanzando el mismo núcleo (Wicys) ya que tienen otras conexiones con núcleos ventrales y su degeneración no es completa por la sección de la Radiación Talámica Anterior (Jacobsen y Walker).

Es muy probable que con la sección bien limitada que hemos seleccionado se lesionen menos las conexiones intercorticales, es decir entre las áreas 9, 10 y 46 y sus vecinas, así como de hecho se respetan más sus conexiones lejanas en el mismo hemisferio (F. W. Walker. Miller) (de 10 a 44, de 9 y 10 a 4, de 9 a 10 a la región occipital y de la 46 a las áreas motrices y sensitivas y al respetar muchos elementos callosos, no interfiere

las conexiones con las zonas simétricas del hemisferio opuesto). Es casi seguro por otra parte que con este corte alcanzamos en forma más importante las conexiones del núcleo Tálamo-dorso-mediano con las áreas 9 y 10 principalmente, (Figuras 2 y 3) y con la 46 que quizás sea la conectada con aquellas fibras talámicas que se incurvan como los dedos de una mano en actitud de señalar con el dedo índice.

La relación cerebral de nuestra puntura de entrada cortical corresponde a la porción media inferior del área 9 y muy súpero-posterior de la 46. La extensión del corte es mucho menor que en la lobotomía clásica como ya hemos dicho y por ello el déficit residual, si lo hay (Fulton) es minimísimo y nunca hay incontinencia urinaria, aun cuando puede presentarse gran movilidad intestinal con hiperfagia que explica la diarrea sorprendente de algunos de nuestros operados por cáncer del colon o del recto en quienes ya se pensaba en colostomía por obstrucción y que desde la lobotomía no ha sido necesaria.

CUADRO DE RESULTADOS. (CASUÍSTICA).

Como puede apreciarse por el cuadro no ha ocurrido ninguna muerte por el procedimiento operatorio en sí mismo, a pesar de que las condiciones generales de los pacientes han sido muy pobres.

Los pacientes que han muerto, fallecieron sin dolor, días o años después de la intervención por causas intercurrentes.

En un caso no señalado se ha utilizado la Leucotomía Transorbitaria con resultados muy aleatorios.

En comunicaciones posteriores haremos comparación entre los resultados de la Lobotomía señalada y los obtenidos por la Tópectomía que empezamos a realizar.

Desafortunadamente no contamos en nuestra experiencia con ningún caso de "Síndrome Talámico Puro". El Prof. James B. Ayer de Harvard, en comunicación personal me refiere pobres resultados de la Lobotomía en un caso. Asimismo el Prof. James C. White me pone alerta respecto a las recidivas o recurrencias del dolor.

CONCLUSIONES

- 1.—La lobotomía pre-frontal es útil en la lucha contra el dolor incoercible.
- 2.—La sección parcial de la radiación

talámica anterior en el cuadrante inferior del lóbulo frontal es suficiente para aliviar el dolor. (Ver esquema Lobotomía selectiva).

3.—El punto y extensión del corte señalado permite alcanzar mejor el haz de radiación que conecta el tálamo con las áreas 10, 9 y 46, que quizá sean las que conciernen en forma más importante con los mecanismos del dolor. Ya Le Beau se atreve a decir que ejercen sobre el dolor el mismo control que las A. 6 y 8 sobre los esfínteres.

4.—La sección selectiva señalada no se acompaña de gran inercia mental, ni indiferencia, la memoria inmediata sólo se modifica fugazmente y nunca hay incontinencia urinaria. En algunas ocasiones suele ocurrir hipermovilidad intestinal que nos ha hecho recordar los trabajos de Watts y Fulton.

5.—La sección limitada al cuadrante inferior, (ver figuras) pero con punto de entrada en el área 9, permite obtener buenos resultados contra el dolor y muy discretas modificaciones de la personalidad. No hay elementos deficitarios importantes.

6.—En algunos de nuestros pacientes han ocurrido recidivas del dolor; la más temprana a los 7 meses y en otro a los 2 años 3 meses. El paciente que más tiempo tiene de operado por dolor es de 3 años, sin que haya habido recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Bush E.—Comunicación personal. Internacional Conference on Psychosurgery Lisboa. Aug. 48.
- De Gutiérrez Mahoney.—J. Neurosurgery.—1944 I. 156.
- Freeman and Watts.—("Psychosurgery"). Ch. C. Thomas.
- Freeman and Watts.—Retrograde Degeneration of the Thalamo following pre frontal Lobotomy Journal of comparative Neurology II-1-47. Vol. 86.
- Freeman and Watts.—Pain of organic Disease Relieved by pre frontal Lobotomy Proceedings of the Royal S. of Med. Vol. XXXIX. No. 8-46.
- Le Beau J.—La resection bilaterale de certaines aires corticales pre frontales. La Semaine des Hopitaux de Paris. No. Co. 48.
- Moniz Egas et Almeida Lima.—Simptomes du Lobe pre frontal Rev. Neurol 36-403.
- Olivecrona H.—Comunicación personal.
- Robles Clemente.—Comunicación personal. Soc. Med. Hosp. Gral. México.
- Watts and Fulton.—Intussusception the relation of the cerebral cortex. N. E. J. 34.
- Walker Earl.—The medial Thalamie Nucleus J. C. Neurol 40-73.
- Velasco Suárez.—Pre frontal Lobotomy in mental and incoercible pain. Internacional conference on Psychosurgery Lisboa. Aug -3.7-48.

CUADRO DE RESULTADOS

PACIENTE PADECIMIENTO.	RESULTADOS INMEDIATOS	EVOLUCION INMEDIATA.	RECURRENCIAS TIEMPO DESPUES.	MUERTES En el post-operatorio inmediato	Subsiguiente
B M P	B M P	Continuó siendo satisfactoria.	No.	A los 14 meses sin dolor.	A los 16 días sin dolor.
A. P. B. 48 años. Cáncer pelviano. Rescuidiva posthisterectomía. F.	B	Continuó siendo satisfactoria.	No.	A los 14 meses sin dolor.	
G. A. —45 años cáncer uterino con invasión total de parametrio y vagina. F.	B	Satisfactoria.		A los 16 días sin dolor.	
A. C. —36 años Tabes dorsal. F.	B	Satisfactoria 3 años.	No.		
A. L. —32 años dolor fantasma post-amputación. F.	B	Medicantemente satisfactoria.	Sí a los 2 años 3 meses.		
S. L. 34 años Cefalea indeterminada con nelementos psicastenoides. F.	B	Medianamente satisfactoria hasta hoy.	Ocasionales molestias desde los 18 meses siguientes.		
A. C. —50 años Carcinoma próstático y metástasis de invasión sacra con elementos de compresión sobre cauda equina.—Neuro-lues.	B	Satisfactoria.	No.	A los 3 meses sin dolor.	
P. M. —49 años Gangrena seca (Buerger) dolores terebrantes que no se modifican por la amputación. M.	M	Satisfactoria 1 año 9 meses.		2 semanas sin dolor.	

S. B. —28 años Dolor post-traumático del hombro. Con recaídas ocasionales. Satisfactoria 1 año 9 meses. M.

—43 años Cefalea indetermina- B
n elementos de psicalgia. F.

Medianamente satis- No en 1 año.
factoria.

—42 años Radiculitis muy ex- B
de etiología indeterminada. Ar-
Operada varias veces en Cu-
ra ampliar los agujeros de con-
ón y exploración. F.

Medianamente satis- Si en 7 meses.
factoria.

—50 años Carcinoma del recto B
avanzado. M.

Satisfactoria. No.

3 meses sin
dolor.

—68 años Carcinoma intratorá- B
recidivante post-histerectomía. F.

Ya estando alerta al
cuarto día por obs-
trucción bronquial.

A.—40 años Carcinoma recidivan- B
el seno. F.

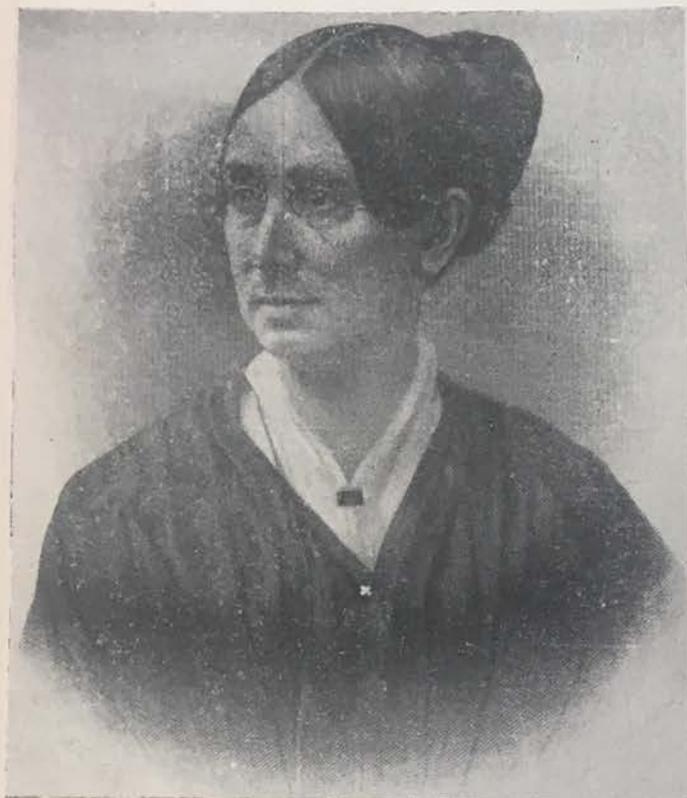
Satisfactoria. No en 2 años.

V. F.—66 años Dolor fantasma M
amputación y radiculitis muy se-
post-inyección de alcohol. Ca-
ttico. M.

Después de 5 días
(cuadro consuntivo).

Dorothea Lynde Dix

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.



Retrato tomado del libro "Vida de DOROTHEA LYND. DE DIX", por Francis Tiffany. Houghton Mifflin Co. Boston and New York. 1890.

Dorothea Lynde Dix fué una extraordinaria mujer que en los Estados Unidos de Norteamérica se proclamó en favor de los enfermos mentales, para mejorar sus condiciones sociales y de asistencia médica.

A grandes rasgos voy a exponer lo más saliente de la personalidad de esta ilustre matrona, quien para algunos psiquiatras de Latinoamérica es poco conocida, pues aquellos que deseen tener mayores referencias sobre su biografía, pueden consultar en los libros y artículos que a ella se han dedicado.*

*"Life of Dorothea Lynde Dix", por Francis Tiffany. Houghton Mifflin Co. 1890.

Dorothea Dix: Forgotten Samaritan", by Helen E. Marshall (1937).

"The Mentally Ill in America" por Alberto Deutsch. Doubleday, Doran New York, 1937.

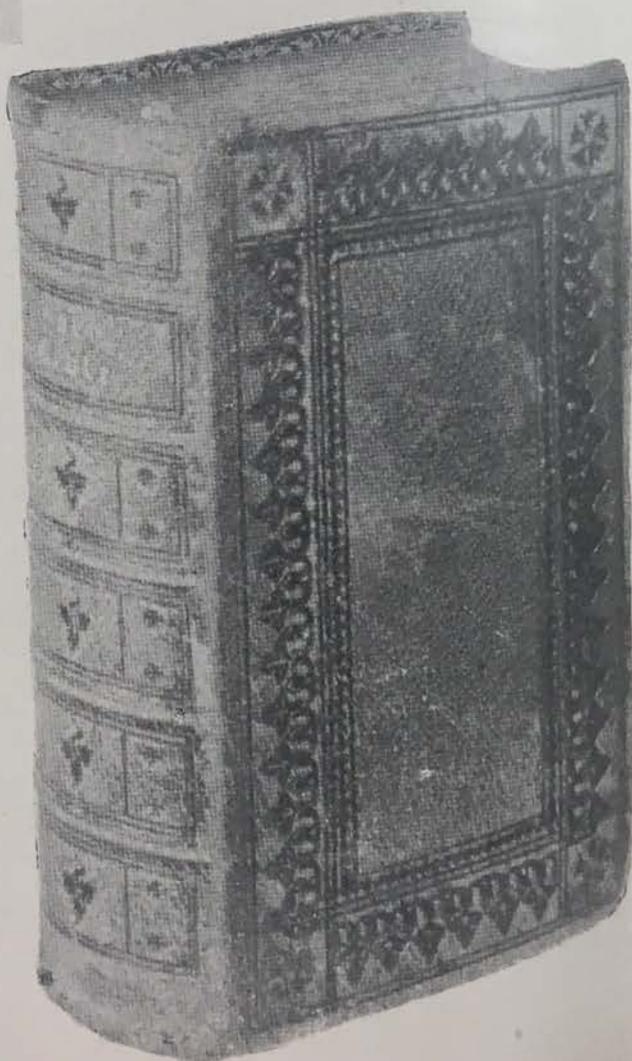
"A Woman Bedevils The Politicians" en el libro "Men Against Madness", por Lowell S. Selling M. D. Greenberg. New York, 1940

"Dorothea Lynde Dix: a Note", por Winfred Overholser M. D. Ss. S. Bulletin of the History of Medicine, Vol. IX No. 2. Feb. 1941.

Miss Dix, originaria de Nueva Inglaterra, ejerció el magisterio hasta el año de 1841 en que cansada por el trabajo y delicada de salud, refieren sus biógrafos, se retiró de la profesión. Sin embargo, poco tiempo estuvo inactiva, pues algo más tarde y por espacio de 40 años, se dedicó a una vida intensísima; viajó por los Estados Unidos, Nueva Founland y las Islas Británicas, investigando las condiciones físicas y legales en que se encontraban los pacientes mentales en esas épocas. Desgraciadamente los pobres enfermos reclusos, estaban confinados en cárceles y mazmorras, como durante tantos años se tuvo a estos pacientes, pésimamente tratados, mucho peor que a criminales y bestias, con las ideas supersticiosas de esos tiempos.

Miss Dix empezó a hacer gestiones ante los gobiernos generales y locales y bajo su

Biblia que perteneció a Dorothea Dix.





Mesa en la que escribió sus memorias y cartas.

actitud enérgica y filantrópica se fundaron y ampliaron con grandes mejoras, 32 hospitales para enfermos psíquicos. Interesó al Estado y se proclamaron leyes para proteger a los vesánicos, así como disposiciones para su conveniente atención hospitalaria.

Entre las instituciones que fundó, está el antiguo "Gohvernment Hospital for the Insane" en Washington (Hospital del Gobierno para Enajenados), al cual desde el año de 1916 se le cambió el nombre por "Saint Elizabeth's Hospital" (Hospital de Santa Isabel). Por este hospital tuvo particular cariño; fué amiga de los dos primeros directores, los doctores Charles H. Nichols y W. W. Goding, el primero de los cuales la consideró como "la mujer más distinguida y útil que América ha dado".

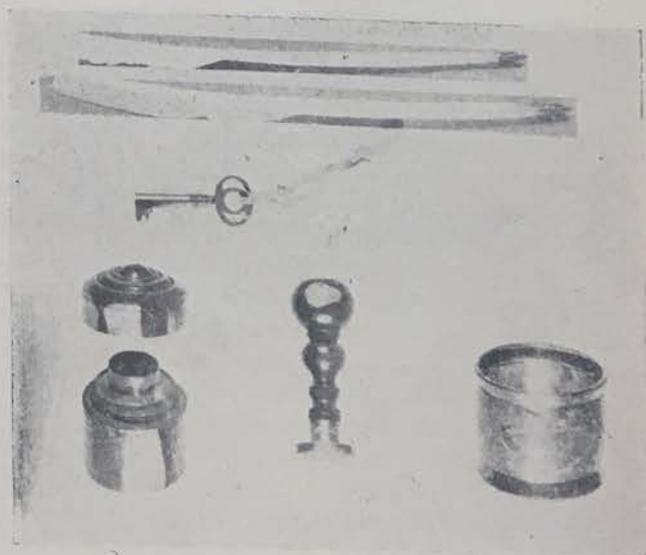
En su constante viajar, iba con frecuencia a Santa Isabel donde se le tenía una habitación permanente en el tercer piso del Edificio Central, que aún se conserva y lleva el nombre de "Miss Dix's room" (habitación de Miss Dix).

Durante la Guerra Civil que ensangrentó al país vecino, con gran abnegación y sacrificio sirvió como Jefe de Enfermeras, atendiendo a centenares de heridos.

Gracias a la gentileza de mi gran amigo el actual Director del Hospital de Santa Isabel, Dr. Winfred Overholser, he visitado en varias ocasiones la habitación que ocupaba Miss Dix y en la cual tanto pensó y escribió para beneficiar a los enajenados y además he podido contemplar y tener entre mis manos algunos de los objetos que le pertenecieron, los cuales se guardan como veneradas reliquias y que parece que aún están en uso por su insigne propietaria: su biblia (Fig. 2) con forro de piel labrada, que tiene huellas de haber sido muy leída. Por el reverso de la portada lleva las iniciales D.L.D.; la mesa de nogal (Fig. 3) sobre la cual escribió muchos artículos y documentos, pero particularmente la Ley en que se creaba ese Hospital. Dicha mesa tiene una placa que dice: "Presented by Miss D. L. Dix. 1887"; sus plumas, tintero, sello, porta servilleta y llave del escritorio (Fig. 4) que se encuentran casi intactos.

Después de una intensa y provechosa actividad, Miss Dix cayó enferma y por seis años estuvo inválida y reclusa en el Hospital de Trenton que ella fundó en el Estado de Nueva Jersey, donde se le tuvo hasta su muerte en 1887, a los 85 años de edad.

"Entre aquellos a quienes se debe considerar como benefactores de los enfermos mentales, dice Overholser, está Dorothea Dix, cuyo nombre ha de sumarse a esos escasos pero grandes humanitarios tales como "Pinel, Tuke, Conolly y Beers".



Sus plumas, tintero, sello porta servilleta y llave del escritorio.

La reproducción de estos grabados ha sido posible

por galantería del Dr. WINFRED OVERHOLSER.

REVISTAS

ASPECTOS SOMATICOS DE SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD. (Somatic Aspects of Mental Health and Disease). Derec Richter. British Medical Bulletin. Vol. 6. Núm 1-2. 1949 (Pág. 44-48).

El artículo trata el tema de la relación que existe entre el estado mental y las estructuras anatómicas influenciadas, por éste, considerándoles como un todo que trabaja simultáneamente y en el cual, cualquier alteración de alguno de los factores da ocasión a una disfunción, que posteriormente puede originar el establecimiento de un círculo vicioso en el sistema mente-cuerpo que no permite deslindar cuál es la causa y cuál el efecto.

La intensidad de la reacción de la psiquis a un estímulo determinado varía en razón directa de la personalidad, la que está en franca relación con el tipo constitucional.

La emoción se encuentra asociada a cambios que pueden afectar la presión arterial, la frecuencia del pulso, las secreciones glandulares, el nivel de glucosa sanguínea, cambios en los capilares sanguíneos, folículos pilosos y glándulas sudoríparas de la piel; en el cerebro es importante señalar la interacción de la corteza y el hipotálamo durante la emoción; alteraciones metabólicas, además de variaciones en la actividad bioeléctrica cortical consistentes en disminución de ondas alpha y aumento de ondas rápidas.

Las alteraciones metabólicas agudas o crónicas influyen en el estado mental, en diferentes proporciones dando una reacción que no es específica y que oscila desde la disminución de las funciones cerebrales superiores hasta la inconciencia.

Factores somáticos en la epilepsia.—Es sugerente la naturaleza metabólica en los disturbios en la epilepsia idiopática y las psicosis epilépticas, tomando en consideración que la acidosis y sedación las previenen, y la hidratación, alcalosis, hipoglicemia, y estimulación las precipitan. Los factores bioquímicos determinantes de la irritabilidad cerebral no son aún conocidos pero han sido reportados disturbios metabólicos en relación con el ácido glutámico; ácido láctico, colesteroesterasa y nitrógeno.

Factores somáticos en la esquizofrenia.—No es posible determinar un cambio somático específico en la esquizofrenia, pero sí es patente que existen alteraciones a nivel del hipotálamo y tal vez en el aparato vestibular. Se aprecian alteraciones de las funciones endócrinas, secundarias o un primer desorden cerebral que afecta el sistema neuro-endócrino. El metabolismo del nitrógeno y otras funciones metabólicas también sufren alteraciones.

R. D. A.

TUMORES METASTASICOS CEREBELOSOS (Metastasizing Cerebellar Tumors). Robert P. Barden y Fre-

deric H. Lewey. Journal of Neurosurgery. November 1949.

Se presentan tres casos clínicos:

Los tumores cerebelosos que se asocian con tumores similares fuera del S. N. C. son raros pero se presentan. A pesar de presentar el cuadro histológico de meduloblastomas es posible que en realidad se trate de neuroblastomas. Los pacientes con evidencia clínica de un tumor cerebeloso, en especial los que están en la segunda y tercera década de la vida debieran ser estudiados radiológicamente del tórax, esqueleto y vías urinarias para determinar la presencia de metástasis fuera del sistema nervioso. La dificultad existente para la distinción entre algunos casos de neuroblastoma y otros de meduloblastoma es análoga en lo que respecta a la diferenciación entre neuroblastoma y tumor de Ewings. Una sobrevida inesperadamente larga en un paciente con un tumor cerebeloso semejando un meduloblastoma y tratado con roentgenoterapia intensa, sugiere que pudiera tratarse de un neuroblastoma que ha madurado y frenado su crecimiento.

C. F. G.

ANEURISMAS ARTERIOVENOSOS EN EL CEREBRO. (Arteriovenous Aneurysms of the Brain). Norlen Gosta. Neurosurgical Clinic. Serafimerlasarettet, Stockholm, Suecia.

La opinión acerca del tratamiento de los aneurismas arteriovenosos del cerebro ha cambiado radicalmente en el transcurso de los últimos 20 años. Cushing y Bailey, y Dandy consideraban estas lesiones prácticamente inoperables y recomendaban la descompresión y Roentgenoterapia.

Bergstrand, Olivecrona and Tonnis, en su monografía de 1936 sobre malformaciones angiomasos y tumores del cerebro, reportan 5 casos en los cuales fueron extirpados completamente y con éxito, los aneurismas.

En este trabajo se presentan 10 casos de extirpación total de aneurismas arteriovenosos. En 9 de los casos se realizó un estudio angiográfico cerebral después de la operación, obteniéndose datos de interés sobre el aspecto de la circulación cerebral después de la extirpación de un aneurisma; se observó que los vasos ajenos a la formación del aneurisma, (con defectos de llenado), recuperan su tamaño y aspecto normal después de la extirpación del aneurisma arteriovenoso.

C. F. G.

POLIOMIELITIS AGUDA. RELACION ENTRE ACTIVIDAD FISICA AL PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD Y SU CURSO. (Acute Poliomyelitis. Relation of Physical Activity. Relation of Physical Activity at the Time of Onset to the Course of the Disease). Dorothy M. Horsmann, New Haven, Conn. Jour. Am. Med. Ass. Vol. 142. No. 4. Enero 1950 (Pág. 236).

La autora hace un estudio estadístico tratando de hallar si existe mayor incidencia o severidad de las parálisis en los enfermos que han tenido diversos grados de actividad física en el período prodrómico o los primeros días de instalación de la enfermedad. Su estudio comprende también la influencia de los traumatismos sobre estos mismos aspectos. Cita a Levinson y asociados que estudiaron experimentalmente el efecto de la fatiga, los enfriamientos y el trauma mecánico durante el período de instalación en la resistencia de los monos rhesus a la poliomielititis. Hallaron que la incidencia y severidad de la parálisis era mayor en los monos sujetos a ejercicio agotante o enfriamientos, que en los monos usados como controles; no demostraron ninguna correlación entre los traumatismos de uno o más miembros y la incidencia o sitio de la parálisis. Russell en Inglaterra hizo un enfoque estadístico de este problema usando como material 100 casos habidos en la epidemia de poliomielititis de su país en 1947. Mostró que un gran por ciento de enfermos con parálisis severa o moderada daban historia de haber continuado su actividad física después de la instalación de sus síntomas y correlativamente, aquellos sin parálisis o muy moderada dieron historia de reposo o haber guardado cama.

La autora utiliza como material los casos ocurridos en tres distintos lugares de E. U. durante la epidemia de 1948: 187 casos en North-Carolina, 208 del Condado de Los Angeles y 16 casos adicionales de la ciudad de Nueva York, en total 411 casos. La mayoría de las historias clínicas se tomaron con los enfermos hospitalizados, algunas del grupo no parálítico se tomaron en sus domicilios. Presenta 13 tablas con análisis de datos, llevados estadísticamente. Los análisis demostraron:

1o.—Cuando la actividad física se realizó en la 1a. fase o ANTES de la instalación de la 2a. fase de la enfermedad no hubo relación con el desarrollo o la severidad de la parálisis.

2o.—Cuando la actividad física se realizó después de la 2a. fase de la enfermedad, hubo un aumento significativo en la incidencia y severidad de la parálisis subsecuente.

3o.—Correspondientemente, un por ciento significativamente mayor de enfermos sin parálisis que los que la tenían dieron una historia de reposo en cama o actividad mínima durante la 2a. fase de la enfermedad.

C. L. E.

EL ENFERMO CON FATIGA Y NERVIOSIDAD. (Patient with Fatigue and Nervousness). Dkight L. Wilbur. Jour. Am. Med. Ass. Dic. 24, 49 Vol. 141. No. 17. (Pág. 1199).

Los enfermos con fatiga crónica y nerviosidad constituyen un problema diario para el médico general. Se piensa que entre uno a dos tercios de los enfermos que buscan ayuda del médico presentan pro-

blemas emocionales o son definitivamente neuróticos. De la serie de Allan y Kaufman, entre 1000 casos de medicina general 134 presentaban desórdenes conjuntamente físicos y mentales. La popularización del término "psicosomáticos" ha hecho que se comprenda en un grupo a todos estos trastornos y que se enfoquen y estudien unitariamente.

Han sido usados una gran variedad de términos para designar a este grupo de enfermos: agotamiento nervioso crónico, astenia de varias clases, psico-neurosis, nerviosidad benigna, inferioridad o inadaptación constitucionales, desorden funcional, estado de ansiedad, depresión y "relacionado con locura". Fundamentalmente, Whitehorn considera que dichos pacientes pueden ser clasificados como que padecen un estado de tensión o de fatiga. El diagnóstico de estos estados debe hacerse por reconocimiento de los síntomas que le son propios y no por una tediosa exclusión de diagnósticos de otras enfermedades orgánicas.

El autor considera 3 puntos básicos en su manejo: 1o. Convencer al enfermo del diagnóstico verdadero; 2o. Mejorar o suprimir sus síntomas; y 3o. Mantenerlo sin síntomas y prevenir que regresen. Todo el problema supone manejar el arte de la Medicina e implica, de parte del médico, un estudio cuidadoso del enfermo y el empleo razonable de psicoterapia y sentido común.

C. L. E.

MELANCOLIA. ESTUDIO CLINICO DE 50 CASOS SELECCIONADOS. (Melancholia. Clinical Study of Fifty Selected Cases). Theodore T. Stone and Cullen Barris. Chicago, Ill. Jour. Am. Med. Ass. Vol. 3. Enero, 50. (Pág. 165).

Uno de los autores halló, cuando empezó a usar el electro-choque en varias formas de enfermedades mentales que la melancolía no era reconocida o se la diagnosticaba tardíamente en gran número de casos. Algunos de estos enfermos eran tratados por condiciones tales como diabetes mellitus, hipertensión, síndrome menopáusico, arteriosclerosis, neuritis, fatiga, coquexia, enfermedad del tiroides, enfermedad crónica de la vesícula biliar, úlcera gástrica crónica o péptica, brucelosis o anemia. Aún cuando en algunos de estos enfermos había presión arterial alta, azúcar en la orina o signos de la menopausia, el diagnóstico de melancolía se hizo tardíamente en la enfermedad. El tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el reconocimiento correcto de la enfermedad varió entre 3 y 36 meses. Esta falla se halló sólo ocasionalmente en los casos de la forma cíclica de la psicosis maniaco-depresiva, pero casi siempre en la melancolía en la edad adulta. En las mujeres la depresión estaba asociada u ocurría durante o después de la menopausia, en el hombre la condición aparecía en la 4a. o 5a. década.

Siendo este un tipo de enfermedad mental que responde tan bien a la terapia del electro-choque

en su estadio inicial, todo médico general debe estar al tanto de los síntomas iniciales para reconocer esta condición más fácil y frecuentemente. Los errores de diagnóstico en las ciclotimias son raros porque estos enfermos han tenido ataques o episodios previos.

Los síntomas tempranos de la melancolía son tan definidos y sugestivos que un médico alerta debe hacer el diagnóstico sin dificultades. Uno de los autores ha hallado en su experiencia estas quejas: insomnio, anorexia, pérdida de peso y nerviosidad o agitación. Cuando estas quejas se hallan en una mujer en la 4a. década o la parte de la 5a. debe considerarse a la melancolía en el diagnóstico diferencial.

Los autores seleccionaron 50 casos de estas condiciones (melancolía, depresión mental o depresión psiconeurótica) y los trataron con electro-choques. Hacen relato pormenorizado de los casos. Hubo curación o mejoría en 48 casos.

C. L. E.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE PSICOTECNICA".— Esta importantísima Revista cuyo primer número apareció en septiembre de 1949, es una de las publicaciones de la Fundación Getulio Vargas de Río de Janeiro, Brasil. Su Director es Joao Carlos Vital, el Redactor Jefe, Prof. Emilio Mira y López distinguido psiquiatra español mundialmente conocido por sus importantísimos trabajos, y el Redactor Secretario, Walter de Toledo Piza. Está dedicada como su nombre lo indica a la Psicotécnica, y revela el adelanto que nuestra hermana República del Brasil tiene con respecto a la Psicología Experimental, la Orientación Profesional, la Psicología y la Psiquiatría. Trae interesantísimos artículos especialmente los dedicados al psicodiagnóstico miocinético y al psicodiagnóstico de Rorschach. Deseamos larga vida para esta importante publicación.

S. R. M.

NOTA SOBRE UNA PSICOPATIA CONFUSIONAL AGUDA MORTAL, LIGADA A GRANULIA TERMINAL DE UN PROCESO TUBERCULOSO EVOLUTIVO. (Note a propos d'une Psychopathie Confusionnelle Aigu Mortelle, Lie a Granulie Terminales d'un Processus Evolutif Tuberculeux) L. Singer Semaine des Hostiaux. Dic. 18 de 49. No. 93. Año 25 (Págs. 3897-3899).

Se hace el estudio de un paciente que tres semanas después de un episodio febril no diagnosticado, presentó trastorno mental consistente en confusión mental, en todo semejante al delirio alcohólico subagudo, que culminó con su muerte, sin signos meníngeos claros y cuya autopsia hizo relacionar exclusivamente con la generalización, en tuberculosis miliar, de un foco caseoso probablemente pulmonar.

Se considera que todas las psicosis confusionales agudas y subagudas, son de presentación clínica semejante y pueden confundirse, cuando los antecedentes son dudosos, con el alcoholismo subagudo y el delirium tremens.

Se hacen consideraciones sobre la patogenia de este estado confusional, tratando de esclarecerla desde un punto de vista psico-somático, invocando diversas teorías: a) las variaciones físico-químicas del bacilo, traducidas por sus cambios de virulencia, que produzcan toxinas capaces de precipitar el cuadro psicótico; pero se presenta la objeción, si estos cambios de virulencia son muy frecuentes porque los accidentes psicóticos son excepcionales? b) la existencia del bacilo neurotrofo, sin embargo se conoce que los virus neurotrofos no dan sino excepcionalmente trastornos mentales, sobre todo confusionales del tipo tóxico y además no todas las meningitis tuberculosas se acompañan de cuadros psicóticos. Se concluye, que por lo menos en este caso, el síndrome mental es sintomático de una encefalitis, por intolerancia cerebral individual, en la que el terreno del sujeto jugó un papel más importante que la causa aparentemente desencadenante.

En procesos tuberculosos menos severos pueden sobrevenir otros síndromes psicóticos, como la esquizofrenia en sus formas catatónicas o hebefrénica. Según este orden de ideas, se podría relacionar la etiología de la mayoría de las psicosis, en particular la esquizofrenia, con una tuberculosis atípica que en general no se manifiesta más durante la psicosis, serían éstas entonces secuelas psicopáticas de una lesión largo tiempo ha desaparecida en sujetos con terreno constitucionalmente predispuesto, pensando que la estructura del organismo es un todo de que el equilibrio mental es un aspecto.

M. C. Z.

LA EVOLUCION DE LA PSICOCIRUGIA. (L'Evolution de la Psycho-Chirurgie) Jacques Le Beau y Jean Pecker. La Semaine des Hospitaux. Dic. 22 de 49. No. 94. Año 25 (Págs. 3928-3935).

La psico-cirugía nacida en 1936, gracias a E. Moniz se ha desarrollado, justamente en estos últimos años, en el sentido de la lobotomía frontal bilateral, se exponen brevemente los principales pasos históricos. Se discuten las objeciones que se pueden hacer a la psico-cirugía, tanto técnicas como morales; se muestran las indicaciones, inconvenientes y objeciones a la lobotomía frontal bilateral se exponen la técnica y evolución en operaciones más limitadas: lobotomías parciales, secciones sub-corticales, talamotomía y sobre todo, topectomía. Finalmente se precisan las indicaciones de los diversos métodos.

Como conclusiones se destacan: a) Dos grupos de afecciones constituyen actualmente los objetivos de la psicocirugía. 1.—Las enfermedades mentales graves no reductibles por tratamiento médico durante algunos meses o un año. 2.—Los síndromes dolorosos rebeldes a todo otro tratamiento quirúrgico, sobre todo los que se acompañan de ansiedad o toxicomanía. b) La intervención a practicar varía según los casos: Lobotomía frontal bilateral y completa, en psicosis graves antiguas, de carácter "global", que puede ir precedida de un primer tiempo: la topectomía. Lobotomía unilateral en síndrome doloroso en ancianos cuyo estado general o vascular contraindique la topectomía. Intervenciones parciales, sobre todo las secciones subcorticales y la topectomía, en dolores y trastornos mentales menos globales, cuya localización y extensión serán precisados por una más larga experiencia.

Gracias a las intervenciones parciales, la psicocirugía conoce nuevas posibilidades: una cirugía más electiva, más fisiológica, cuya elección será en función de los síntomas y cuya realización se hará a través del estudio ulterior de los operados y del examen de las degeneraciones en las piezas

anatómicas precisando ciertas funciones de los lóbulos frontales y teniendo una mejor comprensión de los fenómenos de la vida psíquica.

M. C. Z.

EL COMPORTAMIENTO PSICO MOTOR DEL RECIEN NACIDO. (La Semaine des Hospitiaux. Dic. 22 de 40

Afirma el autor que el desarrollo de la inteligencia está inseparablemente ligado al del sistema nervioso. Los avances en el desarrollo psico-motor a partir del nacimiento, se hacen según un mismo orden en todos los individuos. Actualmente gracias a los trabajos de Gesell, se conocen las manifestaciones más elementales y precoces del comportamiento humano, tanto en el caso del recién nacido como del prematuro, por lo que es ahora posible valorar si esta fase psico-motora se desarrolla normalmente o no. Dicho conocimiento simplifica el diagnóstico de las alteraciones en esta edad, como por ejemplo, los frecuentes accidentes cerebro-meníngeos que se traducen esencialmente por cambios en la esfera psico-motora.

M. C. Z.

LIBROS

NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y NEUROCIRUGIA. Por el Dr. María Ramos Contreras. 512. Págs. 1949.

Primera obra completa que se edita en México sobre estas disciplinas médicas. Será de gran utilidad como libro de texto para estudiantes de medicina, de orientación para los médicos generales y para quienes se inician en estas disciplinas con propósitos especialización. Revela dedicación y esfuerzo por parte de su autor en un medio poco estimulante. Tiene además esta obra el mérito de ser concisa clara y cubrir debidamente todo el campo que abarca; la Propedéutica en Neurología y Psiquiatría, la Semiología, la descripción de las enfermedades del Sistema Nervioso Central y Periférico, la Psicopatología, el estudio de la Personalidad, la clasificación en Psiquiatría, los principales padecimientos mentales y Psicosomáticos. Cubre también la Terapéutica, Psiquiátrica y las principales técnicas neuroquirúrgicas. Es una obra que honra a su autor y a nuestras Escuelas de Medicina.

S. R. M.

HANDBOOK OF ELECTROENCEPHALOGRAPHY. Por Robert S. Ogilvie-Addison.—Wesley Press Inc. Cambridge, Mass. 1950.

Un manual de bolsillo, de gran utilidad para el práctico y para el médico que desee enterarse de la electro-encefalografía. Se inicia explicando en lo que consiste este método, su historia, la manera de montar un gabinete, la técnica en la colocación de los electrodos, el manejo de los aparatos y su descripción. Pero seguramente la parte más útil del libro es lo que se refiere a la obtención e interpretación de las gráficas, normales y patológicas y las condiciones clínicas en que debe emplearse. Termina con un apéndice sobre el empleo de la electricidad en electroencefalografía, el manejo de los aparatos portátiles y su construcción.

S. R. M.

COLABORADORES:

Dr. Edmundo Buentello.
Dr. Eutimio B. Calzado.
Dr. Manuel Camelo.
Dr. Juan Cárdenas.
Dr. Agustín Caso.
Dr. Guillermo Calderón.
Dr. Fernando Cesarman.
Dr. Guillermo Dávila G.
Dr. Rafael Delgado A.
Dr. Ramón de la Fuente M.
Dr. Fernando de la Cueva.
Dr. Efrén del Pozo.
Dr. Pascual del Roncal.
Dr. José Díaz.
Dr. Rogelio Díaz Guerrero.
Dr. Alfonso Domínguez Toledano.
Dr. Héctor Elizondo Infante.
Dr. Manuel Falcón.
Dr. Carlos Fernández.
Dr. Teodoro Flores C.
Dr. Abrahám Fortes.
Dr. Mario Fuentes Delgado.
Dr. Roberto Gamboa.
Dr. Javier Garciadiego.
Dr. Francisco Garza García.
Dr. Raúl González Enríquez.
Dr. Ignacio González Estavillo.
Dr. Francisco González Pineda.
Dr. Manuel Guevara Oropeza.
Dr. Hernando Guzmán West.

Dr. Germán Herrera.
Dr. Julio Hernández Peniche.
Dr. Augusto Lara Baqueiro.
Dr. Carlos López Elizondo.
Dr. Roberto Moulun.
Dr. Luis G. Murillo.
Dr. Dionisio G. Nieto.
Dr. Francisco Núñez Chávez.
Dr. Angel Ortiz Escudero.
Dr. Pedro Ortiz.
Dr. Wenceslao Orozco.
Dr. Carlos Pavón Abreu.
Dr. Jorge Pavón Abreu.
Dr. Héctor Prado Huante.
Dr. Samuel Ramírez Moreno.
Dr. Marín Ramos Contreras.
Dr. Mario Ramos.
Dr. Germán Riva C.
Dr. Ignacio Rivero B.
Dr. Mario Saucedo G.
Dr. Luis Saéñz Arroyo.
Dr. Manuel Sánchez Garibay.
Dr. Dionisio Sánchez Guerrero.
Dr. Mario Sanmiguel.
Dr. Jorge Silva García.
Dr. Roberto Solís Quiroga.
Dr. Jesús Siordia Gómez.
Dr. Oliverio Tijerina.
Dr. Jesús Urriza Gama.
Dr. Rubén Vasconcelos.
Dr. Manuel Velazco Suárez.
Dra. Ma. Concepción Zúñiga.

CONGRESO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA PARIS 1950

18-21 Septiembre

Secretario General

Rue Cabanis Hospital Sainte Anne Paris (14)

Los Laboratorios Lederle, S. A.

SE COMPLACEN EN OFRECER AL H. CUERPO MEDICO MEXICANO, EL
MAS RECIENTE ANTIBIOTICO DESCUBIERTO.

CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.
Reg. No. 34086 S. S. A.

PARA EL TRATAMIENTO DE:

- Fiebre de Malta.
- Fiebre Tifoidea.
 - Fiebre Paratifoidea A y B.
 - Tifus.
 - Rickettsiosis.
 - Linfogramuloma Venéreo.
 - Neumonía Atípica primaria.
 - Infecciones causadas por cocos
 - Gram-positivos. Penicilino resistentes (especialmente estafilococos).
 - Infecciones causadas por organismos coli-aerogenes.
 - Fiebre de Queensland.
 - Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica de 25 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica 25 mg.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

American Cyanamid Co.

30 Rockefeller Plaza. New York N. Y.

Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

Fray Servando Teresa de Mier No. 120
(Esquina con Isabel la Católica)

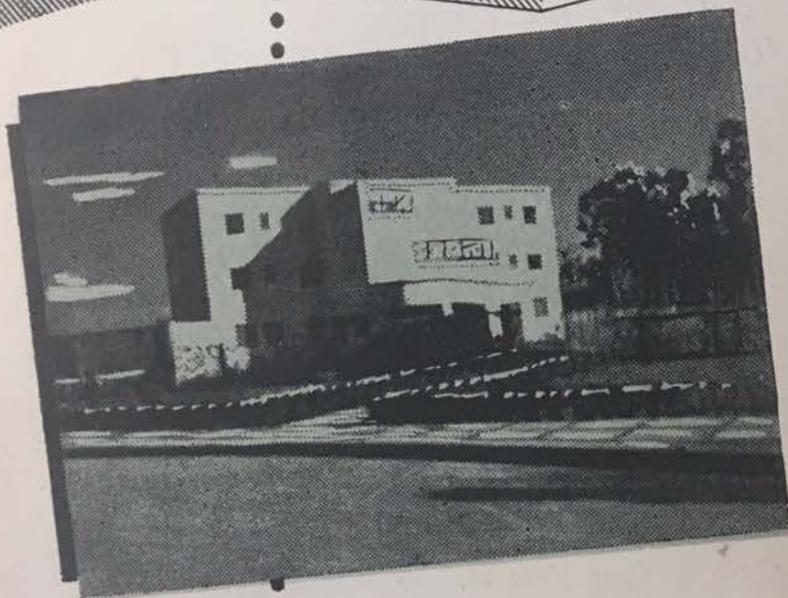
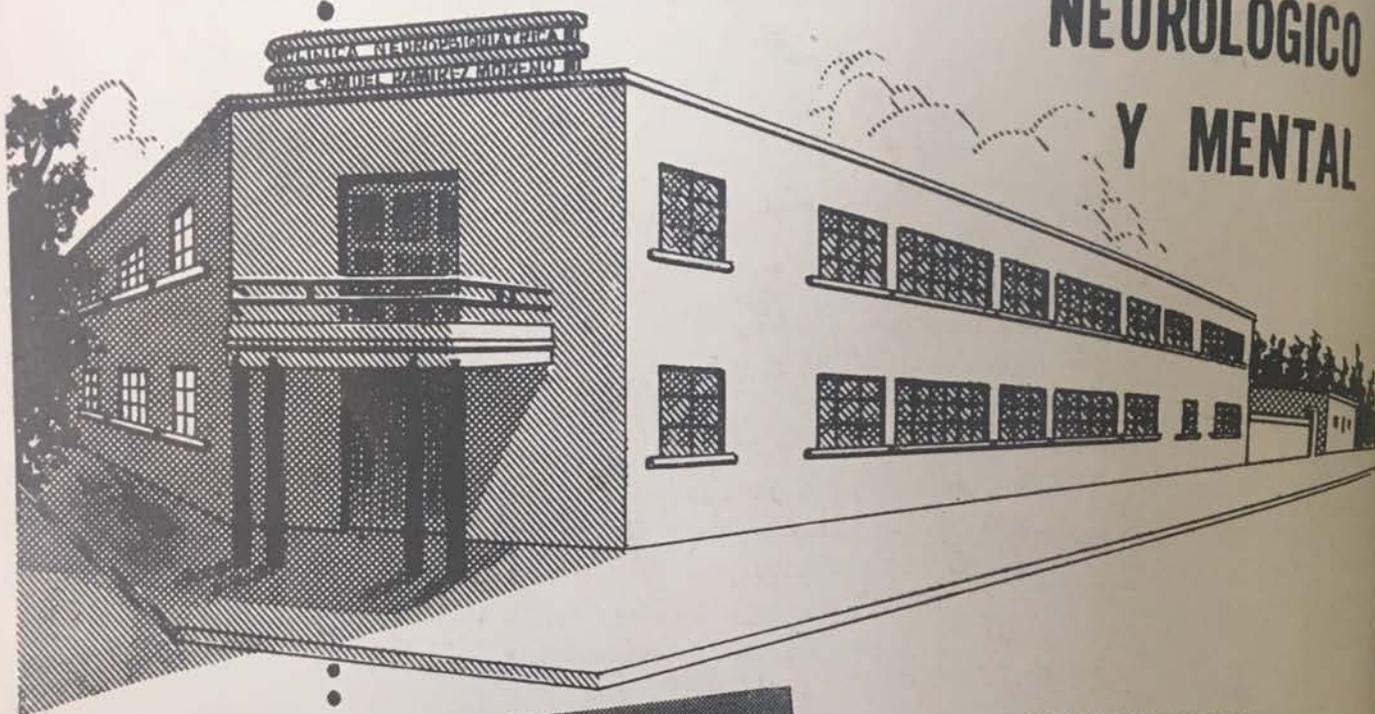
MEXICO, D. F.

Tels: 36-70-59 — 21-29-13 — 21-29-14.

DESDE 1931

Una institución al
servicio del enfermo

NEUROLOGICO
Y MENTAL



ADMINISTRACION:

GENOVA 39

TELS 35-72-30

14-20-62

SANATORIO:

CALZADA MEXICO 10

AYOTLA

TELS 23-59-59

32-06-50

CLINICA NEUROPSIQUIATRICA

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO