

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO :

HARVEY CUSHING.—*Por el Dr. Samuel Ramirez Moreno.*

NATURALEZA Y PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA.—*Por el Dr. Fernando de la Cueva.*

NUEVO PABELLON DE LA CLINICA NEUROPSIQUIATRICA "DOCTOR SAMUEL RAMIREZ MORENO".

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.—*Por el Prof. Dr. Hugo Lea-Plaza.*

REVISTA CLINICA.—*Por el Dr. Carlos Pavón A.*

NOTAS SINTETICAS.—*Por el Dr. Juan Peón del Valle.*



VOL. VII

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 38

1º DE JULIO DE 1940.

MEXICO, D. F.

Quimofarma
FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS
CALLE DE PUEBLA 402-A ERIC. 4-47-16
MEXICO, D. F.



BILUSAN

Registro D. S. P. No. 18373.

Novísimo preparado bismútico en solución acuosa.

Lipótropo. Prácticamente Atóxico.

De fácil absorción, segura eliminación.

Soluble tanto en medios alcalinos como ácidos.

Para inyecciones intramusculares e intravenosas.

Dosificación exacta. Aplicación indolora.

Para el tratamiento de Neuro-sífilis.

Aplíquese solo o en combinación con

NUCLEOPROTIN

Registro No. 17216 D. S. P.

Unico producto proteínico elaborado

de leche de vaca del país.

No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

Para el tratamiento proteíno-bismútico combinado
de la neuro-sífilis.

Distribuidores:

BEICK, FELIX Y CIA., S. en C.

México

—

Veracruz

—

Guadalajara

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN VII. NUM. 38. 1o. DE JULIO DE 1940 MEXICO, D. F.

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella pueden enviar su dirección para que se les remita.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION:

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega.

RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.
HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.
PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.
CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robledo.
NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.
HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.
PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.
PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.
TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.
TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.
NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.
FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.
LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.
PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA:

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil,
Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.
CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.
COLIMA: Dr. Max Linares M.
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.
DURANGO: Dr. José Peschard.
GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado.
GUERRERO: Dr. Baltasar Miranda, Dr. Alejandro Aguirre.
HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.
JALISCO: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva.
MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.
MORELOS: Dr. Carlos Merino E.
NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.
OAXACA: Dr. Fernando Bustillos.
PUEBLA: Dres. Ignacio Rivero Caso y Gustavo Domínguez V.
QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.
SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis.
TAMAULIPAS: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza.
TABASCO: Dr. J. A. Mansur.
VERACRUZ: Dr. Vicente Ortiz Lagunes
YUCATAN: Dr. Eduardo Urzáis.
ZACATECAS: Dr. Arnulfo Rodríguez.

COLABORADORES EXTRANJEROS:

ARGENTINA: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey y Dr. Mario A. Sbarbi.
BRASIL: Dres. Plinio Olinto, Heitor Péres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dr. Juan Garafullo.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ESTADOS UNIDOS: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waraich, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger y Maurice N. Walsh.
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin y Dr. Paul Schiff.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
NICARAGUA: Dr. Emilio Lacayo.
PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravede.
URUGUAY: Dr. Antonio Sico.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palls.

En el exterior, se invita principalmente a todos los médicos mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.



SEDALMERCK

(*Marca registrada*)

Reg. No. 3329 D S P. Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Prop. No. 15.643

E. Merck
DARMSTADT

MERCK-MEXICO, S. A. Versailles 15 - México, D. F.

HARVEY CUSHING

1869 - 1939

El año de 1939 fué luctuoso para la Psiquiatría y la Neurología, por las pérdidas irreparables de Freud, Bleuler, Blondel y Harvey Cushing.

Cushing está considerado como el creador de la Neuro-cirugía, pues fué quien primeramente señaló que los métodos generales de la cirugía no eran aplicables al sistema nervioso, debiendo ser nuevos y diferentes y que el cirujano que a esto último se dedicase, sólo tendría que ser neuro-cirujano. Fué quien exigió la precisión en el diagnóstico neurológico como base fundamental en la práctica y en el éxito de la cirugía nerviosa. Su labor cambió totalmente el curso en esta rama de la medicina, pues antes de él, todo lo que se había hecho daba trágico balance; tuvo que luchar contra todas las adversidades para llevar a cabo sus sistemas y sus métodos y para desarrollar tan importante especialidad a la que, además de darle técnicas y procedimientos propios, le dió el invento de su instrumental que simplificó y perfeccionó los métodos.

Este hombre que es gloria de su patria, la República Norteamericana, también lo es del Continente, pues constituye una de las más destacadas figuras que ha producido. Hijo de ascendencia médica, ya que pertenecía a la cuarta generación de galenos, siendo su padre un renombrado profesor de Ginecología y sus abuelos y bisabuelo destacados médicos. Empezó sus estudios en Yale; pero los continuó y terminó en la Universidad de Harvard; fué después ayudante de Halstead en el Hospital de John Hopkins, de Baltimore, y durante largo tiempo se dedicó en Europa al estudio de la fisiología del sistema nervioso con Sherrington y Kroncker, de donde regresó a su país ya con el propósito de entregarse a la práctica de la cirugía nerviosa, y

por mucho tiempo, con ahínco y sacrificio encomiables, fué imponiendo sus doctrinas y mejorando sus técnicas, de tal modo que cuando pasó del John Hopkins a ocupar la cátedra en Boston, había ya constituido la Neuro-cirugía.

A partir de esta época, su personalidad queda consagrada en el mundo científico, y de todas partes se interesan por su escuela y por sus trabajos, de tal modo, que médicos y estudiantes de numerosos países acuden a recibir sus enseñanzas, habiéndose así formado un numeroso grupo de discípulos que ahora continúan su obra.

Pero Cushing no sólo concentró su inteligencia al desenvolvimiento de la cirugía nerviosa, sino que también cultivó el estudio de la Historia de la Medicina y de esto es testimonio la admirable biografía de Sir William Osler, que mereció el premio Culitzor y que, además, es obra maestra en la literatura norteamericana.

Su afición por estas disciplinas lo llevó a ser profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de Yale.

El número de obras y artículos que escribió fué numeroso, ya que durante 35 años de su vida no cesó de publicar el resultado de sus trabajos y observaciones.

Entre las obras más destacadas, conocidas universalmente, se pueden señalar: "El Cuerpo Pituitario y sus Enfermedades"; "Tumores del Nervio Acústico y Síndrome del Angulo Ponto Cerebeloso"; "Sobre los Gliomas"; "Tumores Vasculares"; "Tumores Intracraneanos" y "Los Meningiomas".

Por la muerte de este insigne médico, acaecida el día 7 de octubre del año pasado, la "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal", expresa en estas líneas su gran pena y lleva a las publicaciones similares de los Estados Unidos de Norteamérica, con las que tiene intercambio, así como a los neurólogos, neuro-cirujanos y psiquiatras de esta República amiga, su sincera condolencia.

S. R. M.

NOVAR

SEZONBENZONOL

BILLON

ES UN
MEDICAMENTO
DE ELECCIÓN EN EL
TRATAMIENTO
DE ASALTO
DE LA
SIFILIS

INYECCIONES
INTRAVENOSAS

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica -

Reg. No. 9407-D.S.P.

- Prop. No. 7305

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon

PARIS-8

advice



Vagotonias	BELLAFOLINA	dos veces menos tóxico que la atropina (parkinson).
	12464 D. S. P. 10135 D. S. P. 10688 D. S. P.	
	BELLADENAL	sedante de las crisis y de los casos resistentes (epilepsia).
	8676 D. S. P.	
Simpaticotonias	GYNERGENO	tratamiento heroico de la crisis de jaqueca.
	14017 D. S. P. 6319 D. S. P. 6198 D. S. P.	
Anfotonias	BELLER GAL	sedante estabilizador del todo neuro-vegetativo.
	17091 D. S. P. Prop. No. 3940	

"CALCIUM-SANDOZ". La calcioterapia más eficaz y más segura.
CALCIBRONAT. Bromoterapia reforzada y mejor tolerada.
OPTALIDON. Antineurálgico sin efectos secundarios.

SANDOZ, S. A. Basilea, SUIZA.

Para literatura y muestras dirigirse a:

PRODUCTOS SANDOZ, S. A.

Av. Juárez 88. México, D. F.

Mex. L-35-33. Eric. 13-34-89.

Naturaleza y problemas de la adolescencia (*)

Por el Dr. FERNANDO DE LA CUEVA

Vengo a distraer vuestra atención de los problemas concretos y estrictamente médico-científicos, restringidos y bien delimitados, para hablaros de algo que os parecerá tal vez digresión marginal, pero que estoy seguro que os interesará a pesar de la imperfección con que yo pueda presentároslo; y bastará que se despierten o aviven vuestro interés por el asunto y vuestra curiosidad para meditarlo y comprenderlo, para que haya conseguido el fin que me propuse al presentar sucintamente lo que me parece más importante de este tema, desgraciadamente bastante descuidado en nuestro medio.

Estoy seguro de que todos habréis palpado, en muchas ocasiones, el inquietante problema del padre o la madre que nos presentan a un hijo o una hija, que sin poder explicarse porqué, no siguen la normal evolución de los jóvenes de su edad y que se retraen y vuelven taciturnos, o cometen actos bizarros repetidamente, o se fugan de casa, o no se someten a la mixta disciplina del hogar y la escuela o el taller a pesar de las amonestaciones y aun castigos que muchas veces llegan a ser exagerados; casos en que un minucioso examen médico y aun psiquiátrico no nos revela nada, y en que muchas veces no tenemos ni la preparación ni el valor necesarios para dejar de ser el que receta y convertírnos en el que aconseja, a base de indagar y comprender totalmente la situación psicológica del sujeto y de todo su ambiente.

Ya habréis comprendido desde luego mi intención de dejar a un lado, para lograr la brevedad requerida, dos grupos de hechos: Los que entran realmente en los grandes cuadros

* Trabajo presentado a la Primera Semana Médica de Occidente.

psiquiátricos, principalmente esquizofrénicos, y los que corresponden a marcadas alteraciones anatomo-funcionales, como agenesias diversas, disfunciones tiroideas o hipofisarias, etc.

En el estudio de la adolescencia hay dos tendencias o escuelas en apariencia opuestas: Una que hace depender todos los fenómenos observados en esa época, únicamente de transformaciones evolutivas físicas, y ligadas principalmente a aparición, o incremento, o desaparición de diferentes funciones endócrinas que producen un nuevo equilibrio humoral en un cambio en la apariencia total. Otra que toma en cuenta solamente la transformación psicológica progresiva, desde la situación netamente infantil hasta la definitiva y no siempre lograda del adulto; transformación ayudada por la inevitable mutación circunstancial del ambiente que sucesivamente va rodeando al sujeto en sus distintas edades y que produce o ayuda a producir una diferente situación del punto de vista individual en relación con el medio.

Yo estimo que la verdad está en el paralelismo de desarrollo y la recíproca influenciación de ambos terrenos; única situación aceptable dadas las innegables adquisiciones de la psicofisiología, la indudable y demostrada psicogénesis de síntomas corporales, probada por la psicoterapia, así como la ya posible modificación de cuadros psicopáticos por tratamientos fisioquímicos u órgano-humorales diversos.

Considero pues la adolescencia como caracterizada por hechos y situaciones psicológicos que luego expondré; variable en cuanto a edad en que se presenta y duración que alcanza, y que no siempre coincide estrictamente con las manifestaciones físicas puberales, ya que se puede ver muchas con correcta función menstrual y que psicológicamente son absolutas niñas, o viceversa, chicas que ya pueden considerarse adolescentes en las que no hay señales de maduración folicular; lo mismo puede decirse del sexo masculino en relación con la polución con presencia de espermatozoides, o considerando la presencia o ausencia de los caracteres sexuales secundarios.

Solamente mencionaré de paso la importancia que algunos fisiólogos le conceden a la supresión de la actividad del timo para la instauración de la pubertad, principalmente en el sexo masculino, además del conocido mecanismo hipo-

lisario y de la acción, a veces conocida y comprobada y otras veces nada más sospechada o imaginada, de las distintas glándulas de secreción interna.

Las manifestaciones psicológicas típicas de la adolescencia se presentan de ordinario en forma paulatina, aunque a veces irrumpen bruscamente cuando son favorecidas sobre todo por conmociones emotivas en el medio inmediato (desgracias o tragedias familiares, gran miseria, etc.); su fecha, o más bien la edad en que aparecen, es muy variable; se cita como la más frecuente los 13 ó 14 años para los hombres y los 12 para las mujeres; yo tengo la impresión de que entre nosotros es más precoz, pues me ha parecido frecuente encontrar a los diez años, algunos de sus clásicos elementos. La duración de este tránsito a la maduración es también muy elástica, y su final, por deslizamiento imperceptible casi siempre, es apreciable muchas veces nada más por cambios en la posición ante los deberes de la vida.

Como matices de interés para conocer su iniciación tenemos desde luego la evolución de la fantasía que en el niño existe sin haberse diferenciado de la realidad y muchas veces aun con mayor fuerza que lo aparente; pasados los siete años ya es sometida a ciertas reglas, en los juegos por ejemplo que ya comienzan a ser reglamentados, y por fin existe ya como ficción, netamente separada de la realidad circundante, al comenzar la situación adolescente.

Mucha importancia tiene también la conciencia de las vivencias metafísicas espacio y tiempo. El niño vive ingenuamente cada instante gozándolo como algo aislado; el adolescente ya siente la conexión ineludible de todos los momentos para formar un todo, y percibe además el inevitable fluir de cada instante sin posible retroceso; y al conocer la finitud de la vida, del tiempo personal, comienza a saborear la nostalgia de lo que ya se ha ido.

El niño conoce y aun anima o vitaliza todo lo que de manera inmediata lo rodea; nunca se llega a poseer tan intensamente en cuanto a percepción como se hace en la infancia con su cuarto, sus juguetes, su casa, su jardín, etc.; de aquí tal vez la mala formación, como cultivadora de superficialidad, de los frecuentes cambios de lugar durante la infancia; fuera de este círculo inmediato todo lo demás está poblado por las propias internas imágenes. El adolescente ya vive

más, pudiéramos decir diluído, en un medio más amplio, y todo lo quiere ya ver subjetivamente; lo quiere interpretar por sí mismo como si fuera un nuevo descubrimiento.

Los principales caracteres de esta época, definitiva casi siempre en cuanto al futuro de toda una vida, y principio u origen casi invariable de todas las neurosis, son tres que se relacionan muy íntimamente:

Aparición de la autorreflexión o introspección como consecuencia de la plena conciencia del Yo; visión de un plan general de vida y contacto con las diferentes esferas de acción colectiva. Todo esto matizado por un tinte de radicalismo o puritanismo, ya que el adolescente quiere y aun exige toda la perfección y toda la verdad.

El primer hecho es tal vez el más saliente y rico en consecuencias. Al darse cuenta de su propio Yo como unidad, como totalidad, percibe necesariamente la inevitable y absoluta separación entre el yo y todo lo no-yo, incluidas en ello todas las personas con quienes siempre se había sentido identificado; de aquí nace ese profundo sentimiento de soledad de los adolescentes, más o menos marcado o atenuado por el propio temperamento, por la influencia total del medio y por la acción educativa; de aquí también puede comenzar a formarse el esquizoidismo por un exagerado encerrarse en sí mismo hasta llegar a aislarse por completo de la realidad y vivir enconchado en su propia ficción que si al principio es acogedor refugio, puede llegar a convertirse en prisión forzada.

De él se deriva también la exquisita susceptibilidad propia de esta época; pues al sentirse a sí mismo se concede desde luego importancia como individualidad y sufre siempre que siente que se le menosprecia, lo que sucede con mucha frecuencia, no intencionalmente, sino por falta de comprensión muy explicable ya que todavía no es siquiera un ser formado aunque él sienta estarlo; quiere desde luego que se le señale un papel saliente en la escena real de la vida para sentirse actuando; y si esto se le rechaza en absoluto y sin tacto se convertirá en un incomprendido, un inadaptado, o aun si su constitución es favorable en un paranoide con delirio interpretativo egocéntrico y tal vez en un criminal por venganza hacia el medio hostil, o un suicida por des-

En las Septicemias



Tratamiento específico de infecciones Estreptocócicas, Estafilocócicas, Colibacilares, Meningocócicas y Gonorreicas



UNION-MEDICA-MEXICANA S.A.

LABORATORIOS TERAPIA

L A B O R A T O I R E B E Y T O U T

V E R Y L

CIANURO DE MERCURIO ORGANICO
INYECCIONES INTRAVENOSAS O INTRAMUSCULARES

Todas las indicaciones del cianuro de mercurio
particularmente en la

S I F I L I S

En todas sus fases - Diurético activo y rápido
MAS ACTIVO Y MENOS TOXICO QUE EL CIANURO
CORRIENTE, EL

V E R Y L

No provoca nunca intolerancia ni intoxicación mercurial.

Caja de 20 ampollitas de 1 c.c.

Usese por prescripción y bajo vigilancia del médico.

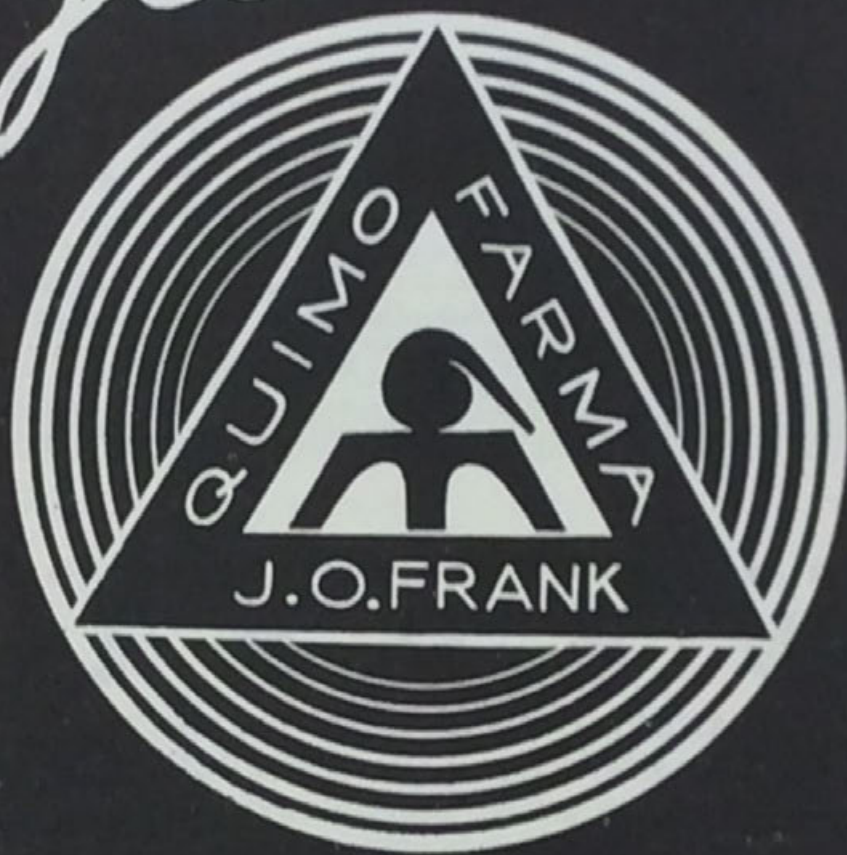
Reg. D. S. P., No. 15649.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

VARSOVIA NUM. 19.

MEXICO, D. F.

Glucalín



**Inyecciones hipodérmicas de Glucosa
y Calcio para la terapéutica osmótica
y para combatir la debilidad cardiaca.**

Reg. No. 17220—D. S. P.

alentador escepticismo ante el menor fracaso o el más mínimo obstáculo.

Muchas veces es una total falta de tino de los padres o encargados lo que constituye la causa última de la criminalidad infantil, ayudada por el ejemplo pernicioso, por la seducción que abusa de la ambición, por la exagerada miseria del medio y por las discordancias y desavenencias familiares principalmente si son causadas por vicios de los padres.

Como corolario de esta susceptibilidad viene el deseo de independencia: Independencia de ideas que puede ser por aceptación propia o por negación de las sostenidas por el medio familiar, situación forzada que puede ser cultivada por la peligrosísima contradicción entre la escuela y el ambiente del hogar; independencia de actos, emprender algo por sí mismo en el estudio, en la experimentación, en la literatura o la aventura; independencia económica, no querer tener que dar cuenta de sus gastos, buscar medios propios de procurarse ingresos, etc.

Esta tendencia a la independización puede producir grandes fracasos; pero también bien comprendida y orientada puede ser el primer resorte que lance al joven por una vía de utilidad para sí y para los demás; ya que en esta época se es sumamente sensible a los ideales elevados, a los heroísmos y sacrificios; sólo que, como dice Buckhardt: "el joven quiere el bien y busca ser feliz; si quiere y busca el mal es porque se le han cerrado las vías por donde quería alcanzar el bien".

Serán pues de suma importancia los ejemplos que el joven tenga en esta edad, ya sea sujetos vivos o suministrados por las lecturas, que muchas veces tienen la culpa del estilo de aventuras que emprenda; y es muy de aconsejar además la formación de grupos en que los jóvenes, con fines culturales, deportivos, etc., tengan la manera de satisfacer en parte ese anhelo de independencia y autogobierno.

Consecuencia también de este hallarse o sentirse a sí mismo es el principio del hecho de trazarse un plan de vida; pero no sólo en cuanto a escoger profesión, lo cual constituye otro problema que debe ser resuelto no matemáticamente en cuanto a aptitudes escuetas encontradas por pruebas o tests psicológicos estrictos, sino además por verdadera vocación, que sólo puede nacer de la afición a determinada clase de

estudios o trabajos y de la comprensión del papel social y sacrificios necesarios que requiere cada ocupación o profesión, para lo cual es de aconsejarse conferencias instructivas sobre la labor, estudio o aprendizaje, y deberes de cada profesión o oficio, dadas según el caso en las primarias o secundarias; pues la mayoría de veces el joven elige carrera fascinado por alguna persona de su círculo, y otras en forma de negación, solamente por no seguir el camino del padre, por ejemplo, a quien ve que trabaja demasiado; y entonces falta el apoyo de la real vocación para sostener la voluntad durante el estudio o aprendizaje.

El plan de vida a que me refiero es la visión de la personalidad total, idealizada, de lo que se quisiera llegar a ser; es lo que puede llamarse la entelequia personal, casi siempre influida por la idealización imaginada de alguien que tiene influencia o contacto con el joven.

En esta época, y en relación con el contacto con los diversos círculos de la sociedad, nace o se afirma el sentido individual de la vida, resultante de los sentimientos de inferioridad, de la voluntad de dominio y de la mayor o menor facilidad con que se adapte a la vida colectiva.

Es de suma importancia sorprender y compensar los sentimientos de inferioridad, a veces reales y de causa orgánica y otras veces imaginados o creados por el excesivo mimo o la demasiada dureza; pues cuando ya han tomado incremento pueden hacer necesarias medidas muy enérgicas y aun la trasplatación del joven a círculos alejados de la influencia familiar. La voluntad de dominio debe ser a veces fomentada y a veces reprimida según los casos, tomando sobre todo en consideración la forma en que reaccione cada uno a los primeros ensayos de vida colectiva y sobre todo a los primeros fracasos, pues es indispensable acostumbrarse pronto a soportar derrotas sin que ello origine una actitud de impotencia y sin refugiarse en explicaciones o pretextos imaginados de esos fracasos, que es el origen frecuente de síntomas corporales psicógenos.

Tocaré ahora algunos aspectos de la evolución afectiva, intelectual y moral: El niño al principio solamente quiere gozar de todo y apropiárselo todo; a este estadio le llaman fase captativa; posteriormente comienza a gozar al suministrar goce a alguien, comienza la fase oblativa, que puede llegar

a exagerarse y originar demasiados sacrificios por satisfacer a alguien.

Moralmente, paralelo a lo anterior, viene primero la represión de actos prohibidos por temor al castigo o solamente al regaño o advertencia; después por el sentimiento de vergüenza producido por el ser sorprendido; posteriormente por la tristeza que causa el producirles pena a los seres queridos, y solamente al final es producida la represión por el verdadero sentido de culpabilidad; esto es de suma importancia en la época en que según dije antes viene la tendencia de independización; pues entonces los factores represivos anteriores, principalmente los padres y los superiores dejan de tener ascendente definitivo durante algún tiempo; y para conseguir entoces estas represiones de actos prohibidos o delictuosos nada puede suplir a la religiosidad, aunque también sin permitir que se cree un estado exagerado de autoculpabilidad y remordimientos. Intellectualmente el niño percibe todos los hechos como totalidades, unitaria y simultáneamente; en la adolescencia se empieza a preferir considerar factores aislados, sucesivamente; todo se procura desmenuzar; viene el riguroso y con frecuencia sobrado analizar.

Lo ideal en todos estos puntos es conservar lo que Pichon llama ley de la adición de posibilidades: En lo afectivo no perder por completo lo captativo, la tendencia a gozar, al adquirir lo oblativo o sea la tendencia a producir satisfacción o goce, llegando así a gozar plenamente de algo que al mismo tiempo produce placer al ser querido. En lo intelectual conservar la posibilidad de la visión unitaria, más fecunda para la genuina creación artística o científica, y no exagerar el análisis; sino emplearlo como comprobación, aunque eso sí, en forma estricta.

Para conseguir estos fines entran todos los medios formativos. En relación a esto, es de desearse que más que a dar muchos conocimientos se atienda a formar cultura, interés y curiosidad por la investigación ya sea científica o filosófica según sean tipos intra o extravertidos; procurar que el joven se pueda adaptar a lo que llaman el espíritu objetivo, o sea el conjunto de ideas, tradiciones y costumbres imperantes en el medio y momento, tendiendo siempre a que cada grupo que entre a la vida pueda elevar un poco el nivel del ambiente cultural. En nuestro medio es indispensable dar

mayor impulso a la cultura filosófica, única que forma íntegramente para lograr reales valores humanos y que por su misma índole agarra completamente al joven con ambiciones intelectuales.

Afortunadamente ya se nota ahora mayor curiosidad por estos problemas, aunque falta la debida preparación a la mayoría de conductores de juventudes para orientar ese interés.

Dejé intencionalmente para el final el punto que muchos toman como central para caracterizar la adolescencia, y que no es más que un factor que sigue la misma evolución que los ya estudiados, es decir, de progresiva formación; sólo que surge con tintes y en circunstancias que aparecen como trágicos por la intensidad del factor psíquico en este aspecto de la biología humana: el sexo.

En el niño coinciden al principio las tendencias al placer (Pulsorium) con los actos realizados (Actorium); existen en él impulsos aislados que se presentan sucesivamente y que pueden o no considerarse sexuales según se acepte o no el término como idéntico a placer en general (hedonismo, libido); pero que nunca lo son estrictamente en cuanto sexual signifique lo relativo a diferencias físicas de sexo, a actividad exclusiva o dominante de los respectivos órganos, o menos aún tendencia finalista de procreación. Después vienen las represiones, sublimaciones y oblaciones, según ya expuse, y en ese período oblativo, también llamado de decarnalización por falta de interés carnal de la sexualidad, viene la adolescencia: En lo físico, los cambios externos de completa diferenciación sexual. En lo psico-físico, la unificación de las distintas zonas erógenas, hasta entonces aisladas, y de los diferentes impulsos parciales, bajo la égida del impulso y de la zona genitales, aunque esta unificación es muchas veces más tardía y no es raro que no llegue a producirse; principalmente en la mujer que aun casada y múltipara con frecuencia no llega a conocer el orgasmo y a veces ni aun el deseo. En el hombre esta falta de unificación produce las diferentes anomalías o perversiones sexuales.

En el aspecto psíquico lo que domina es el erotismo, entendido como proyección sentimental en otra alma. Este erotismo se polariza hacia alguien aun del mismo sexo y casi siempre de mayor edad, con frecuencia maestros, y este sentimiento erótico hacia alguna persona dura a veces muchos

El tratamiento arsenical

de la SIFILIS ADQUIRIDA
de la HEREDO-SÍFILIS
de las SÍFILIS ANTIGUAS
de algunas DERMATOSIS,
debidas o asociadas a la SIFILIS

por:

el Acétylarsan

*rigurosamente indoloro
discreto, facil
neurotónico y eutrófico*

●

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

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

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

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



ANIOBI

Combinación liposoluble de yodo y bismuto. Tiene la función *anión*. Es casi indoloro, atraviesa más rápidamente las meninges, y aún en los casos de sífilis primaria, substituye a los arsenicales.

Reg 21670 D & F.

Para muestras y literatura sírvase dirigirse a los **LABORATORIOS PICOT, INC.** Regina 13, México, D. F.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA DIRIJASE A: LABORATORIOS "PICOT" INC.
REGINA 13. MEXICO, D. F.

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

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

Eric. 3-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

años sin ningún aspecto carnal, siendo el incentivo del trabajo, del correcto comportamiento; el peligro está en que muchas veces, al comprender el joven que aquella persona no posee las cualidades de que la había revestido, extiende su desilusión a todo el universo y sufre una peligrosa crisis de escepticismo.

Este erotismo, cimiento de la inclinación a todas las manifestaciones del romanticismo, literarias, musicales, etc., es también la causa de esas amistades que no hacen más que servir de pretexto para que el joven se oiga a sí mismo en la ilusión de ser comprendido; igualmente de todos esos interminables diarios de esa época, a veces ricos en enseñanzas psicológicas. Estas amistades suelen pasar poco a poco a real simpatía; y con la lenta maduración a una real amistad comprensiva. Pero nunca es ya entonces verdadero amor, aunque puede llegar a ser pasada la adolescencia.

No es posible que sea ya amor, pues el factor genuinamente sexual, físico, si existe está independizado de la erótica; solamente cuando ya hay maduración viene la sexualización de lo erótico, o la erotización de lo sexual, y ambos factores, íntimamente unidos, se polarizan hacia una sola persona; quien no llega a ese estado, se puede decir que en este sentido no ha pasado la adolescencia.

De los disturbios de cualquiera de estos dos factores puede nacer una neurosis; con mucha más frecuencia a causa del factor erótico (apolíneo); pues el factor sexual físico (dionisiaco) casi siempre existe nada más como curiosidad, que sí debe ser satisfecha luego que se presenta, en la medida en que exista y en forma estrictamente individual.

El genuino impulso, si se manifiesta precoz e intensamente, es fruto artificial del orgullo viril mal entendido; de la influencia de amigos mayores o de los consejos y aun prescripciones de personas en apariencia sensatas.

Estos despertares precoces, sobre todo si son forzados o influidos y llegan a realiarse en actos, lejos de curar una neurosis casi siempre la agravan por el ahondamiento más marcado entre el elemento psíquico y el fisiológico, que es lo que hace que en el hombre sea trágico con frecuencia el despertar del sexo. Esto, además de la demostrada debilidad en los pueblos más precocemente sexuales.

Yo entiendo que la educación, y en su caso la curación

de una neurosis, consiste en someter los instintos, conscientemente, al factor humano superior; y no en someter al hombre al despotismo de los impulsos primarios.

En cuanto al problema de la masturbación en cualquiera de sus formas (placer indiferenciado, sexualidad sin objeto específico o imaginación diferenciada heterosexual) es asunto de corrección de hábitos viciosos por medios psíquicos, y a veces de influenciación de factores físicos, con frecuencia locales. Sólo recordaré que no hay que exagerar ante el joven las consecuencias que puede acarrearle para no producir fijación de síntomas (impotencias psicógenas), sino recurrir mejor a razones éticas y estéticas, a las que es hasta más sensible.

Resumiendo, puedo concluir:

Que sin descuidar el examen físico, y en su caso el tratamiento apropiado, debemos tomar muy en cuenta el estudio psicológico profundo de los jóvenes con manifestaciones anormales, no limitándonos a dar, tal vez con exceso, tratamientos tónicos y glandulares.

Que hay que procurar mayor difusión de la psicología de la adolescencia, sobre todo entre los que deben desempeñar el papel de guías (padres, maestros, sacerdotes, etc.), formando a ser posible especialistas en la materia.

Que hay que impulsar la orientación y selección profesionales, a base de conocimiento y comprensión del problema.

Que hay que evitar la precocidad en el comercio sexual.

Guadalajara, mayo de 1940.

BIBLIOGRAFIA:

- Adler Alfredo: El Sentido de la vida. Conocimiento del hombre. El Problema del homosexualismo.
- Falta: Tratado de las Enfermedades de las Glándulas de Secreción Interna.
- Marañón Gregorio: Endocrinología. Estudios de fisiopatología sexual. Evolución de la sexualidad. Tres ensayos sobre la vida sexual.
- Pichon Edouard: Developpemen Psychique de L'enfant et de L'adolescent.
- Schwarz: Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales.
- Spranger: Psicología de la edad juvenil.
- Wexberg: Introducción a la psicología de la vida sexual.

EUNERYL

REG. No. 20135 D. S. P.

MEDICACION de la ANSIEDAD
DISTONIAS NEURO-VEGETATIVAS
ESPASMOS CONVULSIONES

POSOLOGIA:

ADULTOS: 50 a 80 gotas por día. - **NIÑOS:** 10 a 30 gotas por día, en 1/4 de vaso de agua azucarada.



LABORATORIOS BIOLABO
DELAVILLE, Farmacéutico.

REPRESENTANTE

MAX ABBAT

Rhin 37

México, D. F.

Úsese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

SANYN

BIYO-GLICOL

Sanyyn

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Galinaf

MUESTRAS Y LITERATURAS:
SANYN, APARTADO 2612 - MEXICO, D.F. -

HEPATO-VIT

Registro No. 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado
y Vitamina C.

INYECTABLES

(indoloro)

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

(fuerte)

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

BEBIBLES

(niños)

Caja de 10 amp. de 2 c.c.
Extracto Hepático 2 c.c.
Vitamina C. 1,000 U. I.

(adultos)

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

LABORATORIOS DOCTOR ZAPATA, S. A.

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

BETORMON

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

HIPOAVITAMINOSIS B₁, NEURALGIAS,
POLINEURITIS, Etc.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables,

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles)

Comprimidos.

FABRICADO EN LOS

Laboratorios Dr. Zapata, S. A.

Av. INSURGENTES 35,

MEXICO, D. F.

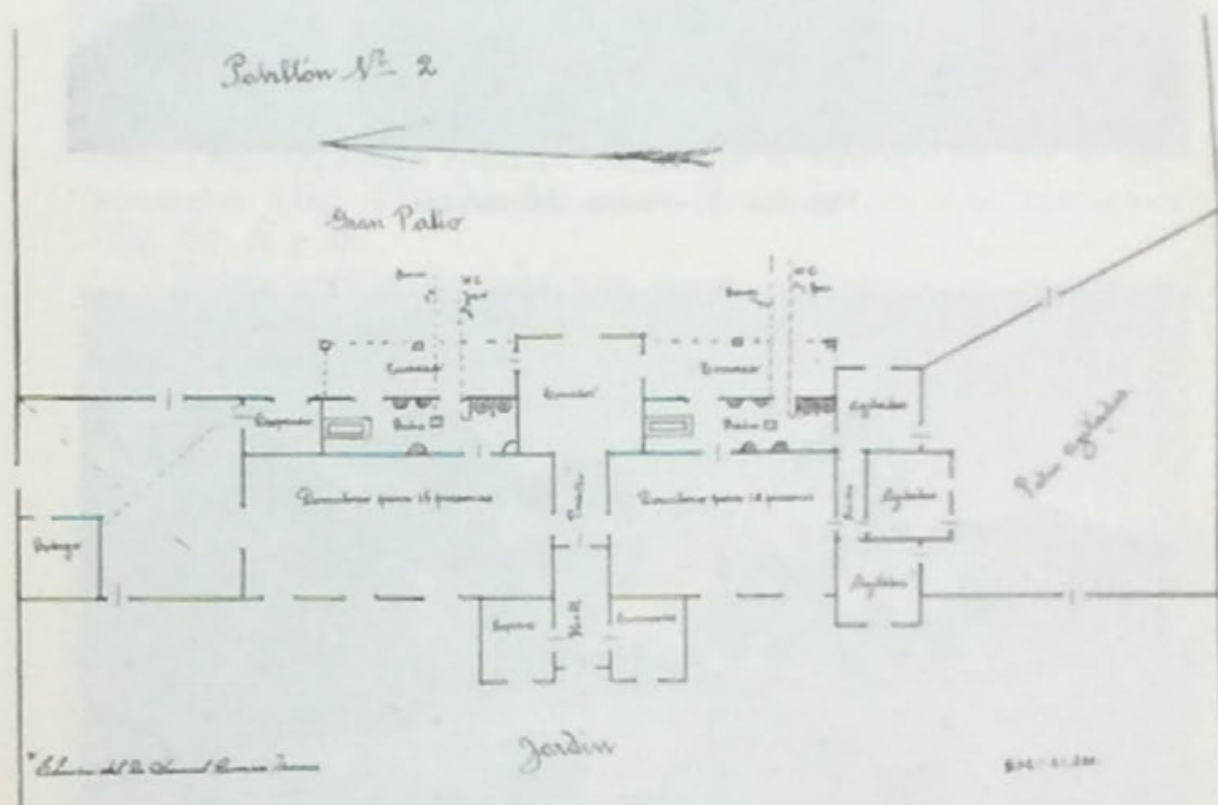
Registro No. 22047 D. S. P.

Prop. No. 18754 D. S. P.

Nuevo pabellón de la clínica neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

Siguiendo el plan trazado, un nuevo pabellón ha sido inaugurado en el establecimiento que para el estudio de las enfermedades mentales y nerviosas fundó hace nueve años el Dr. Ramírez Moreno. Este pabellón No. 2 fué construido sobre la base de homogeneidad, estética y adecuación terapéutica moderna.

El pasillo de entrada (fig. 1), comunica por un lado con el despacho del médico y, por el otro, con la ropería. Como se puede ver en la fig. 2, la fachada corresponde a un solo



piso, pero los cimientos permiten la construcción de más. El pabellón consta de dos alas, una con tres habitaciones individuales, baños y sala general para ocho enfermos, y otra con sala para doce. Los baños tienen tinajas o bañaderas separadas de la pared, por ser más conveniente tal disposición.

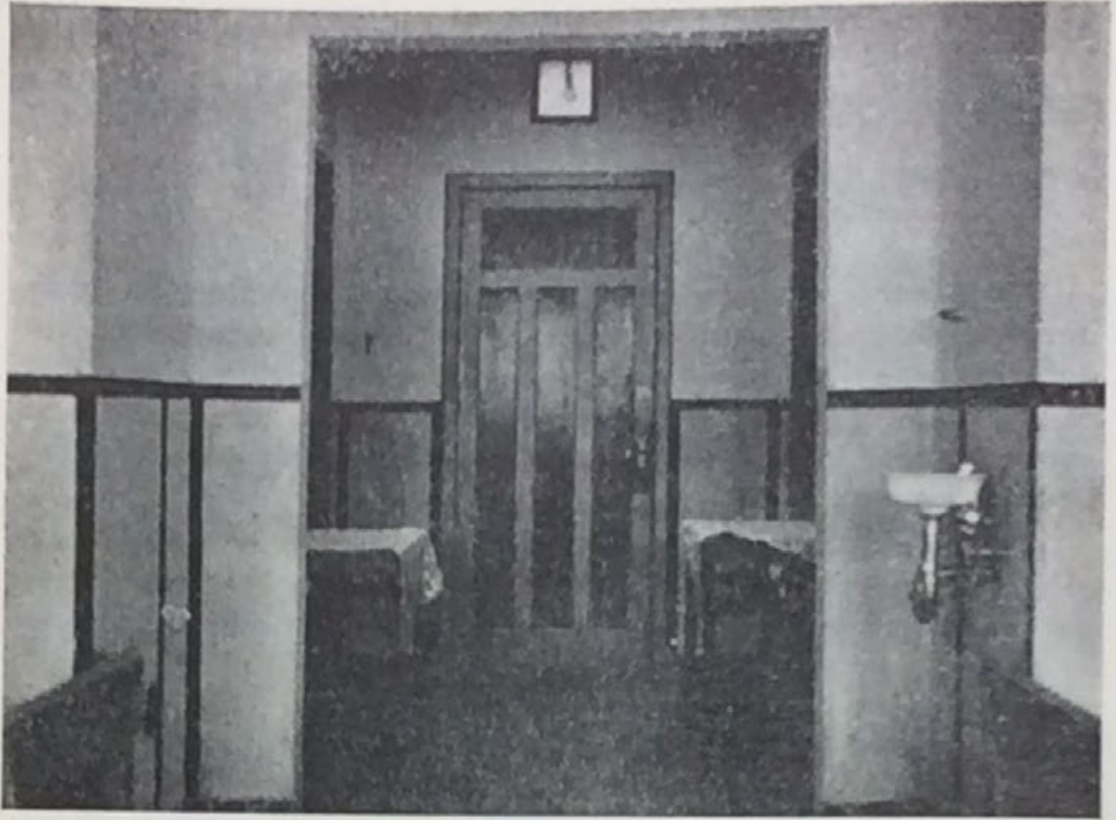


Fig. No. 1.—Pasillo de entrada.

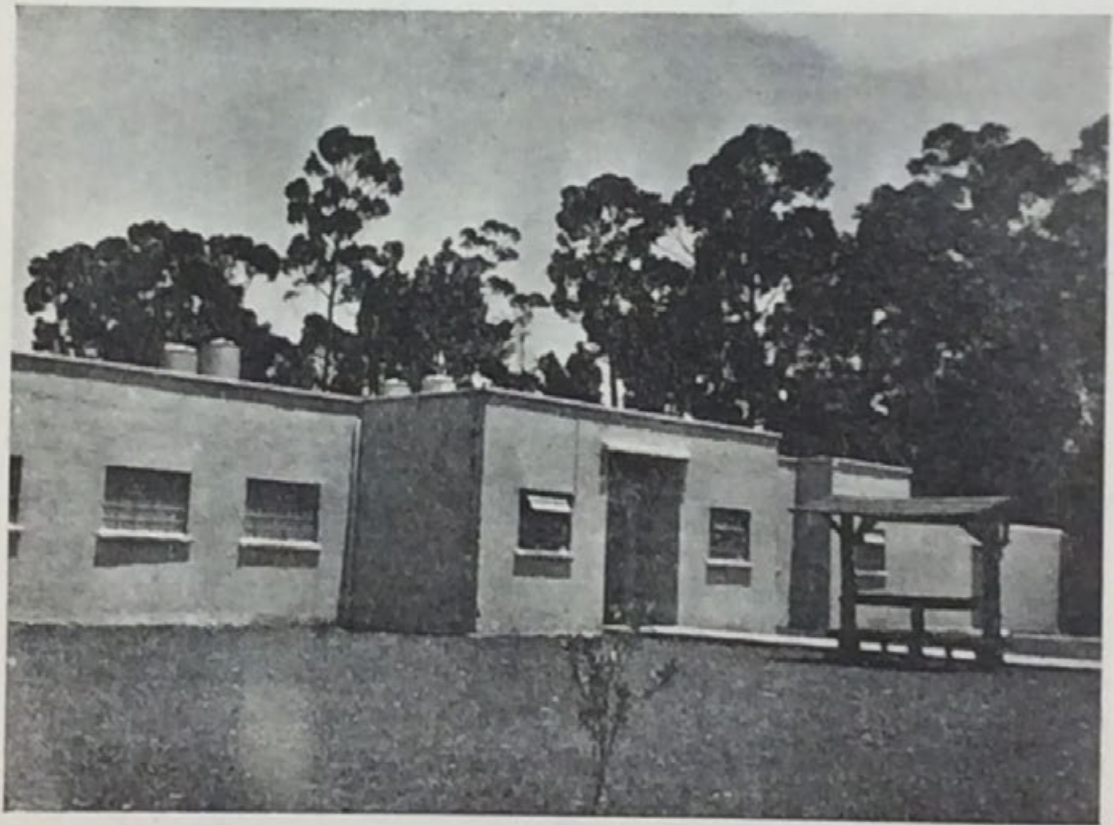


Fig. No. 2.—Entrada principal.



Fig. No. 3.—Un Baño.



Fig. No. 4.—Comedor interior.

tratándose de enfermos mentales, como se observa en la figura No. 3.

Hay comedores interiores (fig. 4), y comedores al aire libre (fig. 5), estilo rústico. Un jardín al frente (fig. 6), y otro posterior (fig. 7). Quedó, pues, dividido en dos secciones (fig. 8), A y B.

Existe otro patio más, con servicio sanitario y kiosco especial, destinado a enfermos agitados, y comunicado de manera particular.

También recientemente fué inaugurada en la Clínica una sala de conferencias y proyecciones, anexa al Pabellón No. 1.



Fig. No. 5.—Un kiosco comedor.



Fig. No. 6.—Detalle de la fachada.

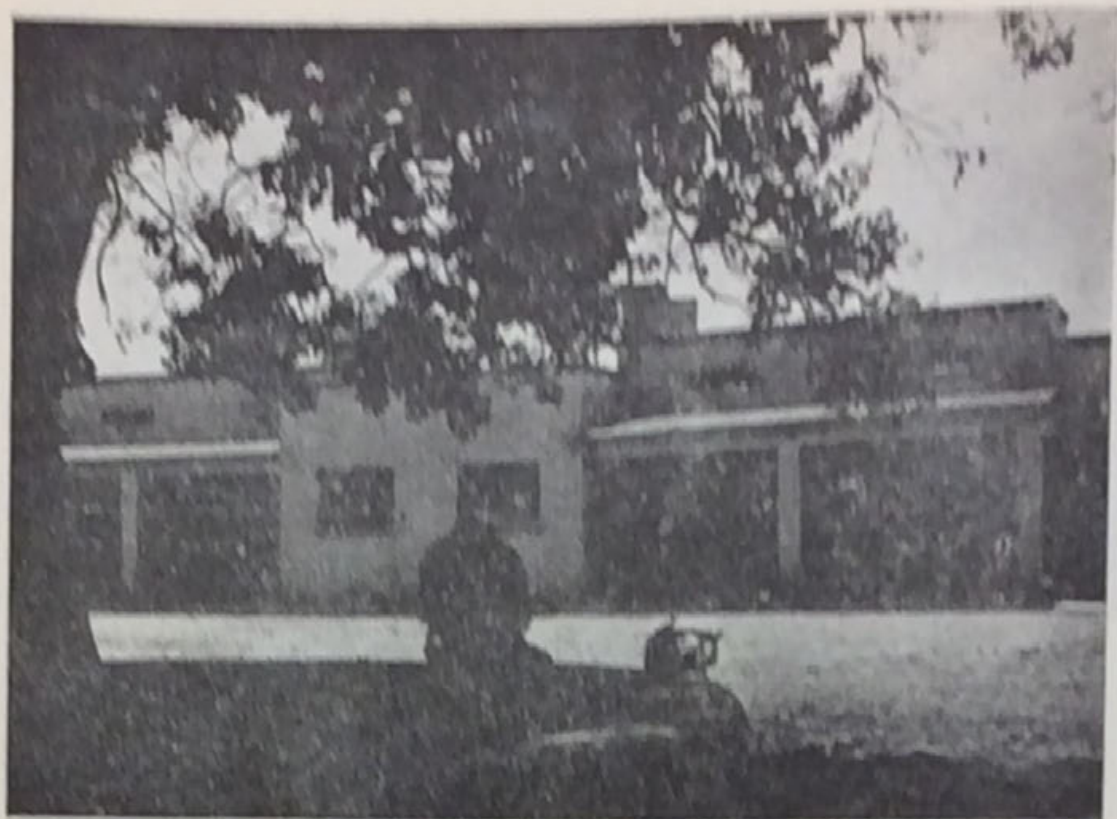


Fig. No. 7.—Fachada posterior y un patio para enfermos.

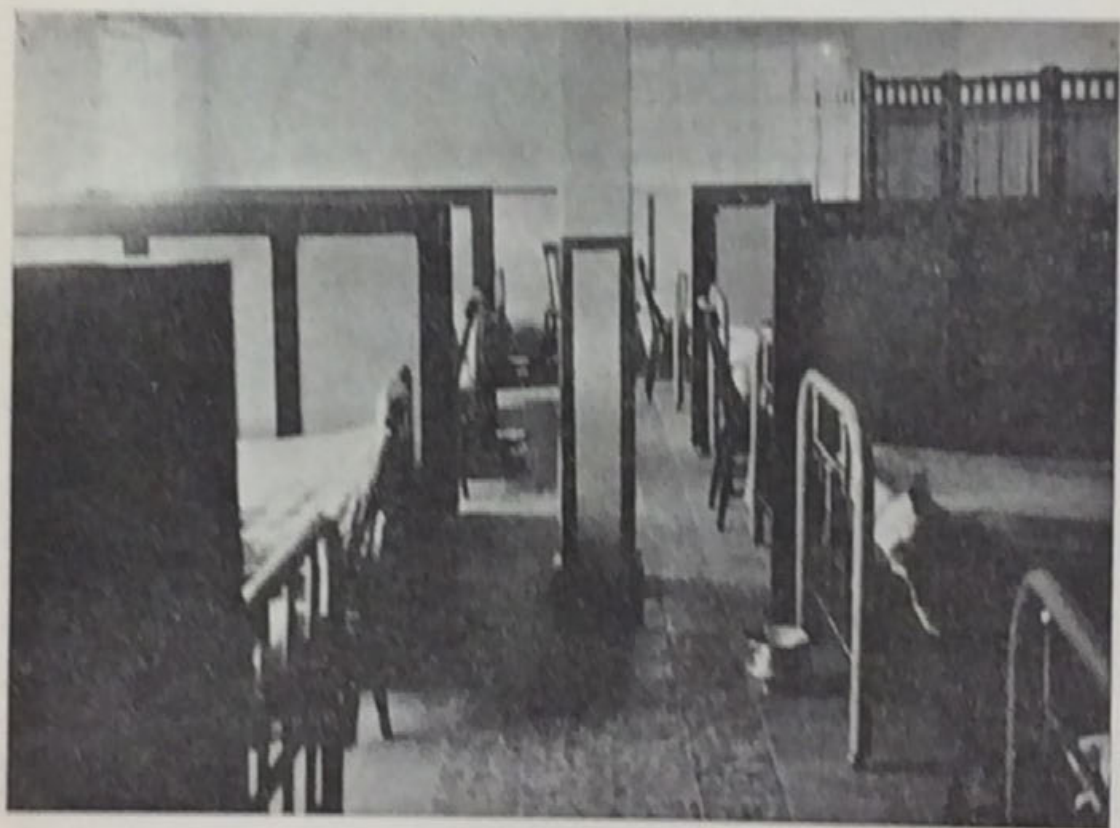


Fig. No. 8.—Dormitorio de la Sección A.

RECONSTITUYENTE FOSFORADO
UTIL COMO



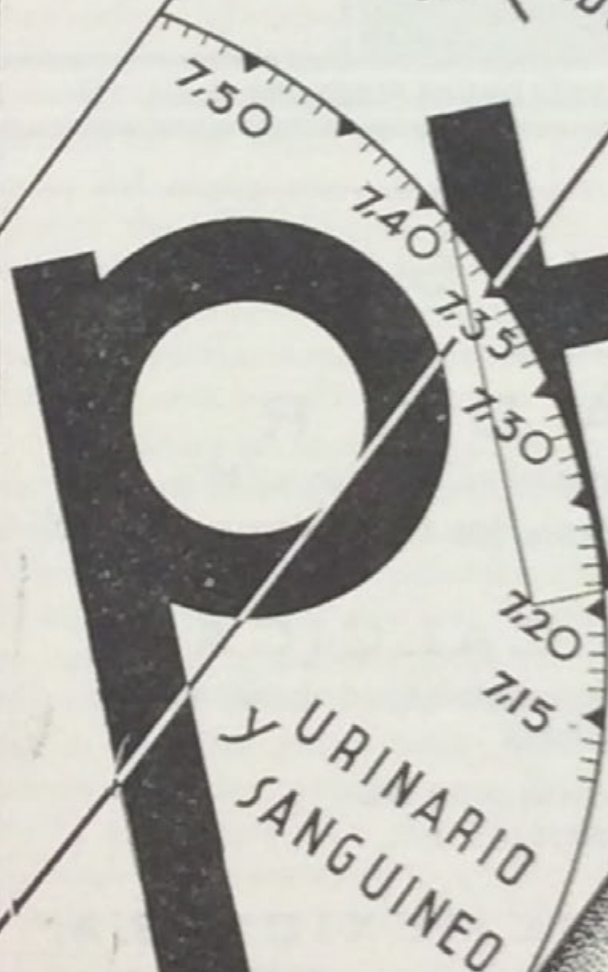
TONICO NERVIOSO Y GENERAL

AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION

DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALECENCIAS

PHOSOFORME
MODIFICADOR
del



REG. No. 133118

GOTAS

REG. No. 9819 D. S. P.

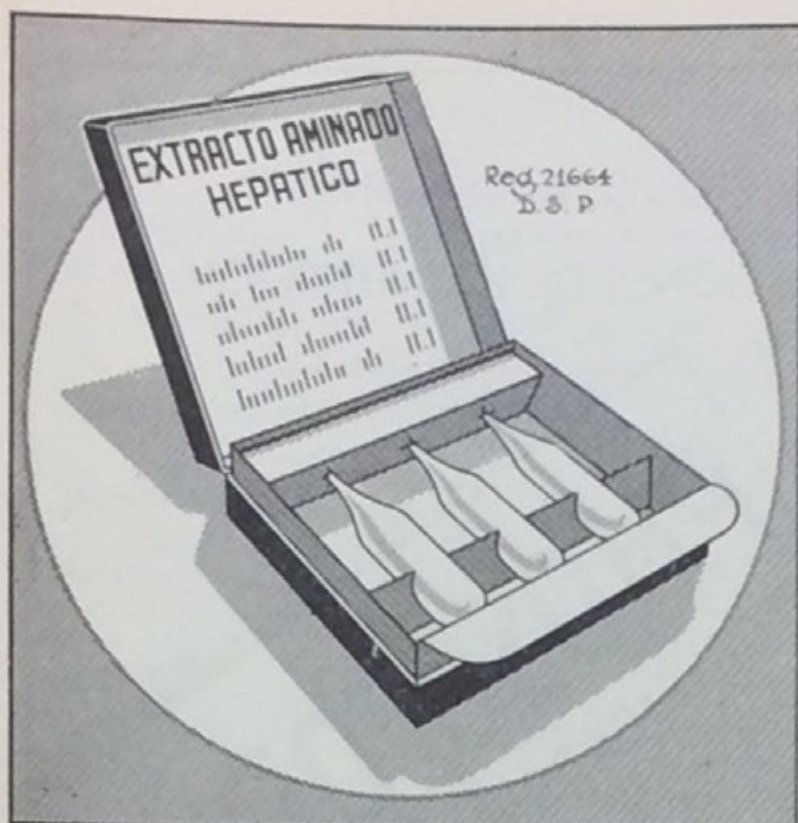
SOLUCION

REG. No. 9887 D. S. P.

Establecimientos LAUZIER, S. de R. L.

Av. Chapultepec 216 Apdo. 209

MEXICO, D. F.



EXTRACTO AMINADO HEPATICO

LABRAPIA

(Para uso endovenoso
como vehículo)

Valioso preparado ético para facilitar la peligrosa terapéutica áurica y arsenical. Asociado al suero glucosado o fisiológico se aconseja su empleo en los cuidados post-operatorios.

Para muestras y literatura sírvase dirigirse a los **LABORATORIOS PICOT, INC.** Regina 13, México, D. F.

CALCIOSOL CON FIJADOR

Gluconato de calcio especial en solución al 10%

Cada 10 c.c. de solución contienen 100 U. I. de Vitamina "D"

TERAPIA CALCICA

Inyecciones endovenosas e intramusculares absolutamente indoloras

Cajas de 6 ampolletas de 5 6 10 c.c.

Reg. No. 21426 D. S. P.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona No. 26.

MEXICO, D. F.

El dolor en las lesiones del sistema nervioso (1)

Por el Prof. Dr. HUGO LEA - PLAZA

Santiago de Chile

El dolor es un complejo sensitivo en el que participan dos factores: una sensación específica, de mayor o menor intensidad (por una parte), y una sensación no específica, de naturaleza afectiva y de tonalidad negativa, es decir, de carácter penoso y deprimente (por otra parte).

El dolor representa la paleosensibilidad, la sensibilidad primitiva, en relación directa con las necesidades de protección del organismo, conociéndose hoy la disposición de las fibras de cilindro-ejes finos (3 a 6 micras) y de las vías espinalámicas que constituyen los sectores de las excitaciones, cuyo resultado consciente es el dolor, a través de los nervios periféricos, de las formaciones medulares y mesocéfálicas hasta el tálamo, en su núcleo ventro lateral.

El dolor se determina por irritación o por liberación de un sistema dolorígeno; este último es un dolor de naturaleza deficitaria y es la consecuencia de la cesación del poder inhibitor que sobre la paleosensibilidad ejerce constantemente la neosensibilidad, es decir, la sensibilidad a la presión, al frío, al calor y la sensibilidad táctil. En estas condiciones de inhibición, el dolor puede alcanzar los caracteres de la *hiperpatía*, descrita por *Forster*, con descarga máxima, sensación penosa intensa, persistencia de la sensación dolorosa después de la excitación. En múltiples regiones del sistema nervioso central, una excitación o una lesión es capaz de producir sensación dolorosa, en la médula se genera especialmente en

(1)— Resumen de la ponencia, presentada en las Jornadas Neuropsiquiátricas. Lima, Perú. 1959.

los cuernos posteriores, en los cordones anterolaterales y en los cordones posteriores. En la sección medular completa, aún en la región alta, especialmente al iniciarse el automatismo, pueden aparecer dolores de los miembros inferiores, capaces de inducir al diagnóstico de sección incompleta, por su persistencia; los traumatismos y conmociones de la médula en los tumores medulares, en la esclerosis múltiple, en la siringomielia, en las esclerosis combinadas, las manifestaciones dolorosas son generalmente síntomas comunes y persistentes.

En las afecciones bulbares y bulboprotuberanciales, el dolor ha sido observado y descrito en forma bien perentoria, siendo aún la neuralgia trigeminal, en algunas ocasiones, de naturaleza central bien comprobada. Lesiones tumorales y de naturaleza vascular de la región bulboprotuberancial, pueden provocar las manifestaciones dolorosas. Pero es el dolor talámico, el que representa el prototipo de la algia central. Tiene caracteres que lo individualizan; se acompaña de un estado afectivo de malestar y ansiedad profundos. La más ligera excitación provoca una exacerbación absolutamente desproporcionada, desencadenando la *over reaction* de Head; se difunde rápidamente el dolor cualquiera que sea el punto excitado periféricamente, despertándose aun con la movilización de los miembros consecutivamente a estados puramente emocionales.

El tálamo óptico representa un elemento seleccionador, moderador y transformador, podríamos decir de las excitaciones que han de ser percibidas como dolor; la normalidad funcional del tálamo, es esencial para la normalidad del estado de conciencia que constituye el dolor; su perturbación funcional, perturba profundamente aquel estado de conciencia permitiendo entonces estados de conciencia dolorosos, *sin que exista la necesidad fisiológica de ellos como elemento de protección*. Tal es lo que ocurre en las algias consecutivas a emociones.

El dolor talámico presenta caracteres importantes y da elementos valiosos para la concepción del dolor como fenómeno *reaccional de la conciencia a estímulos hacia los cuales el organismo se apresta a defenderse*.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

STOVARSOL SODICO

4 - oxi - 3 - acetilamino - fenil - 1 - arseniato de sodio

**Eficaz en el tratamiento
de un porcentaje elevado
de casos, aun en algunos
adelantados**

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

**Reúne las ventajas de la
malarioterapia
sin tener sus inconvenientes
Acción térmica fácilmente
regulable**

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

Reg. Nos 6126 y 7277 - D. S. P. Prop. No 4536

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la Vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

• **SPECIA** MARQUE "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

• 1 RUE JEAN-GOUJON • PARIS-8 •

TONICO NERVIOSO FOSFORAMM

Su sabor es muy agradable y bien tolerado,
aun por las personas más delicadas.

SU FORMULA ES:

Fosfato monoácido de sodio.....	3.35 Grs.
Acido Fosfórico Oficial.....	1.66 "
Jarabe de Azahar, G.B.P.	100.00 c.c.
Color verde vegetal inofensivo G.B.P. darle color.	

D O S I S :

Adultos, una cucharada antes de cada comida.
Niños, una cucharadita de la misma manera.

HECHO EN MEXICO POR LOS LABORATORIOS QUIMICOS DE

JUAN RUIZ Y RUIZ

Río Tamesis No. 1.
Colonia Cuauhtémoc.

Tel. Mex. L-65-97
Tel. Eric. 8-69-34

APARTADO POSTAL 8623.—MEXICO, D. F.

LUMI RAMM

TABLETAS

SEDANTE - ANTICONVULSIVO - ANTIESPASMÓDICO - HIPNÓTICO

F O R M U L A :

Acido Feniletilbarbitúrico.	0.12 Grs.
Tartrato Bórico Potásico.	0.50 "
Belladona en polvo.	0.02 "
Almidón en polvo, c.b.p.	1.00 "

D O S I S :

Según indicaciones del médico, una tableta, la mitad o cuarta parte,
cada vez que sea necesario.

Usese por prescripción médica.

HECHO EN MEXICO POR LOS LABORATORIOS QUIMICOS DE

JUAN RUIZ Y RUIZ

Río Tamesis No. 1.
Colonia Cuauhtémoc.

Tel. Mex. L-65-97
Tel. Eric. 8-69-34

APARTADO POSTAL 8623.—MEXICO, D. F.

REVISTA CLINICA

Parálisis pseudo-bulbar protuberancial

Observaciones recogidas en el Sanatorio del Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

En otro número de esta Revista (Vol. III No. 18, marzo de 1937), publicamos dos casos de Síndrome Glosolabial superior o Parálisis pseudo-bulbar de origen cerebral, e hicimos con dicho motivo, algunas consideraciones clínicas que permiten hacer el diagnóstico entre dicho síndrome y la Parálisis Bulbar Progresiva, entidad descrita por Duchenne y catalogada como una polioencefalitis inferior crónica, por lo que también recibe el nombre de síndrome glosolabial inferior.

Nos referimos ahora a un síndrome pseudo-bulbar de origen protuberancial, padecimiento muy poco frecuente y casi no descrito en patología nerviosa. Señalado en 1887 por Oppenheim y Siemerling en un enfermo con reblandecimiento bilateral de la protuberancia por arteritis del tronco bacilar, ha sido muy poco estudiado posteriormente. Halipré y Comte en sus Tesis respectivas lo señalaron; pero debemos a Lhermitte y Crouzon las mejores informaciones sobre el particular, y el primero de ellos ha descrito una forma ponto-cerebrosa del síndrome.

Se considera la parálisis pseudo-bulbar protuberancial como un "síndrome anatomo-clínico de reblandecimiento de la protuberancia", que por su localización vasculo-topográfica se denomina "reblandecimiento paramediano doble", y es causada siempre por arteritis de las arterias paramedianas, ramas directas del tronco bacilar.

Clinicamente guarda grandes analogías con el síndrome pseudo-bulbar cerebral; ambos conservan las mismas diferencias sintomáticas con la Parálisis Bulbar Progresiva de Du-

chenne y aunque el diagnóstico entre los dos síndromes pseudo-bulbares es a veces difícil, hay, sin embargo, algunos datos que permiten verificar la localización lesional; en el siguiente cuadro quedarán agrupados aquellos que más importancia tengan para el diagnóstico:

Parálisis Pseudo-Bulbar PROTUBERANCIAL

Comienzo por ictus congestivo simple.

Secuelas inmediatas de trastornos en la palabra y la fonación. Los fenómenos paralíticos son posteriores y se instalan después de repetir el ictus.

En la esfera motora se observa casi siempre cuadruplejía total o incompleta; a veces parálisis alterna de tipo Millard-Gubler.

Se asocian con frecuencia síntomas cerebelosos, extrapiramidales y de otros pares craneanos: oftalmoplejías, síndrome de Avelis o de Cestan, etc.

Generalmente son muy marcados los síntomas laríngeos y del velo del paladar.

Los trastornos de déficit psíquico son poco acentuados y en tal caso se instalan tardíamente.

Parálisis Pseudo-Bulbar CEREBRAL

Comienzo por ictus, habitualmente epiléptico.

Secuelas inmediatas de alteraciones motoras, las manifestaciones disfágicas y fonatorias se instalan posteriormente.

Los síntomas motores consisten en hemiplejía cruzada, raras veces total, generalmente de predominio monopléjico.

Únicamente pueden observarse síntomas extrapiramidales, pero nunca manifestaciones cerebelosas ni de los nervios bulbo-protuberanciales.

Dominan los trastornos paréticos de los labios, pero excepcionalmente se ven manifestaciones laríngeas.

Desde su principio existe déficit mental; el síndrome de demencia es poco acentuado, pero progresivo.

HISTORIA CLINICA del señor A. M., de 67 años de edad, estudiado en marzo de 1940.

No hay datos patológicos de importancia; se niega el contagio sífilítico; no existen antecedentes de alcoholismo.

Enfermedad actual: Se inició en noviembre de 1938 con un ictus congestivo pasajero que se repitió en cuatro ocasiones

En los **colapsos**



en los cuales se impone una intervención terapéutica rápida, es de vital importancia la acción energética sobre los

centros circulatorio
y respiratorio

que ejerce el

CARDIAZOL «KNOLL»

REG. 30770-90 19
670 D.S.R.

Prop. No. 12388



Reabsorción muy rápida; no hay peligro de una dosificación excesiva.

Ampollas — Líquido — Tabletas.

Para intoxicaciones y como medicamento despertador en las anestésias ampollas de 3 c.c.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

en el curso de una semana, quedando como secuelas inmediatas disartia acentuada y crisis de llanto espasmódico; algunas semanas después se observaron insomnio, inestabilidad afectiva y puerilidad mental.

En un año de evolución los síntomas indicados se exageraron notoriamente, con excepción del estado mental que recobró su normalidad. Además se instalaron otras manifestaciones: disfonía, disfagia y crisis de tos espasmódica.

Tres meses antes de su estudio (enero de 1940), sufrió ictus intenso con estado comatoso y pérdida de la conciencia durante varias horas; al salir de aquél existía paraplejía casi absoluta y desviación de los rasgos fisonómicos hacia el lado izquierdo; desde esta última fecha todas las manifestaciones sintomáticas se han acentuado ostensiblemente y han aparecido de nuevo trastornos psíquicos discretos: puerilidad, hipomnesia total, inquietud, irascibilidad y torpeza psíquica.

Finalmente se han agregado síntomas paréticos de los miembros superiores.

Exploración neurológica. a) —Motilidad de la cara: diplegia facial de predominio derecho; de este lado es de tipo periférico, pues está atacado el facial superior (borramiento de los pliegues frontales y lagofthalmía ligera); los movimientos automáticos abolidos, facies de máscara, fija; la comisura labial alargada y desviada hacia el lado izquierdo; el enfermo no puede silbar ni "hacer el hocico". Los movimientos de diducción torpes, los de succión muy difíciles de verificar. Torpeza en la masticación de los alimentos; disfagia en el primero y segundo tiempos de la deglución, especialmente para los líquidos. Reflejos masaterino y de Guillain, muy exaltados.

Los movimientos de la lengua son torpes y lentos; algunos muy difíciles de realizar, especialmente el de proyección hacia adelante; hay ligero temblor fibrilar.

El velo del paladar está caído y flácido, la úvula desviada hacia la izquierda; signo del telón, desviándose el velo hacia la izquierda cuando se ponen en juego los músculos faríngeos (pronunciación de la "a" y "o" con la boca abierta). Los reflejos del velo del paladar y faríngeo están abolidos.

b).—Lenguaje: la voz es lenta, sin modulaciones, afónica, a veces no se le entienden las palabras; no puede hablar en voz baja, pues cuando trata de hacerlo únicamente se oye un soplo suave (dispneumia de Pierre Marie); ofrece una

dislalia mezcla de logoclonia, voz nasal y afónica. Las letras vocales "A" "U", etc., no puede pronunciarlas; algunas letras linguales tampoco las llega a pronunciar correctamente.

c).—El estudio laringoscópico muestra que las dos cuerdas vocales están flácidas, pero especialmente la derecha; esta última ha perdido su tonicidad, y a cada espiración es rechazada por la columna de aire.

d) Motilidad de los miembros: Existe hemiplejía total izquierda, de predominio crural. Igualmente se observa hemiplejía derecha, aunque menos acentuada, pudiendo verificar ligeros movimientos con el miembro superior y otros más extensos con el inferior. La marcha es prácticamente imposible. Se observa hipertonia difusa, de tipo plástico, con signo de la rueda dentada y exageración de los reflejos de postura de Foix, trastornos más notables del lado izquierdo; asimismo hay hiperreflexia tendino-perióstica mayor del lado izquierdo. Signo de Babinsky bilateral, muy ostensible en el izquierdo, discreto en el derecho.

No se observan trastornos tróficos en ninguna parte del cuerpo.

e) Los restantes pares craneanos no ofrecen alteraciones. No hay nistagmus ni oftalmoplejías, convergencia ocular correcta. Pupilas normales, reaccionan bien a la luz. Ninguna alteración sensitiva de la cara. Acumetría normal; pruebas de rotación y calórica, respuestas débiles, pero normales. No hay alteraciones del gusto. La rama externa del espinal no se exploró en vista de su inutilidad por la parálisis.

f) Otros datos: Se observa reflejo de Radovici bilateral, muy marcado. Salivación abundante, a veces y a consecuencia de las disfagia, la saliva se escurre por la comisura labial derecha. Con frecuencia se presentan crisis de llanto espasmódico, y entonces la musculatura de la cara recobra transitoriamente su movilidad.

Las funciones cerebelosas no se pudieron explorar correctamente a consecuencia de los trastornos motores; sin embargo, las pequeñas pruebas hechas con los miembros derechos indican que no hay dismetría; por lo demás, las pruebas laberínticas revelan normalidad y el interrogatorio no descubre la existencia con anterioridad, de trastornos de asinergia y del equilibrio.

La exploración del aparato cardio-vascular indica estado ateromatoso de las arterias periféricas, signo de la temporal

y de la humeral, arteria radial dura y no depresible. Pulso amplio, fuerte, rítmico, 80 por minuto. La tensión arterial es de 180 Mx., 90 Mn. (método auscultatorio). El latido aórtico se siente en el hueco supraesternal; la zona de los grandes vasos está ensanchada a la percusión. Como dato de auscultación se encuentra timbre duro del segundo tono en la base. La radiografía del corazón señala hipertrofia del ventrículo izquierdo, opacidad y mayor amplitud de la aorta.

El examen serológico proporciona datos negativos: en el L.C.R. no hay signos de reacción meníngea.

Resumiendo, la observación es la siguiente: sujeto de 67 años, con signos de esclerosis vascular que hace dos años después de una serie de ictus congestivos quedó con manifestaciones paréticas del hipogloso y del facial, agregándose crisis de llanto espasmódico; después de varios meses de evolución sufre nuevo ictus y en seguida se instala cuadriplejia incompleta entre la cual es posible descubrir un síndrome de Millard-Guibler (parálisis facial derecha periférica y hemiplejia izquierda); a los trastornos motores piramidales de tipo degenerativo (Babinsky), se agregan síntomas extrapiramidales. En la esfera de los pares craneales se encuentran atacados, además del facial, el hipogloso, la rama motora del V par, el neumográstico y la rama interna del espinal (síndrome de Avelis), realizando toda esta sintomatología un síndrome pseudo-bulbar, que por las características evolutivas y clínicas, debe considerarse como de origen protuberancial. Reconocemos, no obstante, que el estudio necrópsico y anatomopatológico son necesarios para ratificar definitivamente el diagnóstico, que al confirmarse vendría a aportar alguna contribución al conocimiento de los síndromes vasculares mesocefálicos.

Sifilis

SULFARSENOL

REG. NO.
3145-D.F.A.

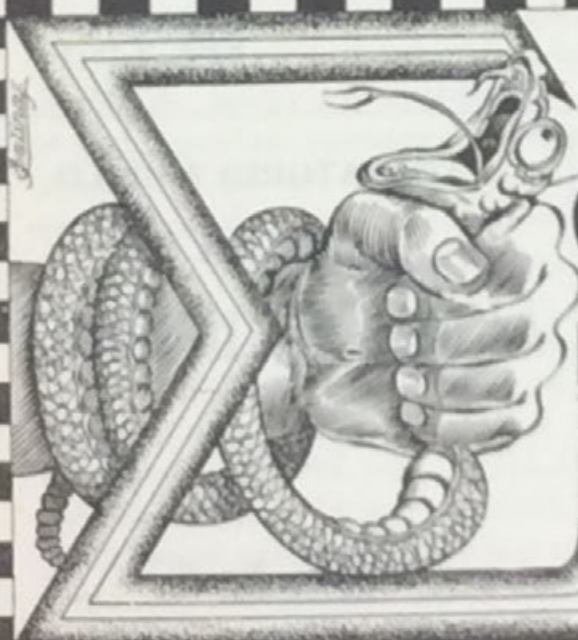
Menor
Toxicidad.

Eliminación
ideal.

Tratamiento
arsenicoide intenso,
con dosificaciones para
Mujeres y Niños. —

Representante: FARMAMEX Productos Farmacéuticos, S. A.
Apartado No. 1257.

México, D. F.



Sigma

PRODUCTO
Sanyn

PARA EL
TRATAMIENTO
ORAL CLASICO DE LA
LUES INFANTIL
HEREDITARIA ó ADQUIRIDA.

COMODO, ECONOMICO,
TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyn CIA. MANUFACTURERA QUIMICA, S.A.

APARTADO - 2612 - MEX. D.F.

REG. N° 15146.D.S.P.

MUESTRAS Y LITERATURA A
DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

Este medicamento
se prescribe y usa en
su forma pura.

Doctor Carlos Pavón A.

Enfermedades Nerviosas y Mentales

Sigredo, 61. Tel. P-40-00
Mixcoac, D. F.

Dr. Roberto F. Cejudo

Transfusiones Sanguíneas

Bucareli, 85.
Teléfonos: 3-34-50 y L-43-74

Dr. Teodoro Flores Covarrubias

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO.

Génova No. 39. Tels.: 4-20-62 y L-72-30

Dr. José Torres Torija

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33. Eric. 2-45-48

Dr. Guido Torres Martínez

Rayos X. Terapia profunda.
Electropirexia

Londres No. 13.
Teléfonos:
Eric.: 4-65-66 Mex.: L-72-68

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.
Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

AUTOMOVILISTAS PELIGROSOS

El examen médico que se hace todavía en México, para otorgar licencias para manejar automóviles, dista mucho de ser científico y está regido por un criterio pueril. Se hace una deficiente investigación del funcionamiento visual y cardíaco, por ejemplo, y no se hace una minuciosa búsqueda de fenómenos de inhibición epiléptica: ausencias, ataques, actos automáticos, estados segundos y crepusculares. Todos sabemos la gran cantidad de epilépticos que hay, pues constituyen la mayoría de nuestros clientes de consulta externa. Sin embargo, ellos se van de vacaciones manejando un automóvil en que conducen a sus familiares o amigos, y los médicos se callan para no faltar al secreto profesional. ¡Peregrina manera de proteger al enfermo y a sus posibles víctimas!

Los que manejan en estado de embriaguez alcohólica, constituyen otra plaga. ¿Y cómo se hace el examen del que acaba de tener un accidente? El practicante de la comisaría le dice que se mantenga sobre un pie y que le haga oler su aliento. Esto no constituye ninguna prueba de ebriedad, ya que se puede estar intoxicado sin exhalar aliento etílico o bien puede la boca oler por haber ingerido una copa, incapaz de embriagar todavía. Lo único serio es la dosificación del alcohol en la sangre y establecer porcentajes para calificar.

Para remediar el mal señalado en segundo lugar, basta instalar personal y utensilios en cada Delegación y puesto de socorros. Para el mal señalado en primer lugar, mientras se establece en el Departamento de Tránsito un reglamento científico para otorgar permisos o títulos para manejar, debe exigirse un certificado de neurólogo; no deja esto de presentar dificultades y da una garantía falaz; pero cuando menos pue-

de hacerse otra cosa: que se permita que los médicos que tenemos clientes epilépticos, suministremos el dato confidencial a la Oficina de Tránsito, para cancelar la licencia al enfermo que la posea o negársela si va a solicitarla. Mucho más frecuente es un atropellamiento o una colisión cuando el que maneja sufre una inhibición epiléptica, que los accidentes a los insuficientes mitrales; en cambio, al que le descubren un soplo cardiaco le niegan la licencia. Esto es pueril.

SUBSTITUTO DEL PENTAMETILENOTETRAZOL

Huyendo de los inconvenientes del tetrazol, se encontró el método eléctrico de Bini y Cerletti, todavía en experimentación; pero vamos a referirnos a un substituto más parecido: al Azoman o triazol o T. 156, que Hoven recomienda en el *J. Belge de Neurol. et de Psych.* 39 A; 9:607. Este producto puede ser empleado por vía intramuscular con efectos convulsivantes, lo que no acontece con el Cardiazol, y suprime el terror del enfermo; se emplea también asociado al choque hipoglucémico. Tiene sus indicaciones en los enfermos de venas difíciles, en los atemorizados; actúa en dosis pequeñas (1.2 a 1.8 de la sol. al 5%), aunque el efecto de este analéptico suele tardar hasta 15 minutos y además hay acumulación.

Cabe también señalar aquí un caso de muerte asociado a la terapia por metrazol (o cardiazol), publicado con informe de autopsia por R. Fellows y F. Koenig, en el *J. of Nerv. and Mental D.*, 90-3. Recomiendan los autores estudiar detenidamente los casos que se den en lo sucesivo.

Como en medicina lo primero es no dañar, todos los medicamentos y métodos nuevos deben emplearse con gran cautela, cumpliendo todos los requisitos de observación y experimentación, de ser posible siempre primero en animales de laboratorio o con controles farmacodinámicos, etc. En la electroterapia convulsivante los italianos han observado todas estas reglas. Además debe después tenerse mucha honradez y mucha minuciosidad para ir esclareciendo los accidentes y poder perfeccionar los procedimientos.

SINDROME DE ADIE

Aunque la etiología de este padecimiento es oscura todavía, es importante señalar que no es luética y que suele semejar tabes dorsal. Etilistas polineuríticos hemos visto en algunos sanatorios, tomados por tabéticos; no sería difícil que lo mismo aconteciera con los que presentan el síndrome de Adie, aunque hay que reconocer que no es tan frecuente. Debe fijarse la atención precisamente porque estamos en la época de estudio del mencionado síndrome. Todo reporte a este respecto debe considerarse como contribución valiosa, y se encarece se haga.

EFFECTOS DE LAS DOSIS CONVULSIVANTES DE CARDIAZOL

Whitehead, Neuburger, Rutledge y Silcott, de Denver (Colorado, E. U. A.), publican en el "American Journal of the Medical Sciences" (199; marzo, 1940), un reporte acerca de sus observaciones en enfermos autopsiados y en experimentaciones en perros. De ellas se desprende que el pentametenotetrazol, usado en dosis convulsivantes, produce lesiones meníngeas y corticales definitivas, cuya trascendencia todavía no se conoce, pues fueron encontradas en animales sacrificados y en enfermos que murieron por causas eventuales, estando en tratamiento por metrazol. Desde luego se sabe ya que el tratamiento mencionado, como el insulínico de Sakel y derivados, no es inocuo.

TERAPIA CONVULSIVANTE

Abachev y Tourkevitch, de Kiev, aconsejan usar el alcanfor en solución de éter, emulsionada o no, en plasma, en dosis de 0.4 a 0.6, vía endovenosa, para substituir al aceite alcanforado, de inconvenientes conocidos, y al cardiazol que resulta costoso o escaso a veces.

IGNORANCIA TERAPEUTICA

Si un psiquiatra cometiera algún error de concepto en forma gruesa, por ejemplo, si dijera un disparate relativo al tratamiento de las salpingitis o de las neumonías, sería con-

LABORATORIOS KÖCH
INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

“BISMUTO KÖCH”

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

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

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

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

Reg. Núm. 17284 D.S.P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL J. CASTILLO

Manuel María Contreras número 106.

Eric. 6-16-24

MEXICO, D. F.

NEUROTONINE

Registro No. 15314

SEDANTE HIPNOTICO ANTIESPASMODICO

FORMULA:

Sal Sódica de ácido Dietilbarbitúrico. 3.00
Extracto de raíz de Valeriana fresca 97.00

Utilísimo en Insomnios, Agotamiento Nervioso,
Espasmos, Estado de Ansiedad, etc., etc.

DOSIS:

Sedante.—Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche.

Hipnótica.—Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS", PARIS

Representante para la República Mexicana:

JUAN DE OLLOQUI

Antonio Sola No. 58.

México, D. F.

siderado como un médico ignorante. Si no se perdona a un neurólogo o psiquiatra la cultura médica general y aun lo obligan a conocer de ciertas especialidades, ¿por qué se tolera tan gran ignorancia de los demás médicos en temas de neurología o psiquiatría? Es muy frecuente oír a distinguidos colegas frases despectivas para la terapéutica neuropsiquiátrica o disculpas pueriles al ignorar "cosas que no son de su especialidad". Sin embargo, es obligatorio a todo médico tener cultura médica general, y ya va siendo hora de que no escuchemos más el estribillo de que en neurología y psiquiatría la terapéutica es muy reducida y también externar conceptos tontos como el de que tal o cual psicosis se "cura" con caerse, con tener relaciones sexuales o con inyecciones de "ovario". Hay que fijarse, por otra parte, que más individuos sanan o mejoran en sus padecimientos nerviosos y mentales, que otros en sus afecciones cardíacas, digestivas y tantas otras. Y se puede decir más; se puede decir que, exceptuando la cirugía, es en neuropsiquiatría donde ha habido mayor adelanto en materia médica; y desde luego es la rama de la medicina interna que ha progresado más en lo que a nosografía, etiopatogenia y terapéutica se refiere. Y, por fortuna, la que todavía guarda más secretos. Se dice por fortuna, pues tan hermoso campo tiene todavía mucho por cultivar y junto con frutos puede deparar sorpresas, siendo todo ello en bien de la ciencia y de la humanidad. La incultura neuropsiquiátrica de los médicos, nunca justificable pero anteriormente explicable, hoy no tiene razón de persistir. En algunas Universidades se lucha ya contra esto.

LABORATORIO MEDICO

DRES. R. GONZALEZ MARTINEZ, LAURO
ORTEGA M. Y FERNANDO PAREDES

ANALISIS CLINICOS - METABOLISMO BASAL

San Juan de Letrán No. 11, Edificio Banco
General, Desp. 603 y 604. — México, D. F.

Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39

México, D. F.

Teléfonos: L-72-30 y 14-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

Director: Dr. Samuel Ramírez Moreno.

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

Exámenes neurológicos: *Dr. Carlos Pavón Abreu.*

Neurocirugía: *Dr. Conrado Zuckermann.*

Clínica interna: *Dr. Roberto Llamas.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

Radiodiagnóstico, electrodiagnóstico y fisioterapia: *Dr. Teodoro Flores Covarrubias.*

Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*

Neuroendocrinología: *Dr. Enrique Calvo Badia.*

Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto Cejudo.*

Oftalmología: *Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

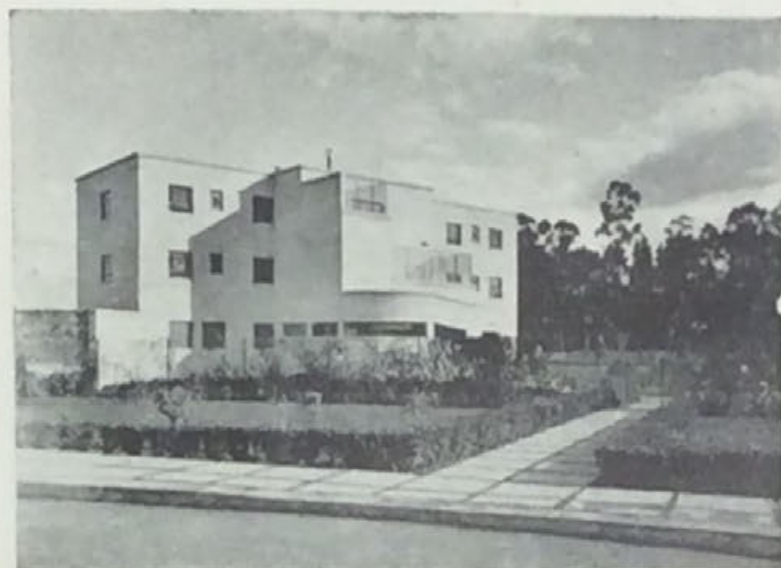
Odontología: *Dr. Jorge Torres M.*

Masoterapia: *Prof. Heliodoro Maldonado.*

Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

SANATORIO PARA ENFERMOS MENTALES
Y NERVIOSOS

Avenida México Núm. 10
Axotla, Villa Obregón, D. F.
Tel. P. 36-50



Director:

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico:

Dr. Juan Peón del Valle.

Médico Interno:

Dr. C. Chamarro.

Todo el Personal Especializado.