

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL



SUMARIO :

NOVENO ANIVERSARIO.—*Por Conrado Alva.*

HEMORRAGIAS Y REBLANDECIMIENTOS
CEREBRALES.—*Por el Dr. Adolfo M. Nieto.*

PSICOANALISIS DE LA TIMIDEZ SEXUAL.—
Por el Dr. Eduardo Urzáis.

MAS PSIQUIATRIA PARA LOS ABOGADOS.
—*Por el L.c. Fernando Lavalle.*

REVISTA CLINICA.—*Por el Dr. Carlos Pa-
vón A.*

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



VOL. VII

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 40

10. DE NOVIEMBRE DE 1940.

MEXICO, D. F.

Quimofarma
FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS
CALLE DE PUEBLA 502A ERIC. 4-47-15
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

NUCLEOPROTEIN

Registro No. 17216 D. S. P.

Único producto proteínico elaborado
de leche de vaca del país.
No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

Para el tratamiento proteino-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. 40. 1o. DE NOVIEMBRE 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 Robleda.
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:

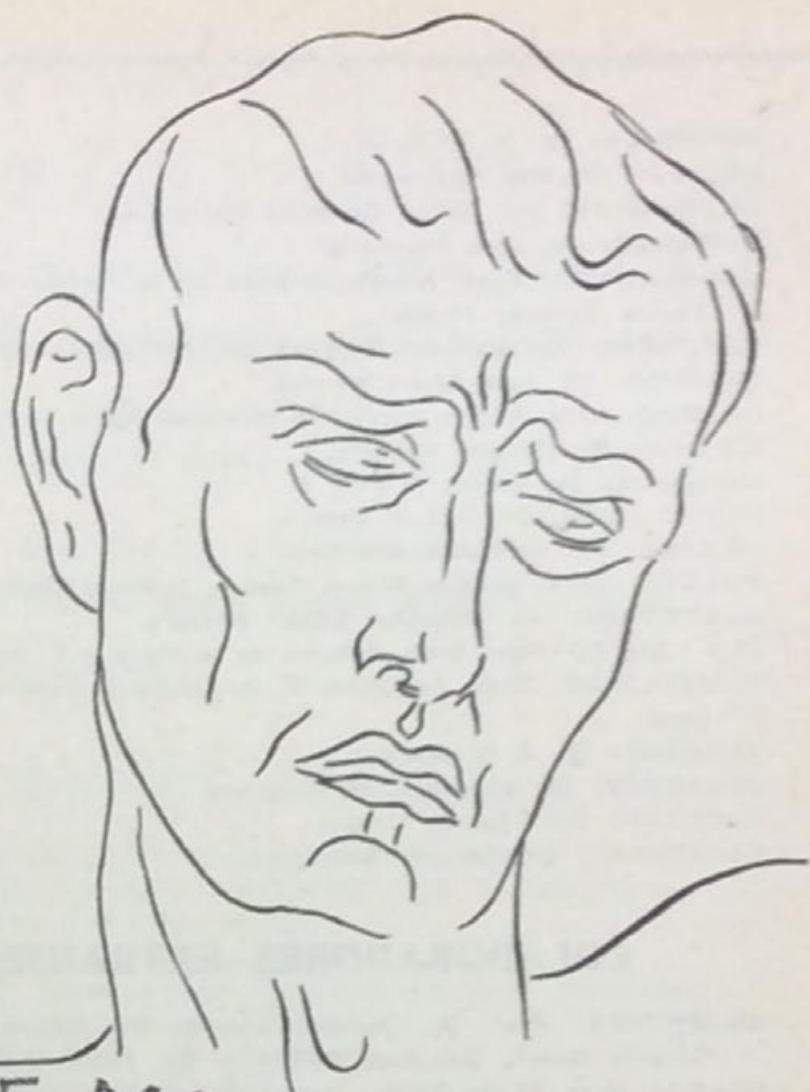
DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil,
Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.
AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.
BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.
CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.

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, Heltor Péres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dr. Juan Garafullc.
ECUADOR: Dr. Julio Endara.
ESPAÑA: Dr. Antonio Torres López.
ESTADOS UNIDOS: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waralch, 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 Caravedo.
URUGUAY: Dr. Antonio Sicco.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palla.

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.



EN VEZ DE MORFINA

Prop. No. 15.602

Eucodal

(Marca Registrada)

ampolletas de 0.01g y 0.02g

Merck

Reg. No. 260-D. S. P.

ESTE PRODUCTO ESTA SUJETO PARA SU VENTA A LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE RIGEN SOBRE PRODUCTOS ENERVANTES Y SOLO DEBE USARSE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA.

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

Noveno Aniversario

El 10. de diciembre de 1940 inicia su décimo año de vida la Clínica Neuro-Psiquiátrica del Dr. Samuel Ramírez Moreno. El espíritu de la institución y su orientación científica ha permanecido el mismo a través de estos años; pero, naturalmente, los edificios que forman el establecimiento, así como sus equipos, han progresado y se han adaptado a los adelantos de la medicina y al crecimiento del sanatorio.

Es actualmente una policlínica de sub-especialidades relacionadas con la neurología y la psiquiatría, tanto por lo que respecta al personal médico, como a los servicios de gabinete, laboratorio, sanatorio, consultorios y demás. No en vano ha aportado su Director las innovaciones que tomadas de los medios europeo y norteamericano son adaptables a nuestro ambiente y a nuestras condiciones, y no en vano se ha preocupado porque el personal esté adiestrado y especializado. El resultado ha sido la creación, subsistencia y progreso de la mejor institución para enfermos mentales y nerviosos de México, con el gran mérito de ser la única construída y establecida ad-hoc y sin ayuda oficial, por iniciativa privada de un maestro que ha sabido comunicar a sus antiguos discípulos y constantes y directos colaboradores el mismo entusiasmo y el mismo empeño, con iguales anhelos y con tan nobles fines.

El año pasado se publicó en esta revista un informe estadístico sintético y gráfico que da una idea del sistema de trabajo de la Clínica. Cuando cumpla dos lustros se insertará otro igualmente ilustrativo que permita establecer comparaciones y apreciaciones sobre los padecimientos mentales y nerviosos en nuestro medio.

Conrado ALVA.



Vagotonias	BELLAFOLINA	dos veces menos tóxico que la atropina (parkinson).
	12464 D. S. P. 10135 D. S. P. 9688 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.	
	BELLERGA	sedante estabilizador del tono neuro-vegetativo.
Anfotonias	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.

Hemorragias y reblandecimientos cerebrales

Por el Dr. ADOLFO M. NIETO

Es parecer unánime considerarlos complejos anatomo-clínicos totalmente distintos.

Las diferencias sintomáticas entre unas y otros se refieren a la aparición de los accidentes respectivos: siempre instantánea —pero por lo común sin pérdida del conocimiento— en obstrucciones embólicas; frecuentemente repentina y con pérdida del conocimiento a propósito de hemorragias —capaces sin embargo, de provocar apoplejías progresivas (ingravescent apoplexy) cuando la salida de la sangre se efectúa con lentitud—, y habitualmente pausadas —y aun por etapas o precedida de prodromos— tratándose de obstrucciones trombósicas, bien que —a veces— éstas provoquen ictus como las hemorragias y las embolias, gracias a espasmos —comunes en arteriolas enfermas— que estrechan la luz del vaso afectado y completan así la reducción de calibre lograda por las alteraciones de la pared; al sitio de los desórdenes nerviosos: indiferente en los de origen hemorrágico o trombósico, y en la mitad derecha del cuerpo cuando son de procedencia embólica; a la extensión de los mismos: monopléjica y excepcionalmente hemipléjica, si obedecen a trombosis, habitualmente hemipléjica —si dependen de embolia— y siempre de esa distribución cuando reconocen cepa hemorrágica; a los síntomas circulatorios y generales concomitantes: hipertrofia cardíaca, galope ventricular izquierdo, bradicardia, hipertensión arterial, hipotermia inmediata —como en toda hemorragia interna— y reacción febril subsecuente en los accidentes hemorrágicos, hipotensión arterial

e hipertemia inicial —de corta duración— en los trombóticos, y signos de afección circulatoria embolígena en los embólicos; y a los síntomas humorales susceptibles de ser hallados durante los primeros días posteriores al suceso: hipertensión, hemorragias macroscópicas o histológicas y —a veces— linfocitosis del L.C.R. —en hemorragias—, linfocitosis del mismo (sin hipertensión ni hemorragias) y linfocitosis sanguínea —en reblandecimientos—.

Las anatomo-topográficas se destacan, cuando se comparan las localizaciones habituales de una y otra encefalopatías vasculares. Siendo ambas arteriales —ya que las hemorragias venosas no forman "focos", sino infiltraciones difusas, y que las trombosis de venas o de senos provocan lesiones parecidas a las arteriales hemorrágicas y disímiles de las necrobióticas por isquemia— cada una de ellas prefiere lugares determinados.

Las hemorragias, casi siempre centrales, se hacen a expensas de las ramas perforantes de la Silviana y —muy en particular— de la llamada por Charcot arteria de la hemorragia cerebral: la lenticulo-estriada, perteneciente al grupo externo de las estriadas anteriores, que pasa entre el núcleo lenticular y la cápsula externa, atraviesa la cápsula interna y termina en el núcleo caudado; las trombosis ocupan comúnmente vasos de manto cerebral y son —pon ende— fundamentalmente superficiales, aunque no pocas veces se extienden a las ramas "medulares" que ganan la profundidad de los hemisferios; y las embolias pueden ser superficiales y profundas a la vez, o principalmente superficiales, según que el cuerpo extraño se detenga atrás de la emergencia de las arterias perforantes o después de su nacimiento.

En sentido patogénico, las hemorragias y los reblandecimientos se alejan más todavía.

Las hemorragias obedecen habitualmente a la ruptura de pequeñas dilataciones arteriales de un milímetro de calibre cuando más —aneurismas miliares— que ocupan arteriolas, lenticulo-estriadas en particular, de medio milímetro de diámetro, y cuya formación reconoce dos antecedentes: debilitamientos circunscritos de la pared, como resultado de una modalidad de arteritis crónica que procede en minúsculos focos diseminados y ataca de preferencia la túnica media,

enrareciendo sus fibras musculares; y presión excéntrica de la sangre, tanto más perjudicial cuanto que la mesarteritis preparadora del accidente se desarrolla en sujetos casi siempre hipertensos y tiene predilección por vasos cerebrales en los que la tensión arterial es tan grande como en las carótidas. Sin embargo, por excepción acontece que no se encuentran aneurismas miliares, y —entonces— se invocan otras arteriopatías como causas predisponentes de la ruptura arteriolar: aneurismas disecantes (disociación de las tunicas arteriales por la corriente sanguínea, hasta irrumpir al exterior), arterioesclerosis y ateroma, bien que estos últimos sean para algunos (Claude) responsables de reblandecimientos trombóticos mejor que de hemorragias. Los llamados "aneurismas espúreos" extravasaciones de sangre en la adventicia de arteriolas y capilares no forman hemorragias en foco, sino capilares difusas que corresponden a la "apoplejía capilar de Cruveilhier".

Los reblandecimientos reconocen patogenia compleja y de índole diferente en cada una de sus etapas.

El blanco —etapa isquémica— es función de dos factores: obstrucción de una arteria, ora mediante alteraciones previas de su pared que acarrear la formación de un trombo en el sitio afectado (endarteritis obliterantes, ateroma, arterio-esclerosis), o bien por la emigración de cuerpos extraños en el sistema arterial (carótida primitiva, carótida interna y silviana izquierda) hasta alcanzar en la última, lugar donde su propio volumen los obliga a detenerse; y vasoconstricción, distal respecto del obstáculo, que completa el efecto mecánico del trombo o del émbolo (comúnmente incapaces de ocluir —por sí solos— el vaso interesado) y cuya intervención es consecuencia de las lesiones parietales en caso de trombosis, y de actuación refleja del cuerpo extraño en caso de embolias. La patogenia del rojo ha sido motivo de hipótesis variadas: Conheim lo atribuyó a congestión venosa retrógrada, esto es: a un proceso estrictamente circunscrito al territorio del vaso obstruido y consistente en retroceso de la sangre, de las venas a los capilares y de éstos a las arteriolas. Virchow pensó en fluxión colateral retrógrada: la sangre de los territorios arteriales indemnes —territorios que circundan al del vaso afectado— gana los capilares y las venas correspondientes y de éstas —aprovechando múltiples anastomo-

sis— pasa a las venas, los capilares y la arteriola exangües, hasta el sitio mismo de la obstrucción. Y otros (Lami) admiten infiltración de sangre en dirección centrifuga (y no centripeta o retrógrada, como supusieron Conheim y Virchow) que se extiende del punto obstruido a los capilares, invadiendo primero la pared arteriolar y después su vaina linfática.

El reblandecimiento amarillo es resultado de tres procesos: necrobiosis, eliminación de residuos y cicatrización.

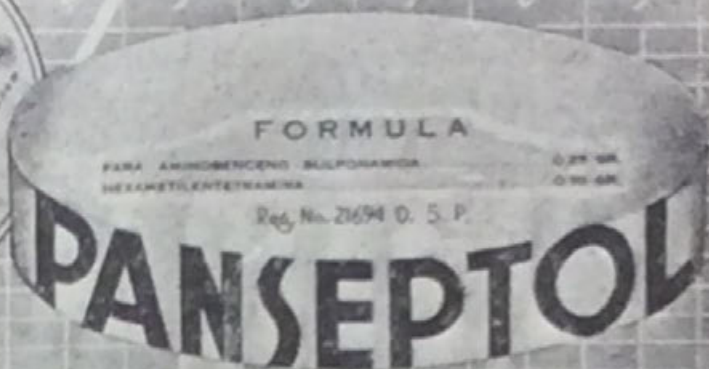
Sus características anatómo-patológicas son también disímiles.

Las hemorragias desgarran la cápsula interna y aun inundan los ventrículos, si se producen a expensas de la porción terminal de las arterias lenticulo-estriadas; pero con mayor frecuencia proceden del tramo yuxta-lenticular de las mismas y forman hematomas que —por su situación entre el lenticular y la cápsula externa— obran sobre la interna comprimiéndola solamente. En época ulterior, el hematoma se reabsorbe parcialmente dejando quiste lleno de líquido claro, o lo hace en totalidad y entonces no se encuentra en el sitio que ocupó, más que una cicatriz fibrosa teñida de amarillo.

Las obstrucciones —sean embólicas o trombósicas— provocan desde luego isquemia del territorio correspondiente, y en seguida reblandecimiento blanco. Este último —de corta duración y caracterizado por palidez y disminución de consistencia de la zona afectada, hasta dar sensación de fluctuación falsa— es el único cambio visible en necropsias de sujetos que sufrieron la obstrucción de un gran tronco (generalmente mortal), y la primera de una serie integrada por los reblandecimientos rojo y amarillo, cuando se trata de obliteraciones compatibles con la vida. Hay sin embargo, quienes nieguen el reblandecimiento blanco y afirmen que las alteraciones de orden isquémico son rojas desde su comienzo.

El reblandecimiento rojo —de tinte uniforme, o exhibiendo puntos más oscuros en su parte central— representa la fase congestiva del proceso y se caracteriza por estasis sanguínea, hemorragias capilares frecuentes a las que debe su aspecto puntuado y —por excepción— focos hemorrágicos extensos (reblandecimiento hemorrágiparo de Rochoux). A veces, la zona en estado de reblandecimiento rojo muestra lesiones de encefalitis.

En las Septicemias



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



UNION MEDICA MEXICANA S. A.

LABORATORIOS TERAPIA

MEXICO, D. F.

LABORATOIRES BEYTOUT - PARIS V E R Y L

CIANURO DE MERCURIO ORGANICO
INYECCIONES INTRAVENOSAS o INTRAMUSCULARES

Reg. Núm. 15,649. D.S.P.

INDICACIONES:

Todas las indicaciones del cianuro de mercurio particularmente en la

SIFILIS

En todas sus fases

Diurético, activo y rápido.

COMPOSICION:

Nitrilo Metileno aminato de mercurio (Derivado orgánico aminato del cianuro de mercurio).

POSOLOGIA:

La del cianuro corriente: 1/2 c.c. el primer día, 2/3 de c.c. el segundo día, 1 c.c. los días siguientes.

MAS ACTIVO Y MENOS TOXICO QUE EL CIANURO CORRIENTE. EL

V E R Y L

NO PROVOCA NUNCA INTOLERANCIA NI INTOXICACION MERCURIAL

Caja de 20 ampolletas de 1 c.c.

Usese por prescripción y bajo vigilancia del médico.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

VARSOVIA NUM. 19.

MEXICO, D. F..

El reblandecimiento amarillo —hallado de preferencia a los anteriores en los exámenes necrópsicos— corresponde a la etapa terminal del proceso y reviste aspecto variable con su sitio: si ocupa la corteza forma placas deprimidas, amarillentas y duras en las que se encuentran engrosamientos de las meninges, adherencias de las mismas y atrofia de las circunvoluciones; y si la profundidad, pérdidas de sustancia, de paredes anfractuosas y amarillentas y de cavidad interrumpida por bridas —o tabiques— y llena de líquido lechoso.

Finalmente, desde el punto de vista etiológico hay que separar los reblandecimientos embólicos de los trombóticos y de las hemorragias. Aquellos tienen etiología especial —bien conocida—, en tanto que los segundos obedecen a motivos comunes: intoxicaciones exógenas —alcohol, plomo—; intoxicaciones endógenas —gota—; infecciones generales —sífilis—; y afecciones vasculares —arteritis crónicas, particularmente las obliterantes sífilíticas, ateroma, arterioesclerosis—. Pero si las intoxicaciones parecen provocar lo mismo alteraciones arteriales hemorragiparas que obstructivas, la sífilis posee —para algunos— importancia dudosa respecto de las primeras; el ateroma acarrea —sobre todo— reblandecimientos trombóticos, y la arterio-esclerosis, hemorragias. Por esta razón, la hemorragia cerebral figura con frecuencia entre las complicaciones del Brightismo.

Tal es —en resumen— el criterio sostenido sobre el particular, a partir de los memorables estudios anatomo-patológicos de Charcot y Bouchard en la segunda mitad del siglo pasado. Pero desde un principio, no faltó quien pusiera en tela de juicio el valor absoluto de sus afirmaciones fundamentales; más tarde diversos observadores señalaron casos aislados de encéfalopatías vasculares que se alejaban abiertamente de él en sentido anatomo-patológico; en los últimos tiempos, investigaciones intencionalmente emprendidas a fin de ratificar —o rectificar— dicho criterio clásico, han conducido a conclusiones que invalidan casi por completo sus componentes anatomopatológico y patogénico, sin menoscabo de los demás.

Con relación a las hemorragias, el examen macroscópico y microscópico post mortem niega el aneurisma miliar, la ruptura de arteriolas, la irrupción brusca de la sangre fuera de los vasos y la dilaceración del perénquima por ella, creándose una cavidad donde se vierta, estanque y acumule; establece que estriban en infiltración de sangre, primero a través de la pared vascular y en varios sitios —como si fueran múltiples los lugares de rezumamiento— y después en el parénquima, sin disociarlo y circunscribiéndose estrictamente al territorio de la arteriola interesada; y obliga a concluir —por dichas circunstancias— que deben ser incluídas en la categoría de los infartos y calificadas de infartos hemorrágicos.

Y en sentido patogénico se afirma que, si los fenómenos de referencia exigen alteraciones previas de las paredes arteriales y del parénquima mismo —ya que las primeras se prestan a la extravasación inicial y el segundo a la infiltración consecutiva—, esas alteraciones —a su vez— son provocadas o agravadas por espasmos vasculares, en forma acerca de la cual no se ha conseguido acuerdo.

Para algunos, lo hacen mediante isquemia repetida. Cada brote de vaso-constricción e isquemia lesiona paredes y parénquima, acabando por desorganizarlos, y —en tales condiciones— la sangre que afluye bruscamente al fin de un nuevo espasmo, forza la pared despojada de su firmeza natural, la atraviesa por diapédesis en masa, e inunda el parénquima igualmente incapaz de oponerle resistencia.

Para otros, la vasoconstricción es únicamente proximal y se complica de vaso-dilatación distal paralítica. El espasmo no ciega completamente la luz del vaso enfermo y —en consecuencia— la sangre logra franquearlo, aunque con lentitud y como "a través de un gotero"; pasa al tramo siguiente al que se encuentra en estado de dilatación, y se estanca en él y en sus colaterales, acarreando anoxemia en primer término y alteraciones orgánicas en segundo, tanto de las paredes vasculares como de la sustancia cerebral. Preparado el terreno de ese modo, la diapédesis hemorrágica se desarrolla sin obstáculo, cuando cede a un espasmo proximal más intenso o más largo que los anteriores y crecen repentinamente el volumen y la presión de la sangre que llega al territorio distal.

Y otros, admitiendo que el proceso consiste efectivamente en vaso-dilatación reiterada, estasis, anoxemia, desorganización y diapédesis hemorrágica, subordinan el trastorno inicial —vaso dilatación— no sólo a espasmos proximales, sino a toda circunstancia capaz de actuar como excitante de las paredes vasculares: lesiones agudas o crónicas de las mismas, hipertensión, embolias.

Y por lo que toca a los reblandecimientos, los propios medios de investigación anatómo-patológica ratifican las características asignadas a sus etapas de reblandecimiento rojo y de reblandecimiento amarillo, demostrando —por otra parte— que la obstrucción arterial trombótica o embólica no es causa necesaria, ni suficiente de reblandecimiento. No es necesaria porque se conocen casos evidentes de necrobiosis cerebral isquémica sin obstrucción efectiva de la arteriola que irriga el territorio enfermo (obstrucciones totales: 30 por ciento; subtotales: 22 por ciento; incompletas: 48 por ciento —estadística de Foix—), y porque —mediante embolias experimentales— se han logrado infartos que exhiben las particularidades histológicas de los hemorrágicos; y no es tampoco suficiente, por haberse probado que pueden encontrarse estenosis arteriales indiscutibles sin necrobiosis del territorio respectivo.

Debe, pues, asentarse que no hay barreras infranqueables entre el infarto isquémico y el hemorrágico; y que en la patogenia del primero —como acontece en la del hemorrágico— media un factor funcional (constrictivo, brusco y transitorio, distinto de los estenosantes orgánicos y capaz de actuar aisladamente o de sumarse a los segundos) no otro que el espasmo vascular sucesivamente supuesto, recusado, supuesto de nuevo y reconocido al fin en forma decisiva como parte integral —y a veces esencial— de los procesos en consideración. De tiempo atrás se le había creído responsable, tanto de los fenómenos de claudicación intermitente cerebral que suelen preceder al establecimiento de síntomas isquémicos definitivos, como de aquellos que —en ocasión de embolias o de trombosis— integran el cuadro clínico inicial y regresan después, dejando el campo a un menor número de trastornos estables; fué rechazado en cierta época, de conformidad con la idea de que los vasos cerebrales carecían de nervios vasomotores y con los resultados negativos de algunas experien-

cias; pareció verosímil, cuando se descubrieron filetes vaso-motores en las arterias del cerebro; y por último, se le comprobó de visu, presenciando en trepanados y a favor de estímulos diversos (mecánicos, eléctricos, químicos o fisiológicos —extirpación del ganglio cervical superior—) reacciones vaso-motoras manifiestas, bien que —en ocasiones— débiles y de tipo especial. La adrenalina —por ejemplo— provoca vaso-constricción cerebral, solamente en solución ácida o previa aplicación de yohimbina.

En suma, sin negar de modo absoluto la posibilidad de hemorragias por efracción de la pared y desgarradura del parénquima (repulsa que Savy califica de excesiva), se piensa en la actualidad que ellas y los reblandecimientos obedecen a mecanismos patogénicos de comienzo uniforme y de evolución variable.

El primero —igual para el infarto isquémico y para el hemorrágico— consiste en suspensión intempestiva de la circulación en un territorio vascular, bajo el influjo de motivos locales, generales, o de las dos categorías. Locales: orgánicos (embolias, trombosis, arterio-esclerosis), funcionales (espasmos) y más frecuentemente complejos —orgánico— espasmódicos. Generales: hipertensión, hipotensión, disminución de la masa de la sangre.

Y la segunda encarrila los desórdenes iniciales hacia uno u otro tipo de infarto, de acuerdo con las particularidades del espasmo y con las condiciones —locales o generales— en medio de las que se desarrolla. Si los vasos y el parénquima se mantienen intactos, el aparato circulatorio funciona normalmente y el espasmo es poco intenso y de corta duración, éste provoca solamente perturbaciones isquémicas pasajeras; pero si los vasos y el parénquima sufren —ora por causa ajena al espasmo, o bien como resultado de otros anteriores— y si —además— el espasmo actual es de instalación brusca, intensidad desmedida y duración considerable, desencadena reacciones secundarias cuya forma depende de circunstancias circulatorias generales:

En caso de hipertrofia cardíaca e hipertensión arterial, es seguido de vaso-dilatación paralítica, estasis, anoxemia y diapédesis, siempre dentro del territorio vascular respectivo, mayores (la diapédesis especialmente) en la porción proximal del mismo y que realizan el infarto hemorrágico, proceso

descrito con anterioridad pero juzgado extraordinario, al que se imputan actualmente la mayoría de las hemorragias cerebrales; y en condiciones opuestas (hipotensión, lentitud de la corriente, disminución de la masa de la sangre), el espasmo y la anemia local perduran hasta el fin y promueven necrobiosis acompañada de diapédesis discreta, esto es: infarto isquémico, cuatro veces más frecuente que el hemorrágico (100 x 25, en un acervo de 125 casos).

El ictus apoplético del infarto hemorrágico y —en menor escala— del isquémico, es función de reacciones vasomotoras encefálicas generalizadas, tanto más fáciles cuanto mayores son la brusquedad, la extensión, la intensidad y la duración del espasmo.

Las orientaciones prácticas que derivan de este modo de ver se refieren exclusivamente al tratamiento patogénico del ictus apoplético, es decir, a la elección de arbitrios para menguar la hipertensión —general y encefálica— del infarto hemorrágico y los desórdenes vaso-motores del propio y del isquémico: Sangría, Raquicentesis, Medicación vascular.

SANGRIA Y RAQUICENTESIS

Deben ser proscritas, en principio.

La primera se impone solamente en hipertensiones excesivas con signos de insuficiencia ventricular izquierda, está formalmente contraindicada en viejos —cualesquiera que sean las particularidades del caso—, y es expediente de pertinencia condicional en adultos portadores de hipertensión mediana: indicada cuando la hipertensión se complica de insuficiencia izquierda, habrá que rehuirla si la primera se presenta aislada, visto que no entraña —por sí misma—, peligro inminente y que su importancia patogénica es problemática. En lugar de que la hipertensión sea causa del infarto, pudiera ser efecto de él u obedecer entrambos a una causa común, como las hipertensiones experimentales provocadas mediante bloqueo del L. C. R., dilatación del tercer ventrículo y compresión hipotalámica, o por inyección arterial de sustancias diversas que excitan las terminaciones de los vaso-motores.

Y en cuanto a la raquicentesis, su única indicación es la presencia de síntomas meníngeos (contractura inmediata, convulsiones). Fuera de tal eventualidad es preferible limitarse al empleo de sustancias como la arterocolina, propuesta adelante para otros fines; o al de recursos utilizados a diario en hipertensiones cerebrales y a los que se olvida —sin motivo ostensible— en el tratamiento del ictus apoplético: inyecciones intravenosas de sueros hipertónicos —sacarosado o glucosado—, en cantidad moderada, e intramusculares de sulfato de magnesia al 25% (5 a 10 c. c.). Los médicos franceses recomiendan la aplicación de sanguijuelas (2 a 4) en las apófisis mastoides, inusual en nuestro medio.

TERAPEUTICA VASCULAR

Dentro del concepto patogénico que priva, debe ajustarse a la administración de vaso-constrictores locales e hipotensores generales en el infarto hemorrágico, y al de vasodilatadores locales en el isquémico. Pero los fenómenos vaso-motores espontáneos, en general, son de tal modo complejos e inestables que parece legítimo —como ya se indicó—, atribuir ambas clases de infartos a un proceso único —orgánico-espasmódico— de idéntica naturaleza para los dos; los espontáneos creadores del infarto hemorrágico en particular, son mal conocidos todavía, puesto que algunos autores hablan sólo de isquemia repetida, alteraciones consiguientes de las paredes arteriales y diapêdesis, en tanto que otros lo hacen de vaso-dilatación distal paralítica, estasis, anoxemia y diapêdesis; y los provocados mediante preparaciones de actuación vascular estriban en reacciones primarias y secundarias antagónicas, que impiden la obtención de efectos uniformes.

Resulta, pues, ocioso quizá, y —por el momento, impracticable—, pretender la implantación de tratamientos especiales para cada tipo de infarto; y en estas condiciones, la mayor verosimilitud conferida a la noción de que uno y otro dependen de un mismo desorden vaso-constrictor —ora durable, o transitorio y seguido de vaso-dilatación paralítica—, justifica la administración de preparados vaso-dilatadores en los dos.

Entre los que integran ese grupo, se da la preferencia a la acetilcolina en inyecciones subcutáneas de 0.20 —una o dos veces al día—, porque es vaso-dilatadora de acción lenta y moderada, abate levemente la tensión arterial y obra sobre arteriolas, mientras la extravasación del infarto hemorrágico es netamente capilar. Lo último permite descartar la objeción teórica de que agravara la diapédesis hemorrágica, en lugar de reprimirla.

Y al lado de la acetilcolina cabe mencionar las sustancias que pasan por reguladoras del sistema vegetativo, con influjo especial sedante sobre el simpático o estimulante sobre el parasimpático: benzoato de bencilo, passiflora, crataegus, beleño, etc., que entran en la composición de preparaciones como el Aspasmol Wassermann, las Gotas 29, la Passiflorina, el Ifupasil, la Espasmosedina, el Neurotensyl, el Bellergal, etc., etc.

B I B L I O G R A F I A

- Claude H.—Enfermedades del Sistema Nervioso.
Cossa P.—Fisiopatología del Sistema Nervioso.
Savy P.—Tratado de Terapéutica Clínica.

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.



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° 13146 D.S.P.

MUESTRAS Y LITERATURA A
DISPOSICION DE LOS DRES. MEDICOS

Usese exclusivamente
por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

LABORATORIOS KÖCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

SULFO-MAGNESIO KÖCH

Poderoso auxiliar en algunos padecimientos del sistema nervioso. (Esclerosis nerviosas, especialmente medulares, esclerosis en placas, mielitis crónicas, poliomielititis, corea, tétanos, meningitis cerebro-espinal, eclampsia, etc.) El ion magnesio es uno de los mejores excitantes de la neurona (Dres. Vignon y Pierre Delbet). Estos autores consideran que el ion magnesio obra co-

mo catalizador en estos padecimientos, no debiendo descuidar el tratamiento de fondo, en alguno de ellos. (Bismuto Köch, Reg. No. 17284. D.S.P. en los casos de origen luético). Posología: Por vía intrarraquidea o intracraneana. Una ampolleta cada 15 días. (Dr. Vignon). También se puede inyectar cada diez días, cinco días o diariamente según la tolerancia del enfermo.

Reg. Núm. 18,800 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.

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.

Psicoanálisis de la timidez sexual

Por el Dr. EDUARDO URZAIZ

Los tímidos sexuales abundan mucho más de lo que pudiera creerse, pues esta timidez tiene formas muy variadas y efectos paradójicos. No sólo sufren de ella hombres muy valientes desde otros puntos de vista, sino hasta algunos que pasan por mujeriegos y conquistadores. Tan tímido sexual es el célibe que se ostenta misógino y guarda aparente castidad, como el cónyuge fiel que observa la monogamia absoluta, y el fino amador werteriano que llega al suicidio por la amada muerta o desdeñosa. Y, cosa rara, pertenecen al mismo grupo ciertos individuos que revelan su amor molestando y persiguiendo a la mujer que les gusta, así como aquellos que abordan en forma brusca y sin previo galanteo, a cuantas se encuentran a solas con ellos; en tales casos, se trata de los pares contradictorios de que habla Freud.

La timidez sexual es patrimonio exclusivo del hombre; porque en la mujer, dado el papel pasivo que le corresponde en la lid amorosa, el ser o manifestarse tímida, constituye un atractivo más. La actitud del hombre que se siente acobardado ante el sexo contrario, revela siempre en él un verdadero complejo de inferioridad, por más que Marañón y sus discípulos se empeñen en dividir a los tímidos sexuales en inferiores y superiores; su célebre Amiel, el pretensioso pedagogo suizo, no nos convence y, más que un tímido, se revela como un paranoide narcisista con ribetes de sadismo psíquico. Un sujeto puede ser todo lo grande que se quiera, social, moral, intelectual o artísticamente, y ser al mismo tiempo un tímido sexual; pero en este aspecto de su perso-

nalidad, en nada se diferenciará de un pobre diablo cualquiera, víctima de igual defecto. Freud ha demostrado que el caso es el mismo con respecto a otras perversiones: el Cid Campeador fué un tímido sexual; Leonardo de Vinci fué otro, sospechoso además de homosexualidad; Juan Jacobo Rousseau fué masoquista y Julio César, invertido absoluto.

Evolutivamente, pudiera encontrarse el origen de la timidez sexual en una regresión hacia aquellas especies muy alejadas en la escala animal, en las que el macho es más débil que la hembra y suele perecer devorado por ésta después del abrazo fecundante, como es la regla en ciertos insectos y arácnidos. Pero el Psicoanálisis encuentra para cada caso individual, causas más próximas en impresiones o traumas morales recibidos en la infancia y conservados en el subconsciente. De aquí la diversidad de manifestaciones y las formas paradójicas mencionadas antes.

Unas veces una madre o un padre, imprudentes o demasiado llenos de prejuicios, han llevado a cabo una intimidación y creado el tabú del sexo, mediante amenazas de mutilación, ideas de pecado o condenación; otras, el sujeto mismo tiene conciencia de algún defecto físico, fealdad exagerada o notable torpeza. En los hijos de la clase media, las ropitas viejas y remendadas, el eterno quiero y no puedo, pueden ser el origen de la timidez; con las calzas verdes zurcidas con hilo verde, no hay Donjuán que saque a Doña Inés del convento.

El síndrome de la timidez puede llegar hasta la inhibición nerviosa; entonces el que lo sufre queda moral y materialmente imposibilitado para todo acto de amor compartido, y no tiene más recursos que reflejar, disfrazar o sublimar sus impulsos eróticos. De estos tímidos irredimibles, castos verdaderos o aparentes, se originaban en otros tiempos los grandes místicos; hoy van de consultorio en consultorio buscando en vano el remedio de su pretendida impotencia, y sus vidas fracasadas paran en la neurastenia, la psicosis de angustia o la demencia precoz.

Pero fuera de estos casos extremos que caen de lleno en los dominios de la Psiquiatría, los tímidos sexuales logran romper su complejo de inferioridad, por lo menos una vez en su vida, gracias a circunstancias favorables o mediante estratagemas o trucos sentimentales. De la diversidad de estos medios, proviene la de los casos que se observan.

Pese a los moralistas románticos, y pese a Marañón que nos la presenta como el estado perfecto, la monogamia es uno de los resultados sociales del triunfo del derecho paterno y el establecimiento de la propiedad privada. Biológicamente, el hombre es tan polígamo como los demás mamíferos y tiende a poseer a cuantas mujeres se encuentren en aptitud de recibir sus caricias. En tales lances, el preliminar obligado es el galanteo o enamoramiento, el cual se observa ya en las especies animales. Y es precisamente este tiempo previo el que los tímidos sexuales son incapaces de llevar a cabo; por eso, prendados de la primera mujer en que ponen los ojos al llegar a la pubertad, se consumen en inútil platónica adoración, sin atreverse a declararle su amor, aunque la interesada demuestre con claridad que no ha de rechazarlo.

En ocasiones, las señales de aceptación son tan claras y evidentes, que el tímido se arriesga a poner su alma entera en una misiva, original o copiada del "Secretario de los amantes"; en otros casos, es la dama la que acaba por tomar la iniciativa y decir la primera palabra.

De un modo o de otro, el sortilegio está roto, y el tímido puede ya, como cualquier mortal, disfrutar de su luna de miel. Sólo que para él, se realizará el voto de los gacetilleros, es decir, que dicha luna será eterna; porque la historia rara vez se repite, y él quedará en un estado que pudiéramos llamar de fidelidad forzosa y que Kraff-Ebing llama de servidumbre sexual. Casado con una honesta y digna mujer, será mil veces adúltero con el pensamiento, pero nunca en la realidad; unido a una mala pécora, soportará traiciones, perjuros y humillaciones de toda especie, sin lograr nunca romper su cadena; muerta la amada o abandonado por ella, la llorará hasta el fin de su vida o cortará el hilo de ésta. Los más fieles amantes y los suicidas por amor de la leyenda, la historia y la literatura, fueron tímidos sexuales.

Como ya antes indicamos, existen ciertos individuos que cuando se enamoran de una mujer, no atreviéndose a decirselo, demuestran todo lo contrario y la hostilizan y persiguen con groserías y bromas de mal gusto; lo que ellos buscan es provocar una explicación en que se aclaren los puntos y se pongan las cosas en su verdadero lugar. Así cuenta el Romancero que procedía el Cid Rodrigo en sus mocedades, pasando a caballo en són de burla bajo los balcones de Jimena,

cebando el halcón en sus palomas y mandándole recados amenazantes; ella llegó a ver claro en el asunto y pidió al rey que lo castigase obligándolo a casarse con ella. Y en apoyo de que se trataba de un tímido, cuenta también el Romancero, que fué Rodrigo uno de los más fieles maridos de que se tiene noticia.

Otros enamorados tímidos, que no osan decir su cuita ni confiarla a la vía epistolar, en cuanto se quedan por azar a solas con su amada, cortan el hilo gordiano asaltándola sin previa declaración y seguros de no hallar resistencia; si la encontrasen, estarían perdidos para siempre. Así otro héroe legendario: Amadís de Gaula; amó por muchos años en silencio a su señora Oriana, que en la misma forma le correspondía; pero en la primera siesta en que se encontró solo con ella, sucedió lo que tenía que suceder. Y también fué Amadís modelo de cónyuges fieles a perpetuidad.

De la misma manera en que procedió Amadís en aquella única ocasión, procedía su hermano Galaor, en cuantas la suerte le deparaba una dama inerme, fuese doncella, dueña o casada. Y es este el ejemplo típico de la variedad más paradójica y peligrosa de la timidez sexual, la del tímido fogoso que asalta a cuantas mujeres encuentra a su alcance.

Considerada la timidez sexual como una condición patológica, como una afección psíquica, ¿habrá contra ella algún tratamiento moral o terapéutico eficaz? Curativo, no lo hay, desde luego; pero tratándose como se trata, de algo que tiene su origen en impresiones tempranas y en condiciones sociales, pudiera encontrarse cierta profilaxis en la no intimidación sexual de los niños, en la desaparición de ciertos prejuicios seculares y, sobre todo, en la difusión de la escuela coeducativa, que dando a los individuos de uno y otro sexo oportunidades diarias de tratarse, los hace conocerse desde la edad en que se perfilan los caracteres y se solidifican los efectos.

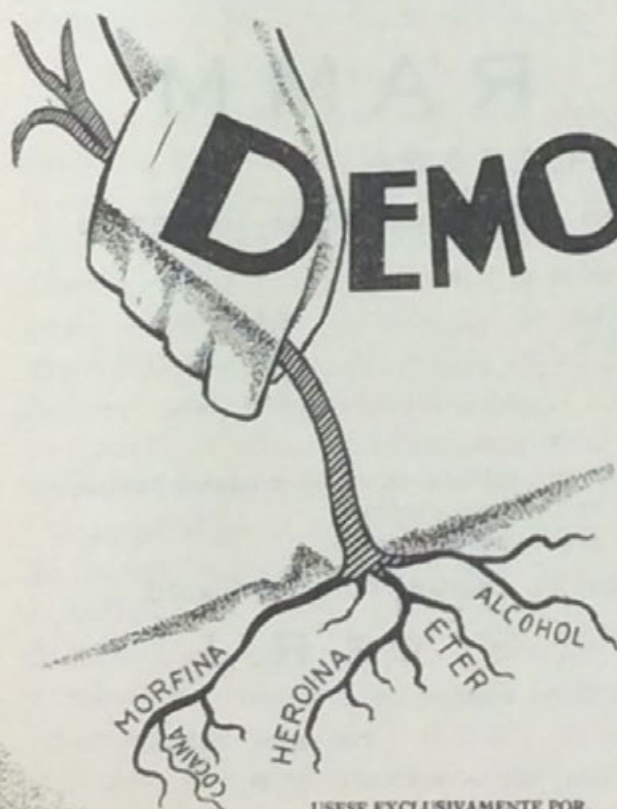


ANIOBI

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 & P.

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



DEMORPHENE

Reg. No. 20485 D. S. P. - Prop. No. 16429

DESINTOXICACION RAPIDA DE LOS TOXICOMANOS

Procedimiento de
M. M. DELAVILLE et DUPOUY
(Ac. de Medicina de París, 25 de Marzo de 1954)
Laboratorios BIOLABO
9. Bld. Malesherbes. Paris.

REPRESENTANTE:

MAX ABBAT

Rhin 37 México, D. F.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR
PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

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 EL LABORATORIO QUIMICO

“EMEDE”, S. DE R. L.

Calle del Olivo número 36.

Tel. Mex. Q-08-16

Tel. Eric. 16-28-52

APARTADO POSTAL 8337.—MEXICO, D. F.

LUMI RAMM

TABLETAS

SEDANTE - ANTICONVULSIVO - ANTIESPASMÓDICO - HIPNÓTICO

FORMULA :

Acido Feniletílbarbitúrico.	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 EL LABORATORIO QUIMICO

“EMEDE”, S. DE R. L.

Calle del Olivo número 36.

Tel. Mex. Q-08-16

Tel. Eric. 16-28-52

APARTADO POSTAL 8337.—MEXICO, D. F.

Más psiquiatría para los abogados

Por el Lic. FERNANDO LAVALLE

Releyendo viejos procesos de las Cortes de Francia, procesos célebres efectuados en el primer cuarto del siglo pasado, nos hemos encontrado un sinnúmero de casos de enfermos que han sido juzgados y condenados como si se tratara de delincuentes plenamente normales. Claro que no hay que culpar a los que así juzgaron, pues su época desconocía casi la ciencia Psiquiátrica y los principios que normaban el derecho penal de entonces, estaban muy distantes de los que después le han servido de base.

Al azar, tomamos un caso: "Leger el antropófago" (Procesos Célebres. José Laribal. Ed. Barcelona, 1891, pág. 501). Antonio Leger, encontrado como presunto culpable de la violación y asesinato de la niña X; había abandonado la casa de sus padres con el objeto de vivir en el aislamiento más absoluto; se internó en un bosque cercano a un pueblo y allí pasó quince días al abrigo de unas cuevas, comiendo raíces, grosellas, espigas de trigo, etc.; un día —aparece en el proceso—, sorprendió a un conejo sobre una roca, lo mató y se lo comió crudo inmediatamente; en medio de su soledad se hallaba atormentado por violentas pasiones; experimentaba, —según dijo—, el horrible deseo de comer carne humana y de beber sangre. El día del crimen, errando por los bosques y hallándose hacia las cuatro de la tarde en las alturas que dominan el Valle de X, distinguió a una niña que estaba sola y concibió instantáneamente el deseo de robarla; cayó como bestia feroz sobre la infeliz criatura; le pasó el pañuelo al rededor del cuello, se la echó a la espalda y se internó co-

riendo en el bosque. Extenuado por la carrera y notando que la niña estaba inerte, la arrojó sobre la yerba, violó el cadáver y sintió necesidad de beber sangre —dice él mismo—. Después declara que el crimen lo cometió impulsado por el espíritu maligno.

Siguiendo los detalles de la investigación, la conducta del delincuente nos aparece tan manifiestamente anormal, aun dentro del aspecto criminal, que no sería necesario el examen minucioso del psiquiatra moderno, para determinar que el caso rebasaba los límites de la criminalidad y entraba de lleno en los de la patología. La dipsomania (de sangre en este caso), la necrofilia, el delirio de influencia, bastarían para indicarnos la presencia de un desequilibrado. El defensor llegó a manifestar su duda ante el Tribunal en ese sentido: "la razón se resiste a creer —argüía—, la existencia de un atentado tan horrible cometido por un hombre que gozase de sus facultades intelectuales". El Jurado no tomó en cuenta los argumentos de la defensa y se dictó sentencia condenatoria que llevó a la guillotina al infeliz demente.

Privaba entonces el criterio de la Escuela Clásica en el Derecho Penal, y con ese patrón estaban elaborados los ordenamientos penales de entonces. El delito era una cosa objetiva y en función de él se fijaban las penas sin considerarse la parte subjetiva; existía el delito, no el delincuente; y con ese criterio se impartía justicia.

Actualmente, el caso nos parece sencillamente absurdo. El Derecho Penal, a partir de la Escuela Antropológica, ha cambiado sus principios y la preocupación por hallar la raíz del fenómeno delictivo, ha llegado no sólo a establecer que no existe el delito, sino el delincuente; sino, más aún, que no existe el delincuente sino el hombre; y esta preocupación teórica se plasma en el derecho positivo en el establecimiento de la individualización de la pena, que en el caso de nuestro Derecho Mexicano aparece en el artículo 52 del Código Penal; "... el Juez —dice ese artículo—, deberá tomar conocimiento directo del sujeto...".

Pero si el caso expuesto, que por tener perfiles patológicos perfectamente definidos, nos parece hoy claro, no sucede lo mismo con otros casos, también anormales de nuestra vida actual, que sólo aprecia quien sabe Psiquiatría, y que no por ello dejan de constituir errores cuando se les juzga

Glucalín



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

Reg. No. 17220-D. S. P.

como normales y como tales son tratados por los Tribunales. ¿Cómo puede un juez llegar al conocimiento del sujeto del delito sin tener siquiera rudimentarios conocimientos de Psiquiatría? La Psicología nos da un conocimiento de laboratorio de la conducta humana; es más bien la ciencia Psiquiátrica, la que nos explica la conducta común y corriente, que es el ambiente donde se suceden los fenómenos sociales como el delito. Es entonces inexplicable, cómo se puedan juzgar fenómenos de conducta cuando no se conoce su mecanismo. Esto es lo que ocurre en el momento actual en que a los abogados, que son los llamados a juzgar, no se les imparten conocimientos de Psiquiatría, sino como cosa muy secundaria. Desde la Preparatoria, después del curso de Psicología, debía impartirse otro de nociones de Psiquiatría, que sería ampliado después en la Facultad; así se tendría una base científica con qué poder interpretar después la conducta de aquellos a quienes vamos a juzgar.

Las leyes, por sí solas, no son la justicia; ésta radica en la estimativa del que las aplica, y si éste ignora el problema, no podrá, por razón lógica, dar una solución que represente lo justo hasta donde esto es posible.

Bien está que cuando se ignoraba la Psiquiatría y la conducta de los anormales, se explicaba con el mismo criterio que la de los normales, se cometieran errores como el señalado en el proceso de Leger que expusimos; pero constituye una seria responsabilidad para nuestra época el hecho de que el abogado siga ignorando investigaciones que por su índole están tan íntimamente ligadas al Derecho.

Cuando en el futuro se conozcan procesos de nuestro momento, seguramente parecerán tan equivocados como nos aparecen a nosotros los del siglo pasado y no tendremos más disculpas para nuestros errores, que el haber divorciado conocimientos que debían haber marchado estrechamente unidos.

Insistamos, entonces, ante las Autoridades educativas:
MAS PSIQUIATRIA PARA LOS ABOGADOS.

PRODUCTOS QUIMICOS

Monsanto

PARA LABORATORIOS

**Acido Acetil Salicilico · Acido Benzoico · Cloramina
Fenacetina · Glicerofosfatos · Salicilatos
Fosfatos, etc., etc.**

PIDANOS LISTA COMPLETA Y PRECIOS

CIA. COMERCIAL VACUUM, S. A.

BARCELONA 28

TELS.: } MEX. L-80-47
ERIC. 12-67-18

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. 13-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

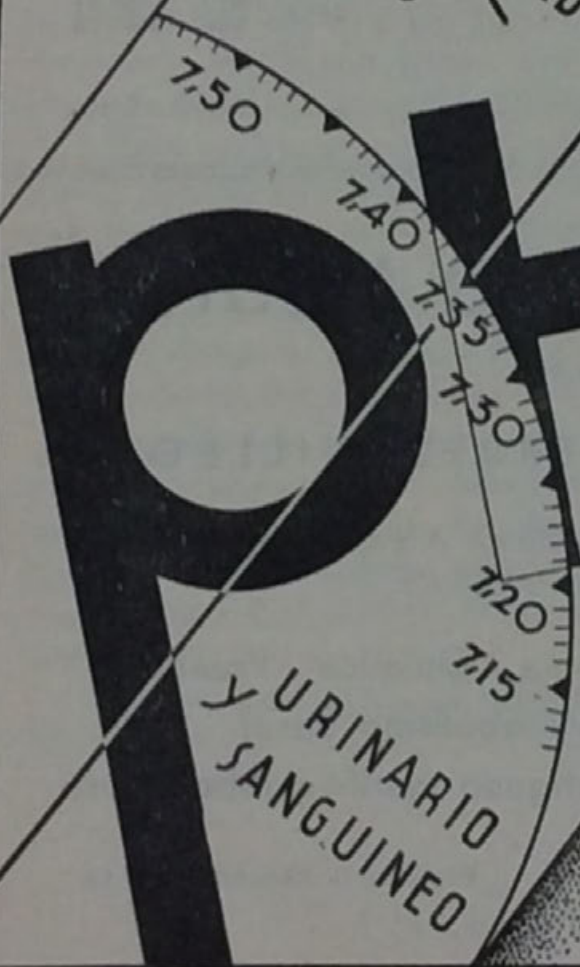
RECONSTITUYENTE FOSFORADO
UTIL COMO
TONICO NERVIOSO Y GENERAL
AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION



DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALECENCIAS

PHOSOFORME
MODIFICADOR



PROP. No. 12010

GOTAS
REG. No. 9616 D. S. P.

SOLUCION
REG. No. 9887 D. S. P.

Establecimientos LAUZIER, S. de R. L.
Av. Chapultepec 206 Apartado 399
MEXICO, D. F.

Revista Clínica

Observaciones recogidas en la Clínica
del Dr. Ramírez Moreno

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

NEURITIS SATURNINA DEL V PAR

Las manifestaciones neuro-psíquicas determinadas por la intoxicación plúmbica son perfectamente conocidas especialmente por aquellos médicos que han dedicado sus actividades a los padecimientos profesionales.

Desde luego en la intoxicación aguda por el plomo, junto a los trastornos digestivos intensos existen alteraciones meningo-encefálicas determinantes, en los casos graves, del estado comatoso y la muerte del paciente. Las autopsias han enseñado en estas ocasiones, la existencia de edema cerebral.

Más frecuentes de observar en el saturnismo crónico, los síntomas neurológicos y mentales, son algunos de ellos permanentes, otros episódicos. De los primeros debe señalarse *el temblor*, como el más frecuente. (Se presenta en el 65% de los enfermos). Como síntomas circunstanciales o episódicos, sólo merecen recordarse, por su importancia *la polineuritis saturnina y las encefalopatías plúmbicas*.

La parálisis saturnina se encuentra ordinariamente en el curso de la intoxicación crónica, algunas veces después de varios años de que el trabajador ha abandonado la manipulación del metal. Es raro que sea una de las manifestaciones iniciales de la dolencia. De ordinario, la polineuritis está localizada en los miembros superiores; su forma más constante es el ataque al grupo muscular medio (forma antebraquial, tipo de Remak) realizando la clásica parálisis radial satur-

nina, nombre impropio pues en realidad está atacada la 7a. raíz cervical del plexo, lo que explica la integridad del supinador largo, síntoma constante, que permite el diagnóstico con la neuritis radial propiamente dicha. Con menos frecuencia puede observarse una parálisis saturnina tipo superior (braquial o Duchenne-Erb) y más raramente es atacada la 8a. raíz cervical, lo que origina parálisis del grupo muscular inferior (tipo Aran-Duchenne).

Se han señalado excepcionalmente, parálisis plúmbicas de los miembros inferiores.

Por lo que se refiere al ataque de los nervios craneanos durante al saturnismo crónico, el hecho es tan raro que los casos observados se consideran como curiosidades clínicas. Así se han relatado oftalmoplejías, neuritis ópticas, parálisis faciales y un caso de neuritis del hipogloso con hemiatrofia de la lengua. La revisión cuidadosa de literatura médica y estadísticas sobre el saturnismo crónico, no me permitió sin embargo, encontrar reseñadas neuritis del trigémino, pues únicamente se ha comunicado por Dubreuilh el caso de una parálisis descendente saturnina acompañada de neuralgia facial bilateral que duró pocos días.

Me ha parecido, pues, de algún interés que se consignara la observación siguiente, como aportación a las neuritis saturninas y a la etiología de las neuralgias del trigémino.

A.V., de 50 años de edad, fué remitido a nuestro Servicio del Sanatorio por el Departamento Médico de los Ferrocarriles Nacionales con fecha 6 de septiembre pasado. El informe médico respectivo que se rindió, dice exactamente:

Antecedentes heredo-familiares: No tienen importancia.

Antecedentes personales: Trabaja desde hace 24 años en talleres de pintura, manipulando directamente los ingredientes para la preparación de los colores (especialmente la cerusa y el litargirio), así como raspando la pintura vieja de los coches, para renovarla. Hasta hace ocho meses fué separado de esta ocupación, desempeñando, desde entonces, la de vigilante en los Talleres de Nonoalco. Tiene antecedentes de tabaquismo y alcoholismo moderados, ambos tóxicos los abandonó desde hace seis años por indicación médica. En 1922 sufrió infección intestinal de origen colibacilar. No existen datos de sífilis adquirida; varias reacciones serológicas

hechas en el suero sanguíneo, han resultado negativas. El paciente no ha padecido paludismo ni reumatismo articular.

Enfermedad actual: En 1933 comenzó a quejarse de cólicos intestinales intensos que se acompañaron de constipación horaria rebelde y esporádicamente de diarrea. Las enteralgias eran muy repetidas y cuando se exacerbaban, ocasionaban náuseas y algunas veces vómitos. Durante los cuatro meses que duraron estas manifestaciones dolorosas no presentó fiebre. Los doctores Aveleyra y Manjarréz que atendieron al enfermo en dicha ocasión, hicieron el diagnóstico de cólicos saturninos.

Algunas semanas más tarde, bruscamente se inició un dolor muy intenso en la región naso-labial derecha que después de dos días de continuidad se extendió a todo el lado derecho de la cara presentando exacerbaciones en forma de crisis que se acompañaban de epifora, sensación de quemadura y restiramiento de las regiones dolorosas. Hasta la fecha, desde hace 6 años, el estado doloroso sigue presentándose por crisis periódicas, que han durado hasta dos meses, las crisis algicas duran dos o tres minutos, se despiertan con los movimientos de los labios, de la lengua, por simple frotamiento de la piel o "por que le dé el aire". En general persiste, fuera de ellas, ligero adolorimiento de la cara, y desde hace 3 años prácticamente es continuo el dolor, intensificándose en las épocas de verano e invierno, cuando los días son lluviosos o húmedos.

Los cólicos, que abrieron la sintomatología, se han vuelto a presentar raramente, durante uno o dos días, pero menos intensos. Actualmente se queja de constipación horaria, flatulencia, anorexia y de ligero dolor epigástrico post-prandial. Asimismo informa que se ha adelgazado bastante, que tiene pereza para el trabajo y que se siente "decaído" y "desganado".

ESTADO ACTUAL

Inspección general: Se ha observado al enfermo durante las crisis dolorosas que sobrevienen cada 2 ó 3 minutos y duran aproximadamente el mismo tiempo; el dolor abarca toda la hemifaz derecha, simultáneamente se presentan contracturas de los músculos frontales, pribucales y malaes congéneres (tic doloroso) y existe, por último, epiforasialorrea

Doctor Carlos Pavón A.

Enfermedades Nerviosas y Mentales

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

Dr. Roberto F. Cejudo

Transfusiones Sanguíneas

Bucareli, 85.
Teléfonos: 13-34-50 y L-43-74

Dr. Teodoro Flores Covarrubias

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO.

Génova No. 39. Tels: 14-20-62 y L-72-30

Dr. José Torres Torija

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33. Eric. 12-45-48

Dr. Guido Torres Martínez

Rayos X. Terapia profunda.
Electropirexia

Londres No. 13.
Teléfonos:
Eric.: 14-65-66 Mex.: L-72-68

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.
Teléfonos: 12-60-02 y J-33-06

y trismus. Cuando el acceso álgico pasa, persiste dolor ligero y sensación de estiramiento muscular.

Examen neurológico: Cara.—Los músculos faciales derechos están hipertónicos, lo que determina retracción de la cara hacia ese lado, sin embargo, la motilidad derecha está disminuída. Hay limitación de los movimientos de diducción hacia el lado enfermo; al abrir la boca el mentón se desvía en la misma dirección, datos que indican la paresia de los músculos masticadores derechos, preferentemente del pterigoideo interno y milo-hoideo. Son positivos algunos puntos de Walleix: nasal, naso-lobar, labial superior, témporo-maxilar y supra-orbitario derechos. La presión de este último desencadenó una crisis dolorosa. La exploración de la sensibilidad objetiva muestra zonas de hipoestesia al dolor, alterando con lugares en que hay hiperestesia al contacto, esto último se observa en el dominio ramal infra-orbitario.

La exploración cuidadosa de las demás funciones nerviosas en el resto del cuerpo, no reveló datos de importancia, excepto exaltación difusa tendino-perióstica.

Aparato digestivo: Existe gingivitis y numerosas caries dentarias; se observa muy marcado el ribete gingival (cordón de Burton) a nivel de los incisivos superiores y molares inferiores. También existe acentuado el "tatuaje plúmbico", de color negro-azuloso en la cara interna de las mejillas.

No puede palpase el borde hepático; a la percusión se encuentra disminuída el área. Existe meteorismo en la porción superior del abdomen. El intestino grueso está duro y ligeramente doloroso.

Aparato cardio-vascular: Tono cangloroso del segundo ruido cardíaco. Las arterias periféricas están duras y poco flexibles. Signo de la temporal y de la humeral. El pulso radial es amplio, fuerte, rítmico. La tensión arterial señala: Mx. 160, Mn. 80 (palpo-auscultatorio).

DIAGNOSTICOS:

Saturnismo crónico determinado por la manipulación y molienda de pinturas, cuyos ingredientes están a base de sales de plomo. Durante 24 años el paciente ha estado sometido a la acción del tóxico y hay que añadir a este respecto la importancia que tiene en la etiología la maniobra de ras-

par las pinturas viejas, a la cual se ha señalado como muy nociva. Nadie desconoce que las sales de plomo que se utilizan en las pinturas (carbonato de plomo o cerusa, cromatos, óxidos, principalmente el litargirio) que tienen una acción tóxica de importancia.

El cuadro de intoxicación está evidenciado:

a).—Por síntomas permanentes: cordón de Burton, tatuaje plúmbico, lesiones intestinales, esclerosis vascular astenia y pérdida de peso.

b).—Por alteraciones episódicas, manifestadas por los cólicos saturninos cuyo diagnóstico retrospectivo puede hacerse con bastante exactitud y por neuritis del V par, complicación rara y que ofrece características de neuritis secundaria: neuralgia facial unilateral, total desde el principio (trigemelar), con alteraciones sensitivas entre las crisis dolorosas, puntos de Walleix positivos y participación discreta de la rama motora del trigémino y del facial derecho.

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"

Antonio Sola No. 58.

México, D. F.

Distribuidores:

CIA. IMPORTADORA DE MEDICINAS, S. A.

Av. Chapultepec No. 445

México, D. F.

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

SEPTICEMIA MENINGOCOCCICA CRONICA

Arnold W. Scott y W. S. Copeman, en *The Lancet*, No. 238, mes de junio de 1940, sostienen la relativa frecuencia de septicemia meningocócica crónica, con escasas e inciertas manifestaciones, con alternativas de hemocultivo positivo y negativo, lo que hace más difícil su hallazgo, y a menudo con brotes de meningitis cerebroespinal febril y aguda. Esto vendría a asemejar dichos cuadros con los de apendicitis crónica de brotes agudos, aunque con diferencias interesantísimas, sobre todo por lo que se refiere a localización.

En nuestro medio hemos observado, en cambio, frecuentes meningitis febriles agudas, graves, de gran letalidad, consecutivas a la gripa, producidas por virus filtrables y por neumococos; especialmente en la primavera próximo-pasada. Por lo que se refiere a las septicemias meningocócicas crónicas, sin discutir su frecuencia o su rareza, mi concepto es que más bien se trata de bacteremias transitorias (de ahí la infidelidad y dificultad en los hemocultivos), en portadores de meningococos, con manifestaciones clínicas o sin ellas, y ya sean enfermos inaparentes o simples portadores, expuestos de todos modos a meningitis cerebroespinal, endémica, epidémica o esporádica, pero siempre posible.

CURVAS DE CHOQUE HIPOGLICEMICO

En los tratamientos por coma insulínico, se favorece la evolución utilizando el Belladenal, en apoyo de lo cual hay un interesante trabajo del Dr. A. von Braunmühl, médico jefe

en el Instituto Eglfing-Haar ("Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych." 1940, vol. 169, No. 3). Ciertos enfermos entran así rápida y profundamente en el estado hipoglicémico, y los insulino-resistentes también benefician de la reducción de dosis. La posología más general es dos comprimidos en la noche y dos en la mañana, durante dos o tres días después de haber tenido éxito en la reducción de dosis de insulina.

CISTICERCOSIS CEREBRAL

El Dr. W. López Albo, ex profesor de la Universidad de Barcelona y del Instituto de Postgraduados y Escuela de Medicina de Santander (España), actual Director del Servicio Psiquiátrico de Nuevo León, envía desde Monterrey (N. L., México), un folleto con la presentación de un caso de cisticercosis meníngea bacilar, diagnosticado en vida. En su interesante estudio señala lo que ya había observado y enseñado en casos anteriores, esto es, la importancia de la eosinofilorraquia, aglucorraquia y fijación del complemento. Ya en el No. 29, vol. V de esta Revista, en enero de 1939, habían los Dres. Rojo de la Vega y Ramírez Moreno, publicado un caso de cisticercosis del cerebro, y aunque no hubo aglucorraquia (77 mgr. por 100 de LCR), se procedió a la intervención quirúrgica, habiendo sanado el enfermo, quien por fortuna tuvo una forma quística, lo que no sucedió al citado por el Dr. López Albo, que falleció.

De todos modos, esto prueba dos cosas: que no son raras las cisticercosis del encéfalo, y que pueden diagnosticarse oportunamente.

ANOMALIAS SEXUALES, COEDUCACION CRIMINALIDAD

Según un viejo maestro universitario cubano de gran prestigio, aclimatado en Yucatán y cuyas lucubraciones científicas siempre son amenas, interesantes y . . . venenosas, los maridos fieles, por ser "monógamos", resultan tímidos sexuales; y son tantos los que agrupa entre estos anómalos, que ya la timidez sexual no viene a ser anomalía, sino algo normal, algo habitual: lo anormal, lo desusado, lo atípico sería entonces el que no fuera tímido sexual. Ya es muy an-

tigua la apreciación de que biológicamente el hombre es un macho polígamo, pero estudios psicológicos más finos han demostrado que en la escala auto-erótica, narcisista, homosexual y heterosexual que sigue el individuo en el curso de sus vidas intrauterina, en el regazo materno, intrafamiliar y extrafamiliar o social, es precisamente el último peldaño el hallazgo de la compañera única. Y tan es así, que muchos maridos "infieles" escogen sin darse cuenta una querida o una amante que lleva el mismo tipo, o el mismo tabú, o el mismo secreto atractivo, que su esposa. Existe el mujeriego que se queda en el primer escalón de la etapa heterosexual, pero más arriba está el que mariposea con un grupo afín, y aún más arriba el que por fin encuentra su corazón en una Mujer. Este es el único macho que puede llamarse Hombre.

Y el antedicho autor propone la llamada coeducación como profilaxis de la timidez sexual, advirtiéndole que ésta es exclusiva del hombre. Si la tan discutida coeducación se refiere a educación de los niños y las niñas en la misma escuela, en los mismos salones, participando hasta de los mismos recreos, aunque no de los mismos dormitorios (por prejuicios o malos pensamientos de los obscurantistas), cabe observar que se trata únicamente de co-instrucción, pues es muy dudoso que en las escuelas —sobre todo en las nuestras— se imparta educación. Por otra parte, hay un regular número de padres y madres que no están conformes con lo que les ha pasado a sus hijitas en ese ambiente de "profilaxis de la timidez sexual" que constituyen las escuelas mixtas, y que por muchas ventajas que tenga, no hay quien les sacrifique el honor de sus hijas.

Finalmente, para mayor regocijo de las "unidades biológicas" de los grupos de individuos llamados peligrosos, próximamente se reunirá una conferencia de prevención social, "en vista del aumento de la criminalidad" en nuestro medio. Ya sabemos lo que "psiquiatras", "criminólogos" y "penalistas" harán: una vez más hablarán de los irresponsables, de las injusticias sociales, de la prevención del delito, de la disminución de los castigos ejemplares y demás tonadillas. Mientras tanto la policía sufrirá cóleras e ictericias al ver que los criminales que con riesgo vital aprehende, salen libres. Los sadistas, los violadores y martirizadores de niñas, los ladrones y asesinos, las celdillas enfermas del organismo social,

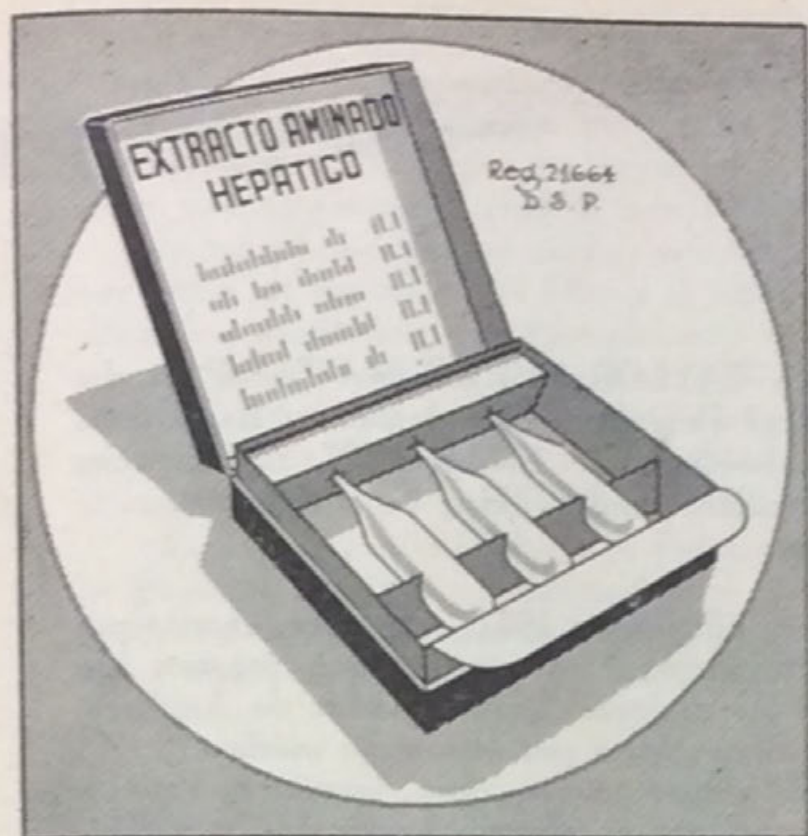
no sufrirán la suerte de las celdillas enfermas del organismo humano. ¡Pobre organismo humano si se le aplicaran los remedios que se usan para el organismo social! Escucharíamos frases como esta: "No debe amputarse el seno a esa bella mujer, pues el cáncer es irresponsable".

MATRIMONIO, POLIGAMIA, etc.

Acusar de timidez sexual a monógamos y polígamos, a castos y tenorios, a erotómanos y sátiros, proviene de que se confunde el amor con el amorío, el coito con el matrimonio y muchos otros términos con otros tantos vocablos. El matrimonio es algo más que la monogamia, algo más, si cabe, que un sacramento y mucho más que un contrato civil o social. Adulterio y poligamia no son sinónimos, ni desde el punto de vista penal, ni psicológico, ni fisiológico. Se puede ser un marido fiel aun habiendo practicado el coito fuera del matrimonio; y se puede ser marido infiel, sin poseer materialmente a otra mujer. Esto lo saben los sacerdotes, los abogados y las personas con sentido común, aunque no sean psiquiatras.

LAMENTABLE FALLECIMIENTO

Ha muerto el eminente Prof. Dr. Julius von Wagner-Jauregg, cuyo nombre se encuentra íntimamente ligado a la malarioterapia y cuyas obras perdurarán por ser las de un distinguido hombre de ciencia de vida fecunda. Las academias, las universidades, las sociedades científicas, las revistas y los libros dan cuenta de su labor, pero, encontrándose entre nosotros el Dr. Roberto Stern, también de Viena, que se formó a su lado y fué asistente de su clínica, será su pluma la que próximamente nos hablará de Wagner-Jauregg en algo más que una simple nota necrológica.



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 ó 10 c.c.

Frascos de 100 comprimidos.

Cada comprimido contiene:

Gluconato de calcio Erba.	0.40 grs.
Vitamina "D".	100 U.I.
Excipiente.	0.03 grs.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona No. 26.

Reg. No. 21426 - D.S.P.

MEXICO, D. F.

Reg. No. 20820 - D.S.P.

BEST CH. H. y TAYLOR BURKE N.—*The Physiological bases of Medical Practice*.—(Fundamentos fisiológicos de la práctica médica).—2a. Edic. 1872 pp., 497; figs. algunas de ellas a colores. Williams and Wilking Co. Baltimore.

Desde su primera edición en 1937, este libro, escrito por autores de fama internacional reconocida, que prestan sus servicios en una de las mejores Universidades de América, ha sido acogido con beneplácito por el mundo médico.

Los autores han logrado en esta obra, asociar la Fisiología, ciencia fundamental por excelencia para médicos y cirujanos, con la Clínica. La enseñanza de la Fisiología es para los asuntos clínicos un factor indispensable en la preparación del estudiante de Medicina, y este magnífico libro viene a llenar el vacío que existía entre las materias preclínicas y las clínicas en la educación médica.

La segunda edición se ha completado y hecho más comprensiva con la edición de 154 páginas sobre la Fisiología de los Sentidos Especiales.

Las ilustraciones son numerosas y adecuadas, aunque algunas dejan algo que desear desde el punto de vista artístico y de la claridad, así como, a las veces, la impresión de una que otra es defectuosa. Los autores al emplear tipos de imprenta de diversos tamaños y mediante algún otro artificio, logran atraer la atención del lector sobre los asuntos fundamentales.

El plan seguido, de hacer preceder la Fisiología de cada parte del cuerpo humano por una descripción sucinta de su morfología y en algunos casos por la de los nervios y red vascular, es recomendable.

Las Tablas y Gráficas estadísticas son correctas y convenientes y ayudan al lector a darse cuenta de las variaciones de los fenómenos vitales.

Las Secciones sobre Digestión y sobre Metabolismo y Nutrición, que comprenden 402 páginas, describen todo lo que se conoce sobre la materia, aunque es de lamentarse que el Capítulo sobre Vitaminas no presente las últimas novedades sobre este importante tema de actualidad.

Indudablemente que no fué posible para los autores poner todos los capítulos del libro a la altura de cada uno de los adelantos modernos, por ejemplo, sobre los trabajos más recientes sobre vitaminas y sustancias glandulares.

Por último, el estilo de los autores es claro, directo, lógico, ameno y perfectamente comprensible dentro del aspecto altamente científico del libro.

La segunda edición de "Los Fundamentos Fisiológicos de la Práctica Médica", constituyó uno de los mejores textos prácticos sobre fisiología que será útil tanto al médico en ejercicio, como al estudiante de medicina, al fisiólogo como al higienista.

Dr. A. GARZA BRITO

S
A
SANYN
Y
N

BI-YO-CLICOL

INFANTIL
REG. N.º 15385. D.S.P.

Sanyin

ADULTOS
REG. N.º 14926 D.S.P.

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Salinaf

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

Dirección de Salubridad en el D. F.

Estimado señor Doctor:

En esta época de evolución y progreso científico, la Medicina no podía escapar a la transformación técnica de todas las ramas del saber, despojándose del empirismo que obscurecía la práctica profesional anteriormente, que la infalibilidad del ojo clínico en el diagnóstico, ha pasado a ser un mito del pretérito, y que el médico consciente, para llegar a un diagnóstico exacto, debe recurrir al Laboratorio para exámenes, pruebas, etc., etc., y esto es todavía más indispensable y necesario al tratarse de enfermedades infecciosas. Si con su claro sentido de responsabilidad profesional, usted reconoce las ventajas de apoyar su diagnóstico en los datos del laboratorio, y sus pacientes indigentes no están en condiciones de sufragar el costo de ellos, esta Dirección a mi cargo, pone a su disposición los servicios del LABORATORIO CENTRAL, dependiente de la DIRECCION DE LA SALUBRIDAD DEL D. F., Calzada de Tacubaya No. 18.

Una innovación ha sido introducida en el trabajo de dicho Laboratorio, al hacerse rutinaria la práctica de exámenes afines o similares a propósito de un producto dado, v. gr., a propósito de reacciones de aglutinación sistemáticamente práctica el Widal (tifoidea); el Weil Félix (tifo) y el de Huddleson (brucelosis); en casos de exudado faríngeo, rutinariamente se investiga en el mismo: bacilo diftérico, estreptococo hemolítico y espirila de Vincent. Con esta innovación, tiene usted la ventaja de que si acaso resulta negativa la investigación que usted desea en el caso particular, a un mismo tiempo recibe información adicional, que contribuya a aclarar su problema diagnóstico.

Acompañamos a usted relación completa de los exámenes y pruebas biológicas que practica el LABORATORIO CENTRAL de esta Dirección.

Nos permitimos recordar a usted que, junto con los productos por examinar, hay que enviar los siguientes datos relativos al caso:

- 1o.—Nombre del paciente.
- 2o.—Sexo.
- 3o.—Edad.
- 4o.—Domicilio.
- 5o.—Principales datos clínicos observados.
- 6o.—Nombre y domicilio del médico que atiende al paciente.

Espera esta Dirección sea usted muy servido de aprovechar las ventajas que presta, al ejercicio de la profesión, el Laboratorio Central y le recuerda al mismo tiempo, que sus servicios son exclusivamente para enfermos indigentes.

Atentamente.

El Director,
Dr. ALFONSO PRUNEDA.

RELACION DE EXAMENES Y PRUEBAS BIOLÓGICAS QUE PRACTICA
EL LABORATORIO CENTRAL DE LA DIRECCION DE
SALUBRIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL

Mesa de diagnósticos médicos.—Esta Mesa ha quedado dividida en 4 secciones a saber:

a).—De análisis bacterioscópicos, en donde se practicarán los siguientes análisis: I.—Bacilo de Koch, neumococos, meningococos y bacilo de Hansen. II.—Bacilo diftérico, estreptococos y espirila de Vincent. III.—Gonococo, treponema y bacilo de Ducrey, y IV.—Hemocultivos, urocultivos, coprocultivos y cultivos de líquido céfalo-raquídeo.

b).—Parasitoscópicos: I.—Parásitos intestinales. II.—Parásitos de la sangre. III.—Parásitos de la piel y otros.

c).—Reacciones humorales divididas en: I.—Reacciones de aglutinación: A.—Widal. B.—Well Felix. C.—Huddleson. II.—Reacciones de fijación. A.—Wassermann y Kahn. B.—Fijación antígeno tuberculoso.

d).—Varios: I. Hematología. II.—Físico-químicos y citológico del líquido céfalo-raquídeo.

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.

Clinica interna: Dr. Roberto Llamas.

Laboratorio médico: Dr. Alberto Lezama.

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

Electropirexia: Dr. Guido Torres Martínez.

Hematología y transfusiones: Dr. Roberto Cejudo.

Oftalmología: Dr. Luis Sánchez Bulnes.

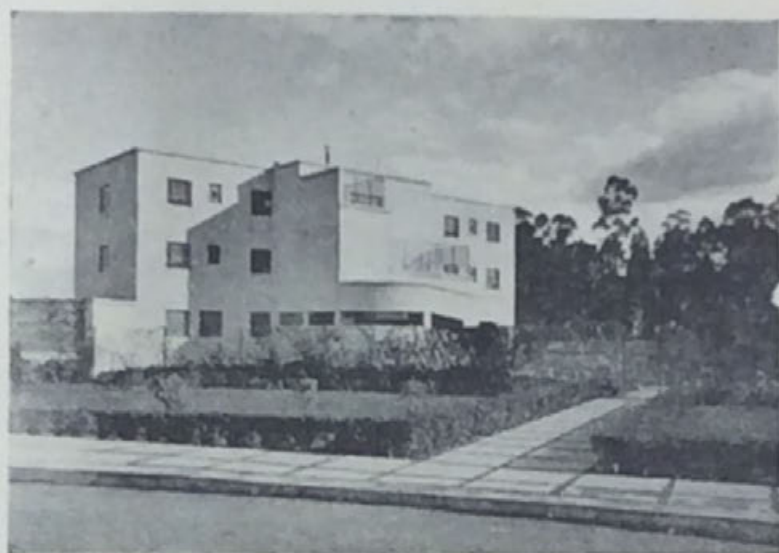
Odontología: Dr. Jorge Torres M.

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.

Médicos Internos:

Dr. C. Chamorro.

Dr. Jorge Pavón.

Todo el Personal Especializado.