

Organo de la Sociedad para Estudios de Neurología y Psiquiatría

Registrado como artículo de 2a. clase el 2 de enero de 1936 en la
Dirección General de Correos de México



DIRECCION:

Dr. Leopoldo Salazar Viniegra

Dr. Alfonso Millán

Manicomio General, Mixcoac, D. F.

JEFE DE REDACCION:

Dr. Antonio Monzón

Uruguay, 66-1. Tel. Eric. 3-42-68 y 5-06-44

México, D. F.

Se solicita canje. On demande l'échange. Solicítase permuta. Exchange are solicited. Wir bitten um Austausch von Publicationen. Si solicita contracambio. Hi petas intersangon. Prosi sie wymiane.

Dirigirse a la Redacción.

Septiembre y Octubre-1936. Nos. 3 y 4
(El número anterior no pudo aparecer por falta de papel)

INDICE

	Pags.
El Problema de las Toxicomanías y las Medidas para su Prevención en México	5
Sobre un Procedimiento de Exactitud para Alcanzar la Cisterna Magna y Otras Observaciones al Margen	34
Aportaciones de la Neurosífilis	45
Estudio Estadístico del Papel Desempeñado por el Alcohollismo en Diversas Psicopatías	63
Obra Educativa de Importancia en el Manicomio General	71

EN LA EPILEPSIA Y PADE-
CIMIENTOS CONVULSIVOS

EPILAMIN "RICHTER"

Registro No. 16758 D. S. P.

"Usese por prescripción médica"

Asociación de bromuro de potasio y fenil etilbarbiturato de sodio, medicamentos moderadores de la zona motriz cortical; y de sales de calcio y ergosterina irradiada, que disminuyen la excitabilidad neuromuscular (Zunz, Rondoni).

D O S I S :
1 a 5 tabletas al día
a juicio del médico.
Frascos con 20 tabletas.

Representantes:

Distribuidora de Productos
RICHTER, S. A.

Humboldt, 42

México, D. F.

El Problema de las Toxicomanías y las Medidas para su Prevención en México

Dr. Antonio Monzón.

El problema de los estupefacientes sale de las posibilidades nacionales, para encuadrar extensamente entre los problemas internacionales, y han sido múltiples los esfuerzos hechos para lograr su resolución, con procedimientos las más veces paliativos, formales, con frecuencia carentes de honestidad, y generalmente inútiles.

El tráfico de los estupefacientes, es comercio fabuloso, que rinde las más pingües ganancias; ha sido también una de las armas más poderosas de los países conquistadores, para embrutecer a los nativos de los países conquistados, haciéndolos así presa más fácil para su explotación, arrebatándoles sus míseras ganancias y atándolos con cadenas angustiosas, más fuertes que la voluntad.

En el afán desmesurado de riqueza, en la explotación ilimitada, en los mercantilismos burgueses que no cejan en el comercio con el dolor y el sufrimiento, y producto de la corrompida condición económico social capitalista, se encuentra la semilla tentacular de la narcomanía, que convierte en guiñapos a los seres irredentos en que fructifica.

En un breve recorrido a las campañas recientes que se han hecho para resolver este problema, vemos campear la ingenuidad y la mala fé en las convenciones, en los tratados, en los convenios: siempre la promesa hipócrita de colaborar, entre países que controlan la intoxicación del mundo.

La Sociedad de las Naciones, con un grupo de expertos conoce de las necesidades terapéuticas del mundo entero, con precisión que pretende ser perfecta, pero sin hacerse notar sus representantes, que son los de los países capitalistas más intensamente interesados en el tráfico de drogas, y cuya producción en cada uno de ellos, sobrepasa en centenares de veces, a la suficiente para estas necesidades terapéuticas mundiales; sin anotar tampoco que los productos de los decomisos de contrabandos de drogas, no son destruídos, ni utilizados lícitamente, sino que se agregan al tráfico de los envenena-

dores. Sólo se conocen casos excepcionales en que se ha destruído alguna existencia de estas drogas: en 1917 China hubo de comprar a los Norteamericanos Ezra, 3000 cajas de opio por valor de 20 millones de dólares, y que se destruyeron públicamente. Pero en otra ocasión, se comprobó que un contrabando de estupefacientes decomisado en E. U. A., provenía de la partida de productos sintéticos elaborados por Alemania y que le fueron entregados a Italia, de acuerdo con lo dispuesto en el Tratado de Versalles.

Y la Sociedad de las Naciones acumula estudios sobre estudios, en legajos voluminosos e inútiles, que nadie respeta ni conoce.

En ciertos países orientales, los gobiernos imperialistas han organizado, desde hace siglos, el comercio en grande escala; es proverbial que el conquistador acapare el monopolio del opio en China, en la India, en Macao, en Siam, etc. En 1923, Lord Inchcape, Presidente de la Comisión de Finanzas de las Islas Británicas, dijo que "dada la importancia del opio como fuente de rentas, se recomienda no proseguir la reducción de los cultivos de la adormidera."

Recientemente, a principios del año pasado, la Liga de las Naciones por conducto del delegado británico Lyall, acusó a Balivia, Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala, México y el Perú, de negligencia en enviar los datos estadísticos referentes a la cantidad de drogas heróicas necesarias en esos países, y atribuye, en parte a ésto, con una hipocresía de imbécil, la falta de efectividad en la lucha contra el tráfico ilegal de los estupefacientes en el mundo. ¿Ignora el delegado británico que su país tiene enorme sobreproducción de estupefacientes, y controla la narcomanía en una gran parte del mundo como elemento de su política imperialista? ¿Ignora el ilustre señor Lyall que las rentas que Inglaterra obtiene por la venta del opio en sus colonias orientales alcanzan cifras altísimas, y que es así como los ingleses civilizan al Oriente? Ciertamente es que en alguna ocasión, un diputado inglés, en la asamblea de la India en Fehli, M. J. L. Mac Allum, en 1925, declaró que en las cifras del opio consumido en las colonias se incluía también el consumo de los elefantes, lo que en opinión del Diputado, motivaba y justificaba la enorme producción de la droga en las posesiones y protectorados británicos.

Naturalmente, aparte de estas tontas justificaciones, suelen darse algunas de mayor sinceridad, pero sin mostrar la necesaria para descubrir el juego, que se oculta con la técnica del avestruz y así se dice que la vida de gran número de indígenas del oriente depende

del cultivo del opio, y no sería justo privar a éstos de la mayor fuente de sus ingresos; también se dice que esos indígenas necesitan sus placeres, y sus condiciones económico sociales no les permiten otros que el uso de las drogas heroicas, para alentarlos en el trabajo y en la resignación a sus sufrimientos.

Y es en los países que constituyen las colonias, los protectorados, los dominios de los países imperialistas, a base de explotación y miseria, en donde florece esta industria perversa, sea en China, víctima más propicia de toda las rapacidades occidental y japonesa bien en la India y regiones vecinas, en el Egipto, en Persia, etc.

Los países que surten al mundo de estupefacientes, y que se caracterizan, además, por su pujanza imperialista, y algunos por su encumbrada civilización, son principalmente, Alemania, Holanda, Inglaterra, Francia, Suiza, Turquía, Bulgaria, Yugoslavia, y hay el dato curioso de que no es en esos países en donde impera propiamente el hábito de la narcomanía, dato preciso de la pérfida alevosía de su mercantilismo abyecto.

Estas observaciones obligan a considerar el problema de los estupefacientes en el mundo, entre aquellos dimanados realmente del libre intercambio económico, en regímenes, en que todo es cotizable, la salud, la enfermedad, el dolor, la vergüenza, la muerte; en que sólo hay un afán: la riqueza individual.

ASPECTOS DEL PROBLEMA EN MEXICO

Los estupefacientes. Se usan como tales, en México: La heroína y la morfina, derivados del opio, éste, cocinado, la cocaína y la marihuana.—Otros productos, tienen menor importancia, por la rareza de su uso. No consideramos en este estudio algunos productos como los barbituratos, el éter, etc., que se usan como narcóticos sin considerarse legalmente como tales.

La heroína, inyectable en solución por vía parental es la preferida, entre las drogas de su tipo, dadas la facilidad y la utilidad de adulteración, amén de su mejor aprovechamiento como estupefaciente, pues es ocho veces más activa que la morfina.

La morfina se usa en la misma forma, aunque en menor escala y con frecuencia como sucedáneo de aquélla. De ambas, empezando

por dosis pequeñas (algunos miligramos) se suele llegar a usar hasta algunos gramos, diariamente.

El opio, generalmente se fuma, cocinado en pipas especiales, siendo sus adictos, en mayor número, chinos, y necesitando un instrumental adecuado y un tanto difícil de conseguir habitualmente. Algunas veces es utilizado por ingestión sobre todo, como método de deshabitación de otras narcomanías.

La cocaína más frecuentemente, como rapé, a veces inyectable.

La marihuana fumada en cigarrillos, sobre todo a las horas de comidas, con técnica especial, que se dice es indispensable para su mejor aprovechamiento. Otras prácticas son excepcionales, y desde nuestro punto de vista, poco interesantes.

El Tráfico: Para el Opio y sus derivados y la cocaína las fuentes de adquisición, en el país, son los países señalados antes como proveedores mundiales, y además, llegan a México provenientes del Brasil, Cuba y algunos otros países centro americanos, sobre todo El Salvador, y se introduce por la Costa Guatemalteca, Belice, Veracruz, y Mazatlán, preferentemente. La Marihuana es cultivada en diversos puntos del país con singular habilidad y en grande escala. Se ha discutido por especialistas sobre si se trata de producto autóctono o de cultivo importado, habiendo para ambas tesis, apoyos de interés.

El tráfico de los estupefacientes, en cualquier parte del mundo, como hemos dicho, es negocio fabuloso, y más que para los países que se dedican a su comercio, para los vendedores clandestinos. Pasa por un gran número de intermediarios, y siempre deja una utilidad pingüe y que permite cohechos inauditos.

A México, de contrabando, la introducen un reducido grupo de traficantes extranjeros en su mayoría: griegos, cubanos y españoles. El tráfico sucesivo se hace, cuando menos hasta hace pocos días, por algunas farmacias y algunos extranjeros Griegos, judíos, chinos y nacionales establecidos oficialmente, pero siempre al amparo de establecimientos que funcionan legalmente, y protegidos, en todas sus etapas por altos funcionarios y por la policía

Algunos médicos se han dedicado, con singular éxito económico, a la venta de recetas, prescribiendo estos productos, pero muy excepcionalmente.

Los precios de importación, aproximados y fluctuantes, en la actualidad, son los siguientes:

Cocaína	kilo	\$ 500.00
Morfina	„	„ 600.00
Heroína	„	„ 600.00
Opio en bruto	„	„ 25.00 (preferido, para la venta al ya cocinado, por sus rendimientos.

Precios de Venta

Cocaina	kilo	\$ 18,000.00 (ligeramente adulterada)
Heroína	„	de \$ 12,000.00 a \$ 20,000.00
Morfina	„	de \$ 14,000.00 a \$ 20,000.00
Opio	„	\$ 10,000.00

Mariguana, precio mucho más bajo, y no calculado con precisión. Un cigarro de \$ 0.15 a \$ 0.50.

No siempre hay oferta uniforme del producto en el mercado, en ciertas épocas escasea subiendo de precio, bien sea por retraso de los envíos, o por su decomización por las autoridades, o bien manobra de los mismos traficantes, que encuentran en ésto una posibilidad más de piratear con los dolores y la salud de los humanos. Algunas veces llega a haber verdaderas carencias del producto en el mercado, aun cuando algunos proveedores reservan algunas existencias para sus clientes favoritos a quienes procurar la droga en todo tiempo, y por cierto a precios fabulosos.

CAUSA DE LAS TOXICOMANIAS

En términos generales, estimamos como fundamental, la accesibilidad de la droga para el que la solicita, y en segundo término, ciertos factores individuales predisponentes.

Las causas de accesibilidad están dentro del determinismo comercial de nuestros regímenes capitalistas, que ahora funcionan en una época de transición, en la que se han roto muchos fetiches de convencionalismos, en que se ha intentado la implantación de normas más sinceras, más humanas, pero en la que también, por

ser época de transición, se han desquiciado las bases de las organizaciones decrepitas que amenazan su derrumbe cuando aún no se han madurado las bases de una organización nueva que sean capaces de sostener el nuevo edificio social que ha de levantarse de entre los escombros de esta cosa que ahora se muere y se derrumba; y en estas épocas de desconcierto se acentúan los vicios de las viejas organizaciones, sin que sea posible aun enfrentarles nuevos cánones de fe y de moralidad realizables como una redención. Y ahora es el afán de poder y de riqueza lo que ante todo determina la conducta de los hombres.

Hemos ya expuesto someramente las condiciones del tráfico de los estupefacientes para apoyar este punto de vista, y constantemente hemos de referirnos a las modalidades económicas de la marcomanía.

De los factores individuales predisponentes, en realidad no conocemos datos suficientes, y los que poseemos no son de tal modo fidedignos que nos permitan formar estadísticas precisas; sin embargo, mediante una observación metódica, aun cuando precaria, sabemos que: Es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres. Entre éstos corresponde un mayor porcentaje a los mayores de edad, pero de entre las falanges de la juventud se reclutan los narcómanos de todo el mundo, sobre todo de aquellos miserables que no tienen un objeto por ellos conocido en su vida, los fracasados, los que han equivocado sus vocaciones y sienten el dolor de ser malos obreros, malos soldados, malos ciudadanos; de los que sin obligaciones definidas, viven al amparo de protectores y explotadores, o a la sombra de sus familias no tienen sentimientos de responsabilidad y de solidaridad sociales; que viven o en plena ociosidad o dedicados a labores mezquinas, imprecisas en sus frutos, o infamantes, que vulneran su moralidad y crean el complejo de inferioridad; los que víctimas de una ética gazmoña e hipócrita, son fruto de amores ilegales, y, vergüenza de las familias honradas, nacen para vivir en las calles, en las cárceles y manicomios; y también se recluta un alto porcentaje de narcómanos, de entre aquellas mujeres, que víctimas de la moral burguesa que tanto defendemos aún, son guiñapo con que los hombres lustramos la pureza de las mujeres honradas.

En realidad, no hay actividades que pudieran considerarse como estrictamente habituógenas, si no es en la forma antes expuesta.

Los niños y los ancianos, son excepcionalmente toxicómanos, aunque hemos encontrado pequeños de seis años, bien habituados. En las mujeres hacemos las mismas distinciones.

No por lo anterior, el encumbramiento económico y social salva al individuo de la garra de la narcomanía, hay gran número de individuos de brillante posición social que se intoxican, pero que siempre se salvan de la campaña contra los estupefacientes, como corresponde a su elevada alcurnia.

No es excepcional tampoco ver individuos que se dedican a labores honestas y aun loables, con responsabilidad social manifiesta y grave, y que cumplen satisfactoriamente sus compromisos, aun cuando su decaimiento progresivo los aleje de esta posibilidad posteriormente.

Las causas individuales más importantes se refieren a la constitución mental del sujeto y al tipo de sus reacciones psicológicas. Existe un tipo temperamental predispuesto para la narcomanía, tipo temperamental psicopático, casi siempre exteriorizado por la presencia de rasgos histéricos y psicasténicos, de nerviosidad constitucional o inestabilidad afectiva e hipobulia. Ciertamente que algunas veces nos encontramos a individuos bien equilibrados, que seguramente no presentan las mismas características, pero en quienes, seguramente hubo otras causas de orden exógeno que determinaron su toxicomanía.

Sobre lo anterior, una situación psíquica subjetivamente desagradable y persistente (autopercepción de una inferioridad orgánica o psíquica) que lleva al sujeto a una insatisfacción vital, complejo de inferioridad; una alteración ascencional del ánimo, etc.) que obra como una determinante y que posteriormente, es considerada por el sujeto como la única y primordial.

En nuestro medio, hay dos focos de contagio para estos hábitos: para la marihuana, los cuarteles y la vida soldadesca; para la misma marihuana y las restantes, excepto el opio cocinado, las cárceles y establecimientos penitenciarios, endonde, a más de las condiciones propicias de pena y sufrimiento por el encierro, la pérdida de la libertad, lo vergonzante de la situación y los complejos angustiosos y de inferioridad que allí se generan, a la noción de injusticia, de abandono e irreparabilidad, se añade la corrompida política penitenciaria, a base de extorsionismos, explota-

ciones, esquilmos e iniquidades de la misma ralea, unas veces organizadas, sostenidas y practicadas por los carceleros y sus secuaces, otras veces sólo con su aquiescencia maldita y su indiferencia llena de torpeza y de crueldad. El hombre que ha delinquido, y a veces, que no ha delinquido, es expoliado brutalmente en los establecimientos penales; todo allí es explotación, y además se le obliga, casi materialmente, a usar de la droga, cuyo comercio, directa o indirectamente, es y ha sido fuente de enriquecimiento para las autoridades de los mismos establecimientos y quién sabe de dónde más. En la Penitenciaría, es ya proverbial que la campaña en contra de las toxicomanías, se anula con la mordida a los empleados de baja categoría del establecimiento, y algunos reos y exreos, que tienen controlada la situación, pese a nuestros esfuerzos, y a veces hay agresiones misteriosas como preventivos de la denuncia.

En realidad, el reo, va a la Penitenciaría y otros establecimientos carcelarios, a amargarse de justicia, a atesorar rencores y malos hábitos, y a aprender, si no lo sabe, que en la vida el que no explota, revienta, y para olvidar recurre a la droga.

¡Muy útiles conocimientos, para lograr su rehabilitación social! La toxicomanía en cárceles y presidios es endémica.

Existe un gran número de toxicómanos de cierta cultura, y aun los hay de muy elevada cultura, junto con analfabetas y hampones bien caracterizados.

De la República, exceptuando las corporaciones militares, puede decirse que es casi privativa la narcomanía de las grandes poblaciones, siendo verdaderamente excepcional, conocerla en pequeños poblados y rancherías, si no es de origen terapéutico y esporádicamente. También se conoce más la existente en agrupaciones de menor capacidad económica, que en las de acomodados, probablemente por la posibilidad económica de ocultar muchas cosas, en éstos, Aun cuando oficialmente el D. S. P. tiene datos de cierta precisión, no es posible determinar el número de narcómanos del D. F., y menos aún del país, ni sus proporciones, y sólo logramos conocer a algunos muy habituales o muy prominentes.

No es escaso el número de médicos toxicómanos, que crean un grave problema por la falta de reglamentación profesional y escasez del control efectivo en el toxicómano. El grado de responsabili-

dad social del médico toxicómano, lo hace muy más peligroso que siendo de otra profesión.

Un alto porcentaje de traficantes, son toxicómanos.

Mecanismos del habituamiento

Entre las causas de iniciación, tenemos, por una parte las de origen terapéutico, generalmente por prescripción médica para el tratamiento de afecciones dolorosas, insomnio, crisis angustiosas, tratamientos de otros vicios, etc. Bien sea mediante una terapéutica bien llevada, y por lo tanto, como secuela irremediable; bien por terapéuticas erróneas e imprudentes, caso de mucha frecuencia. Los métodos de autotratamiento, son frecuentemente causantes del acostumbamiento, estas causas son de secundaria importancia junto a las siguientes.

Otras veces, la influencia nociva del iniciado, que anhela hacer proselitismo, y, empeñosamente, induce al novicio a gustar de los placeres de la droga.

La influencia del traficante es más decisiva, incita a su uso, mediante promesas, más o menos desinteresadas aparentemente, ayuda a su adquisición, vence la resistencia y los escrúpulos del que se inicia. En los primeros días insiste en la necesidad de continuar el uso de la droga, so pena de grandes molestias, y no escatima las dosis, con solicitud y afabilidad; cuando ya hay necesidad de mayor intensidad, ejecuta maniobras encaminadas a acrecentar esta necesidad y el deseo, y se encuentra siempre, con la dosis, necesaria en el momento oportuno y lugar habitual, y cuando ya es lo irremediable, con cariñoso despotismo, pone un buen precio a la droga, a su servicio, que es seguro y oportuno, indudablemente, como todo servicio comercial de gran utilidad para el que lo comercia.

Pasando por alto los datos estrictamente médicos de la intoxicación, con las diversas características que dan las diversas drogas, encontramos cuatro fases, perfectamente delimitadas que, aun cuando variables en su duración, siempre tienen la misma periodicidad y la misma consecuencia social.

En una primera etapa, hay una repulsión para el uso de la droga, verdadera anafilaxia, en la que se manifiestan signos de intolerancia, algunas veces tan molestos, que bastan para desechar las probabilidades de habituación, desgraciadamente en casos muy raros. Es en esta época (14 a 18 días) en la que, si no median causas muy poderosas, como la existencia de dolores o conflictos y penalidades mayores, se requiere habilidad y paciencia por parte de iniciador para fortificar el deseo de habituarse.

Esto pronto llega, y se pasa a la segunda fase, en la que el individuo, necesita la introducción periódica con más o menos frecuencia de la droga a su organismo, de acuerdo con la droga escogida, las dosis de iniciación, el ritmo acostumbrado, las posibilidades, etc., pero es progresivamente creciente la dosis y acelerado el ritmo de su periodicidad. Suelen, entonces, en caso necesario, usarse los sucedáneos. Generalmente, salvo con la marihuana, suele el toxicómano adoptar una conducta apática cuando está intoxicado, salvo también cuando hay asociaciones de la misma droga o con alcohol, marihuana, etc., conducta que lo coloca al margen de la actividad social, y aun cuando la euforia de la intoxicación simple, generalmente permite el cumplimiento de los compromisos contraídos, es menester, constantemente la droga, para desempeñar los compromisos de sus ocupaciones habituales o accidentales. Pero la falta de droga, en su oportunidad, el cansancio, el hambre, colocan al enfermo al margen de toda posibilidad social; toda su actividad, física y mental, se enfoca a la adquisición del producto, con manifestación creciente de fenómenos morbosos personales y sociales a mayor espera, a mayor necesidad. Se acompaña esto de teatrales manifestaciones somáticas y fisiológicas. Entonces el individuo, sólo vive para conseguir el estupefaciente, llegando a lo que sea necesario, rompiendo los diques de la ética, de la conveniencia, del temor; fase de alta peligrosidad social y personal, en que se es capaz de todo.

Esta fase se caracteriza, porque aun cuando en época de necesidad hay un mayor índice de peligrosidad, puede el narcómano, convivir con la sociedad, desde el punto de vista de su rendimiento social, y aun cuando por ningún concepto debe permanecer sin reclusión, sí se le estima autocrítica capaz de fortalecerlo en su readaptación.

En una tercera etapa, el toxicómano es ya incapaz de algún ren-

dimiento social, han aparecido manifestaciones toxifrénicas que generalmente son irreversibles y que lo colocan ya definitivamente al margen social. Capaz aun de desarrollar algún trabajo, por la integridad de su organismo, y aun de algunas de sus funciones mentales, es ya incapaz de hacer algo que no sea luchar por adquirir el tóxico, que es todo el objeto de su vida. Sin mecanismos de adaptación social, sin mecanismo éticos, ni sentimientos familiares y con sus manifestaciones instintivas reducidas a lo vegetativo. Muchedumbre de estos individuos, suele vivir aun en el ambiente social, actualmente, sin que haya sino un interés relativo, en su especial atención.

Puede aun considerarse una fase terminal, a la que no siempre llega el toxicómano, porque su precaria situación orgánica lo hace presa fácil de enfermedades que lo matan. Esta fase es la demencia, que ya es problema de manicomio.

En todas estas fases, se encuentra una secuela progresiva, casi siempre interrumpida, si no es por la muerte. Entre las características actuales de la toxicomanía, está su incurabilidad, si no es en su primera fase, y en casos excepcionales, en otra. Se logran, si, remisiones prolongadas, todo lo que permite el alejamiento de las posibilidades de adquisición de la droga, pero en reapareciendo éstas, en la forma de antiguos compañeros, traficantes, enfermedad, etc., la reincidencia es inevitable, restándose, progresivamente las posibilidades de recuperación y curación.

Suelen mencionarse los casos de curación del toxicómano, entre profanos, y esto se cree regla casi general porque por una parte se ignora que las verdaderas curaciones son en un muy bajo porcentaje y que el paciente, cuando encuentra tentaciones enérgicas, recae, aun cuando tenga largos años de normalidad.

Peligrosidad del toxicómano

Una otra característica de la toxicomanía, es la de la grande peligrosidad social e individual del narcómano. Bien sea porque su condición de morbosidad psíquica, desencadenada por el estupefaciente, sobre todo en la marihuana y las asociaciones de drogas, bien por el decaimiento psicofísico que hacen del toxicómano un parásito perverso, bien porque la necesidad los arroja a los actos de peor

índole para satisfacerse, siempre el toxicómano, a más de la peligrosidad para sí mismo, por atentar contra su propia salud y vida, es un peligro constante para su sociedad. Además, su parasitismo arrastra a los suyos a la miseria, a la degradación, a la infamia que no se debe al hecho de tener a un enfermo, que tal es el narcómano, en la familia, sino a que la necesidad constante de dinero, necesidad de cantidades siempre crecientes, imperiosamente, que arrastra al enfermo y a los que se creen o están ligados a él, a todo lo que es necesario para conseguirlo, piden, roban, engañan, estafan, matan, ante la amenaza a su integridad física o ante el temor de un escándalo, de una publicación, de la exhibición de sus lacras familiares, o ante la amenaza de la cárcel, o del manicomio.

Por otra parte, el toxicómano, es una constante fuente de mal ejemplo por su parasitismo, su inmoralidad, y más aún un predicador ferviente a caza de adeptos, para quienes no escatima ninguna probabilidad de adopción.

Considerado el toxicómano como un enfermo, pues no es otra cosa, tanto desde el punto de vista médico, como del social o jurídico, es siempre un enfermo peligroso permanentemente y su peligrosidad es progresiva e independiente de las condiciones de educación, cultura, situación social y económica. Desde su iniciación en la narcomanía rompe con las normas éticas que controlaban su conducta y salvo escasas excepciones no recupera los mecanismos éticos de adaptación que antes poseía. En un principio estos mecanismos sólo se pierden en lo referente a la satisfacción de su necesidad de droga, después se generaliza a otros aspectos de su vida y después se llega a un estado demencial de su ética claudicante. No obstante esto, el toxicómano durante mucho tiempo es aún capaz de desarrollar actividades útiles honestas, regulares, aunque transitoriamente, pues si no se regenera, cosa por lo demás excepcional, llegará en la pauperización de su moralidad y posibilidades de adaptación, hasta la incapacidad definitiva.

Los delitos de los narcómanos, sobre todo los del mariguano, son proverbiales, llenos de arrebatos, de crueldad, sanguinarios, casi siempre inútiles, sólo por el deseo de robar, de matar; se desencadenan los mecanismos primitivos de adaptación, la agresión feroz, la sed de sangre, el egoísmo avasallador. El mariguano es peligroso sobre todo bajo la influencia de la droga, así como el morfi-

nómano, el heroinómano, etc., los son en estado de necesidad, cuando falta el estupefaciente.

Es frecuente que el autor de delitos sanguinarios y crueles, haya buscado en la droga y no nada más en el alcohol, como es común suponer, el valor que le faltaba para cometer su acto delictuoso, a sabiendas o no de que así rompería los prejuicios, los temores y las limitaciones éticas de la conducta; y más común es que los escondidos rencores, los odios enmascarados, los inconfesados deseos de venganza que duermen en los bajos fondos del subconciencia se despierten cuando la droga rompe los diques de la censura e inunda de maldad una vida que tal vez ha sido hasta entonces honesta; y cuántas veces bajo esta influencia el hombre comete actos para él mismo inconcebibles que nunca hubiera ni soñado ni fuera capaz de premeditar, siendo todo esto sólo producto de lo que está más allá de la conciencia y que es el móvil oculto y desconocido de nuestra conducta y que sólo sale a flote cuando se rompen sus cadenas.

Es ya indiscutible la ausencia de responsabilidad del toxicómano en cada uno de sus actos, y tanto en lo que se refiere a su afán por el tóxico, como en su conducta antisocial, pero la sociedad debe precaverse de su peligrosidad, concepto que ha adquirido carta de naturalización en nuestros códigos; aunque el toxicómano es un producto genuino de la civilización decadente del imperialismo, esta peligrosidad existe, no obstante que es engendrada por su misma víctima.

No sería posible determinar, ni con aproximada exactitud la frecuencia de los delitos bajo la influencia de los enervantes, pues nunca se hace el estudio psicológico inmediatamente después de cometido un acto antisocial, sino que cuando se hacen ya es tarde para precisar este hecho que se conoce imperfectamente, pero no obstante e independientemente de las estadísticas oficiales, por lo antes dicho, es muy más preponderante de lo que pueda saberse o suponerse.

LA CAMPAÑA CONTRA LA NARCOMANIA

Realizándose la toxicomanía con productos cuya naturaleza obliga a utilizarlos constantemente como armas poderosas contra la enfermedad, han sido necesarias reglamentaciones un tanto complica-

ras, que permitieran su uso con ciertas facilidades y que a la vez no permitieran su tráfico ilícito y funesto.

En realidad, todos los esfuerzos que se han hecho para disminuir la narcomanía, lejos de lograrlo más bien la han intensificado, pues a las propicias condiciones sociales y patológicas que favorecen la necesidad de estupefacientes, se une el interés comercial, intenso y decidido para no acabar con estas prácticas viciosas.

Es lógico suponer que siendo los países signatarios de los tratados respectivos, los mayormente interesados en este negocio, aun cuando el texto de estos tratados obligue a realizar una labor que pudiera llegar a ser útil, y aun suficiente para el control de la toxicomanía, ha sido muy fácil violar, por estos mismos estados, sus compromisos y realizar el fabuloso negocio del tráfico de las drogas heróicas. Trafican los mismos gobiernos, como tales (subastas del opio en la India, en la China, control del monopolio inglés o japonés en la misma China, etc.) o bien sus gobernantes, en lo privado, amparados por su alta investidura, o bien individuos particulares que cohechan admirablemente, etc., y encuentra inmensas facilidades para violar las disposiciones legales nacionales e internacionales, sin que realmente, éstas le interesen lo más mínimo, sino es para justificar sus elevados precios, y entonces resulta el conocido fenómeno que tan claramente se realizó en los E. U. A., cuando la prohibición de que ésta, lejos de restringir el uso o abuso de algún producto, lo intensifica, bien por el proceso psicológico de exitar el deseo de usarlo, bien por que fuera del control oficial, los contrabandos se intensifican y ponen el producto en manos de los piratas sociales que ejercen una acción directa y efectiva para engrandecer su negocio; y después, aun cuando se anulen las causas primitivas del fenómeno, se ha entrando ya en su senda viciada, de la que es extraordinariamente difícil salir y que repercute en muy diversos sectores del organismo social.

Excluyendo los múltiples detalles históricos de la lucha contra las narcomanías, lo interesante de conocer, y más reciente, se refiere a los siguientes hechos:

Deseándose completar las disposiciones de las Convenciones internacionales del opio, firmadas en La Haya, el 23 de enero de 1912 y en Ginebra el 19 de febrero de 1925, haciendo efectiva, por vía de acuerdo internacional la limitación de la fabricación de los estupe-

facientes a las necesidades legítimas del mundo para usos médicos y científicos, y regulando su distribución, se decidió realizar una convención a este efecto, que se denominó Convención e Ginebra, se firmó el 13 de julio de 1931 y entró en vigor tres meses más tarde.

Esta convención señaló las disposiciones respectivas que se refieren a: Definiciones, en las que considera con el nombre de DROGAS a diversos productos derivados del opio, en diversos grupos, a este mismo y a la cocaína y sus sales; Evaluaciones; Limitación de la fabricación; Interdicciones y restricciones; Control; Disposiciones administrativas y Disposiciones generales. Los capítulos más interesantes, por más infringidos son el de la limitación de la fabricación y el del Control. La limitación es la de que no se deberá fabricar anualmente, más droga que la suma de las cantidades requeridas por las evaluaciones para cada país o territorio para ser utilizada, para usos terapéuticos, científicos y de exportación; la cantidad que podrá ser requerida para exportaciones ese año; las cantidades necesarias para las reservas de acuerdo con las evaluaciones ese año y la cantidad eventualmente requerida para mantener las reservas del Estado al nivel especificado por las evaluaciones en el año estudiado. Si se excede de esta cantidad, se reservará para el año siguiente, restándose la misma cantidad a la producción de ese año siguiente, etc. Respecto al Control, entre otras cosas se deberá presentar anualmente un estado de las evaluaciones de cada droga y de la cantidad de cada droga consumida, fabricada, transformada, importada, exportada y empleada para la fabricación de otras preparaciones.

Otros múltiples aspectos interesantes señala la dicha convención pero es de notar el hecho de que los países signatarios no cumplen lo pactado, sino que sólo por mero formalismo, presentan sus informes de narcóticos sobre todos los grandes países industriales y capitalistas, que ya antes hemos señalado como responsables del envenenamiento del mundo con sus productos estupefacientes.

En México es hasta el 2 de marzo de 1920 cuando se inicia la inútil campaña nacional contra el uso indebido de narcóticos.

Antes de esa fecha, sólo se señala en el código de 71, entre los delitos contra la salud pública, en sus artículos 842-3 y 848 que él que sin autorización legal labore para venderlas sustancias nocivas a la salud o productos químicos que puedan causar grandes estragos,

sufrirán la pena de 4 meses de arresto y una multa de \$25.00 a \$500.00. La misma pena se impondrá al que comercie con dichas sustancias sin la correspondiente autorización, y al que teniéndolas las despache sin cumplir las formalidades prescritas en los reglamentos respectivos (art. 442). La venta de cualesquiera otros efectos necesariamente nocivos a la salud, hecha sin autorización legal, y sin los requisitos que previenen los reglamentos respectivos, se castigará con arresto mayor y multa de 2a. clase; el art. 848 se refiere a que cuando en el caso anterior se llegue a resultar daño a la salud, si el tal caso constituye por sí mismo un delito, según si hubo o no intención de dañar, se aplicará la pena.

En realidad se hace poco caso del problema de los estupefacientes, ya que de su tráfico, aparte de lo precario del articulado, ni siquiera hace mención de ello el Lic. Martínez de Castro en su exposición de Motivos de dicho Código. Tampoco señala la condición de ser toxicómano ni como excluyente, ni como atenuante ni como agravante, ni se señala que el hecho de serlo sea o no delictuoso. Esto se debe a que las condiciones del problema, eran completamente diferentes a las actuales puesto que aun no había la generalización de la toxicomanía que ahora existe; se usaba la marihuana entre soldados y gente que entonces se consideraba como abyecta y de baja ralea y eran vicios localizados.

El Código de 29 señala con mucha mayor amplitud los problemas de la toxicomanía, aun cuando siguen siendo las medidas para repremirla de escasa utilidad.

Es de notarse que aunque las penas son realmente leves ante la magnitud del delito, sí están especificadas para todos los que intervienen en el tráfico de las drogas; asimismo que es el Departamento de Prevención social, quien para ésto, como para otros muchos problemas tiene la autoridad necesaria, aunque no suficiente y para prevenir en estos asuntos, es el Departamento de Salubridad Pública quien señala cuáles son las drogas enervantes y las condiciones de su uso y comercio.

Por otra parte, considera excluyente que el acto se haya provocado bajo la influencia de introducción de drogas al organismo en forma accidental e involuntaria, sin conocimiento del sujeto (art. 45.) y como agravante el hecho de intoxicarse intencionalmente para asegurar o facilitar la ejecución del delito. (art. 63. frac. XV.)

Considera al toxicómano como un enfermo y lo hace recluir en establecimientos adecuados, determinando el Departamento de Prevención Social sobre su externación (art. 525 y 523), y con ésto se preven las consecuencias de la peligrosidad que le considera al toxicómano y se pretende ingenuamente readaptarlo. En la Exposición de motivos se señala lo costoso, inútil y contraproducente de las penas de multa o prisión contra los toxicómanos, que con ésto los viciosos se transforman en malhechores y en vagos forzosos. Para evitarlo se debe proteger al vicioso y a su familia y para defender a la sociedad acepta la idea del internamiento, con régimen de trabajo y opina que los Jueces deben investigar de oficio los antecedentes toxicómanos de los delincuentes.

Precisa que el artículo 45 del C. P. no se refiere a los toxicómanos, ejemplificando. Señala que los toxicómanos, especialmente los cocainómanos reinciden fácilmente en el delito y opina que no obstante su gran peligrosidad social, no es posible declararlos culpables socialmente.

El Código Sanitario vigente, pone en manos del Departamento de Salubridad Pública el problema de los narcóticos y la toxicomanía.

El 27 de Octubre de 1931, se promulgó el Reglamento Federal de Toxicomanía cuyo texto es el siguiente:

REGLAMENTO FEDERAL DE TOXICOMANIA

CAPITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

Artículo 1o.—Corresponde al Departamento de Salubridad Pública, de acuerdo con lo establecido por el artículo 206 del Código Sanitario, fijar los procedimientos curativos a que quedarán sujetos los toxicómanos.

Artículo 2o.—Para los efectos de este reglamento, será considerado como toxicómano, todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna de las drogas a que se refieren los artículos 198 y 199 del Código Sanitario vigente.

Artículo 3o.—Serán auxiliares de las autoridades sanitarias federales, para el cumplimiento de este reglamento:

I.—Las autoridades, los funcionarios y las instituciones que señala el artículo 19 del Código Sanitario vigente; y

II.—Las instituciones de Beneficencia Pública y Privada de todas las entidades federativas.

Artículo 4o.—Toda persona que ejerza la medicina estará obligada a dar aviso a las autoridades sanitarias señaladas en el artículo 6o., de los casos confirmados o sospechosos de toxicomanía, dentro de las veinticuatro horas siguientes al diagnóstico cierto o probable de la enfermedad.

Artículo 5o.—Deberán también dar los avisos a que se refiere el artículo anterior, los directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquiera otra índole y, en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de algún caso de toxicomanía.

Artículo 6o.—Los avisos a que se refieren los artículos anteriores, serán dados:

I.—En el Distrito Federal, directamente al Departamento de Salubridad Pública;

II.—En las demás entidades federales, a los delegados del Departamento de Salubridad Pública en los Estados, Territorios, puertos y poblaciones fronterizas.

CAPITULO SEGUNDO

De los Hospitales para Toxicómanos

Artículo 7o.—El Departamento de Salubridad Pública establecerá hospitales federales para toxicómanos, en los lugares del país juzgue más adecuados.

Artículo 8o.—La internación en el hospital federal para toxicómanos será obligatoria y continua durante el tratamiento, y estará sujeta a los sistemas que impongan los reglamentos interiores de los hospitales federales para toxicómanos.

Artículo 9o.—Los toxicómanos están obligados a hacerse tratar por los médicos de los hospitales federales par atoxicómanos, o por médicos particulares, en los términos de este reglamento.

Artículo 10.—Sólo mediante acuerdo del Jefe del Departamento se podrá autorizar a un toxicómano para que sea curado en un hospital particular u oficial, distinto de los federales para toxicómanos, y una vez que se hubieren llenado los requisitos siguientes:

I.—Demostrar, a satisfacción del Departamento de Salubridad, que el hospital reúne las condiciones necesarias para el tratamiento;

II.—Que el Director del mismo sea médico en ejercicio y de reconocida honorabilidad, a juicio del Departamento de Salubridad Pública;

III.—Otorgar responsiva médica a satisfacción del Departamento indicando el sistema de curación y aislamiento que vaya a emplearse;

IV.—Otorgar fianza o constituir depósito de \$500.00 a \$10,000.00 en favor del Departamento de Salubridad para garantizar la observancia de las medidas enumeradas y de las demás que se dicten;

V.—Las demás que establezca el Departamento de Salubridad.

Artículo 11.—Los médicos que suscriban una responsiva para atender a un toxicómano, están obligados a informar al Departamento de Salubridad Pública, cada mes, del estado del enfermo, los efectos del tratamiento, la cantidad de droga que hayan disminuído, etc.

Estos informes pueden ser solicitados por el Departamento de Salubridad, cuando lo juzgue conveniente.

Artículo 12.—Los enfermos a quienes se haya concedido el tratamiento en slohospitales a que se refiere el artículo 10, por haber llenado, los requisitos exigidos en el mismo, quedarán, en todo caso, sujetos a la vigilancia de las autoridades sanitarias federales.

Transcurrido un año sin que se hubiere obtenido su curación, será forzosamente recluído en el hospital federal para toxicómanos que corresponda.

Artículo 13.—El Departamento de Salubridad podrá autorizar el que un enfermo recluído en un hospital federal para toxicómanos sea tratado por un médico de su confianza, siempre que se sujete al reglamento interior del hospital.

Artículo 14.—Para ser dado de alta un toxicómano atendido en un establecimiento de los señalados en el artículo 10, será necesaria

la autorización del Departamento de Salubridad, mediante los requisitos que en cada caso determine.

Artículo 15.—El Jefe del Departamento de Salubridad determinará, por medio de reglamentos o circulares que expida, el funcionamiento interior de los hospitales federales para toxicómanos.

CAPITULO TERCERO

Del Procedimiento

Artículo 16.—Los toxicómanos que fueren localizados por cualquiera autoridad de la República, serán puestos a disposición del Departamento de Salubridad, quien los internará en un hospital federal para toxicómanos.

Artículo 17.—En el Distrito Federal, al ser puesto a disposición del Departamento de Salubridad un presunto toxicómano, o al ser sorprendido directamente, será examinado por el médico que al efecto designe, quien rendirá su diagnóstico.

Artículo 18.—En los Estados y Territorios el diagnóstico será hecho por los delegados sanitarios de la respectiva jurisdicción, o por el médico del Departamento de Salubridad que éste o aquellos designaren.

Artículo 19.—Si el diagnóstico a que se refieren los dos artículos anteriores fuere positivo, el toxicómano será enviado, para su curación, al hospital federal para toxicómanos que el Departamento de Salubridad acuerde.

Si el diagnóstico fuere negativo, el presunto toxicómano será declarado sano.

Artículo 20.—Todo toxicómano, al llegar al correspondiente hospital federal para toxicómanos, será puesto por cinco días en observación, transcurridos los cuales, el Jefe del hospital rendirá nuevo diagnóstico.

Artículo 21.—Cuando hubiere desacuerdo entre el diagnóstico a que se refieren los artículos 17 y 18 y el que establece el artículo anterior, el Departamento nombrará un tercer médico, cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo.

Artículo 22.—Cuando el diagnóstico a que se refieren los arti-

culos 17 y 18 y el que ordena el artículo 20, estuvieren de acuerdo, o cuando el del médico tercero a que se refiere el artículo anterior, fuere positivo, se sujetará al toxicómano al tratamiento que acuerde el Jefe del hospital federal correspondiente, hasta su completa curación.

Artículo 23.—Cuando el caso lo requiera y habiendo fundadas sospechas de que un individuo sea toxicómano, será sometido a observación en el hospital para toxicómanos, por un período de cinco días, después de los cuales se declarará si es toxicómano o no lo es.

Artículo 24.—Cuando a juicio del médico del hospital federal para toxicómanos, encargado de la curación de un enfermo, juzgue que éste está sano, tendrá obligación de manifestarlo por escrito a la Dirección del establecimiento.

Presentado el informe de salud, será sometida la persona a que el mismo se refiere, a un reconocimiento por médico distinto, y si el nuevo informe resultare de acuerdo con el primero, se ordenará el alta; en caso contrario, se practicará un nuevo reconocimiento por un tercero nombrado por el Jefe del Departamento o el delegado sanitario correspondiente. Este dictamen será definitivo, y entre un dictamen y otro, no mediará un plazo mayor de cinco días.

Artículo 25.—El paciente que juzgue estar sano, podrá pedir a la Dirección del hospital ser sometido al procedimiento marcado en el artículo anterior.

Cualquier tercero podrá hacerlo en su lugar.

Artículo 26.—Los tratamientos se impartirán gratuitamente a los toxicómanos que no pudieren cubrir su importe.

Artículo 27.—Los toxicómanos no indigentes cubrirán la totalidad de los gastos que se eroguen en su curación, de acuerdo con el reglamento interior del hospital.

CAPITULO CUARTO

De las penas

Artículo 28.—Las infracciones a las disposiciones de los artículos 4o, 5o, y 6o, de este reglamento, serán castigadas con multa de \$ 10.00 a \$ 500.00.

Artículo 29.—Los médicos que infrinjan el artículo 11 de este

reglamento, sufrirán una multa de \$ 25.00 la primera vez y la segunda se les duplicará esta cantidad, declarándose nula la responsiva que hubieren dado.

Artículo 30.—El médico que suscriba una responsiva de las exigidas por el artículo 11 de este reglamento, y se le compruebe no haber seguido el tratamiento aprobado, se le aplicará una multa de \$ 100.00 a \$ 5,000.00, y en lo sucesivo no serán aceptadas sus responsabilidades.

Artículo 31.—Las demás infracciones a las disposiciones de este reglamento y la desobediencia o resistencia a los reglamentos, circulares, acuerdos, órdenes o providencias que con fundamento en él se dicten, se castigará con multa de \$ 10.00 a \$ 5,000.00, sin perjuicio de la consignación correspondiente, en los términos del capítulo I del título VI del libro II del Código Penal, si fuere procedente.

Artículo 32.—Si el acuerdo a que se refiere el artículo 10 fuere revocado por la observancia de las medidas previstas en él, la fianza o depósito constituidos quedarán íntegramente a beneficio de la Tesorería de la Federación, sin perjuicio de las demás penas que hubieren de imponerse.

TRANSITORIOS

1o.—Este reglamento entrará en vigor el día de su publicación en el "Diario Oficial" de la Federación.

2o.—En el presupuesto correspondiente al Departamento de Salubridad Pública, se consignarán las partidas necesarias para proveer a la creación y sostenimiento de los hospitales federales para toxicómanos que fueren necesarios.

Por tanto, mando se imprima, publique, circule y se le dé el debido cumplimiento.

Dado en el Castillo de Chapultepec, D. F., a los veintitrés días del mes de septiembre de mil novecientos treinta y uno.—*P. Ortiz Rubio*. Rúbrica.—El Presidente del Consejo de Salubridad General y Jefe del Departamento de Salubridad Pública, *Dr. Rafael Silva*. Rúbrica.—El Secretario de Estado y del Despacho de Gobernación, *Lázaro Cárdenas*. Rúbrica.

Y el Código Penal vigente más preciso y más riguroso, no es lo suficiente aún para liquidar la toxicomanía. Señala como el anterior, la intoxicación involuntaria como excluyente, pero no la voluntaria como agravante ni se refiere al toxicómano para su reclusión. Tampoco se mencionan en la ley Penal Mexicana, de los autores del Código Penal vigente, los problemas de la marcomanía.

En 1932, la Procuraduría Gral. de la República expresó su criterio en cuanto a los Delitos en contra de la salud de acuerdo con los postulados vigentes.

Fuera de lo anterior, existe una serie de disposiciones generales y particulares tendientes a realizar la campaña, bien por el Departamento de Salubridad, bien por la Sría. de Hacienda o por la de Relaciones Exteriores; sirven para restringir la producción, la importación y exportación, el comercio de mayoreo y detallista por industriales y drogueros acerca de la intervención del médico en su comercio, precisando la dosis que deben recetarse y la forma de administrarse.

Ultimamente se ha decidido que la dosis de estupefacientes para usos terapéuticos fueren bastante menores que las que antes se permitían, con lo cual se dificulta en cierta forma el uso terapéutico de los narcóticos sin tocar ni remotamente el problema real de la toxicomanía.

En todo caso lo característico de las disposiciones de los códigos penales y de los diversos organismos que han intervenido en este problema, es su completa y absoluta inutilidad.

Por una parte la campaña se dirige precisamente contra quienes o bien no realizan el tráfico o bien contra quienes lo hacen, pero en forma tal, que lo que menos les importa es la ley. Algunas veces esta ley surte sus efectos contra los traficantes de escasa habilidad y de pocos recursos de defensa o de cohecho y contra los mismos enfermos cuando no pueden defenderse por pobreza, por falta de talento o por falta de interés en ocultarse.

Los traficantes de la base de este negocio quedan invariablemente impunes, enriqueciéndose, no obstante disposiciones tan absurdas y necias como la de que para combatir la toxicomanía sólo se formulen tres ampollitas de sedol en una receta, como si el nar-

cómo no necesitara recetas para comprar su droga, habiendo tantos traficantes que se la llevan a su casa.

Los servicios de desintoxicación existen y también son inútiles.

De acuerdo con el Reglamento Federal de Toxicomanía funciona un Hospital para toxicómanos en Mixcoac, dependiente del Departamento de Salubridad Pública; este hospital tiene un reglamento apropiado y lo mejor posible dentro de sus limitadas condiciones de utilidad. Su servicio es sólo útil para deshabituaciones temporales, pero no para curar ni menos para prevenir, añadiéndose a esto que adolece de los defectos de todo establecimiento carcelario, por que esto es en realidad: las explotaciones, el descuido, el escaso interés científico para el problema, etc.; los establecimientos particulares también sólo sirven para la desintoxicación temporal y nunca curativa. Los toxicómanos habituales entran y salen de estos servicios hospitalarios cada vez más graves de su dolencia, salvo casos muy excepcionales, a pesar de la hospitalización.

Como un síntesis, y repitiendo lo que hemos dicho antes, debemos confesar que la toxicomanía continúa intensificándose en forma alarmante y rápida; ninguno de los procedimientos y disposiciones que se han tomado con el fin de atacarla han tenido ni el menor éxito, sino tal parece que provocan su mayor expansión. Ni en México ni en ningún país capitalista se logra nada útil en estos problemas, sino es el ridículo inevitable.

Los códigos son débiles, los procedimientos nulos y no se ha llegado a atacar el problema en su nudo vital: lo exorbitante por magnífico que es como negocio. Mientras haya quien tenga grande interés en vender, habrá quien compre, y el comprador arrostrará todos los sufrimientos y penalidades, pero comprará y se intoxicará, y el vendedor, alentado por la inmensa ganancia, hará contrabandos infinitos, cohechará con sumas fantásticas y no hay quien se resista, pase a las penas, que por lo demás van a los de mínima categoría en el tráfico, ya que el negocio ha sido de los poderosos y omnipotentes que por el general, no han sufrido ninguna de las malas consecuencias de su negocio. Por otra parte el toxicómano constantemente reincide en su hábito, y ya estamos acostumbrados a los huéspedes asiduos de los hospitales y sanatorios particulares, siempre regresan los que salen y siempre hay nuevos.

Lo del control por el Departamento de Salubridad de la droga para uso terapéutico, estaría bien siempre que fuera efectivo; las penas a los traficantes en las diversas etapas de negocio son leves, deben ser del máximo rigor posible para todos los que intervienen en el tráfico; es justa apreciación y por lo tanto, debe ser su reclusión, para curársele y para segregarse un elemento nocivo y peligroso de la sociedad, tomando en cuenta que es curable en una primera etapa, y que después, hasta ahora no puede curarse su enfermedad; y por último, lo fundamental debe ser el quitar a la droga el alto valor mercantil que tiene, en las condiciones económicas sociales del capitalismo imperialista que nos rige, no debemos atenernos a promesas en convenios y tratados leoninos con países poderosos, desleales y ambiciosos, es preferible resolver nosotros mismos nuestros problemas, aunque sea parcial y transitoriamente y para esto, sólo son útiles procedimientos radicales, sin prejuicios ni vanos sentimentalismos, enfrentándonos al problema tal cual es, y pensando que el sacrificio de los pocos en beneficio de los muchos es necesario siempre, y para lograr una efectiva campaña contra la toxicomanía es menester:

a).—Que únicamente el estado, por medio de las instituciones adecuadas, pueda hacerse cargo de la curación del toxicómano, y de ninguna manera ni en forma alguna, médico o institución privada.

b).—Que esta curación sea tratando al enfermo, en tres etapas: la Reclusión breve, en Hospitales Federales de deshabitación, para su rápida desintoxicación, con inmediata reintegración al medio social y libertad vigilada más de un año.

2a.—Para los reincidentes, reclusión prolongada por más de un año invariablemente, con régimen de trabajo previa desintoxicación, y colocándoles en colonias agrícolas o industriales, cooperativas, sin ninguna concesión de salvar estas condiciones. Lograda su curación así, libertad condicional y vigilada durante más de dos años.

3a.—Si reincidentes por segunda vez, reclusión indefinida en colonias agrícolas o industriales, en establecimientos adecuados o para concedérsele al enfermo considerado incurable, inútil, nocivo y peligroso, la intoxicación que desee, indefinidamente, en condiciones de máximas liberalidad y condescendencia al enfermo. Uno u otro método de estos, escogido a elección del paciente y previas las diversas tentativas de curación.

De primera intención puede parecer inaceptable esta proposición, pero reflexionando detenidamente, se ve que por una parte, se dan varias oportunidades de curación al enfermo, progresivamente más y más enérgicas, y no la actual reclusión irregular e inútil de nuestros tratamientos habituales; por otra parte, si el enfermo recae varias veces, en la práctica hemos visto la inutilidad de posteriores esfuerzos, tan dolorosos para el enfermo, tan inhumanos en nuestras manifestaciones de rectitud; si el enfermo es ya incurable para que hacerle sufrir? es preferible practicar esta forma de eutanasia que trae aparejadas la supresión de un ejemplo contagioso y la supresión de la necesidad que ahora tiene el toxicómano incurable de aceptar los servicios tan caros y tan vergonzosos del traficante. El enfermo que se sabe incurable, tiene ya el resto de su vida asegurado; los que aun huyen del traficante pueden externarse, los que lo buscan, encuentran la droga gratis en la institución oficial y seguramente lo prefieren. O si bien, sólo quieren tener una seguridad para no recaer, habría colonias de trabajadores de reclusión indefinida, en la que cubrirían sus necesidades y estarían alejados de la tentación. El problema de la intoxicación autorizada a los incurables, es análogo al del canceroso cuyos dolores sólo cesan con la morfina, hasta la muerte, ésto es a corto plazo, aquello a plazo más largo, pero el sufrimiento y la incurabilidad del enfermo es la misma. Es cierto que se corre el peligro de que la narcomanía adquiera más adeptos y de que muchos curables queden sentenciados, pero como habrá menos oferta, se aminora el esfuerzo que ahora no existe y además hay varias oportunidades de curación y en todo caso, si se trata de cortar el mal de raíz, habría víctimas propiciatorias.

c).—Sólo el estado puede introducir o producir la droga necesaria, para usos terapéuticos, de acuerdo con las disposiciones respectivas.

d).—Creación de un servicio para el control de Estupefacientes con autoridad Federal, dependiente del Departamento de Salubridad Pública, organismo capacitado por su propia índole profiláctica, para ejercer este control.

En resumen, la campaña consta de los siguientes puntos:

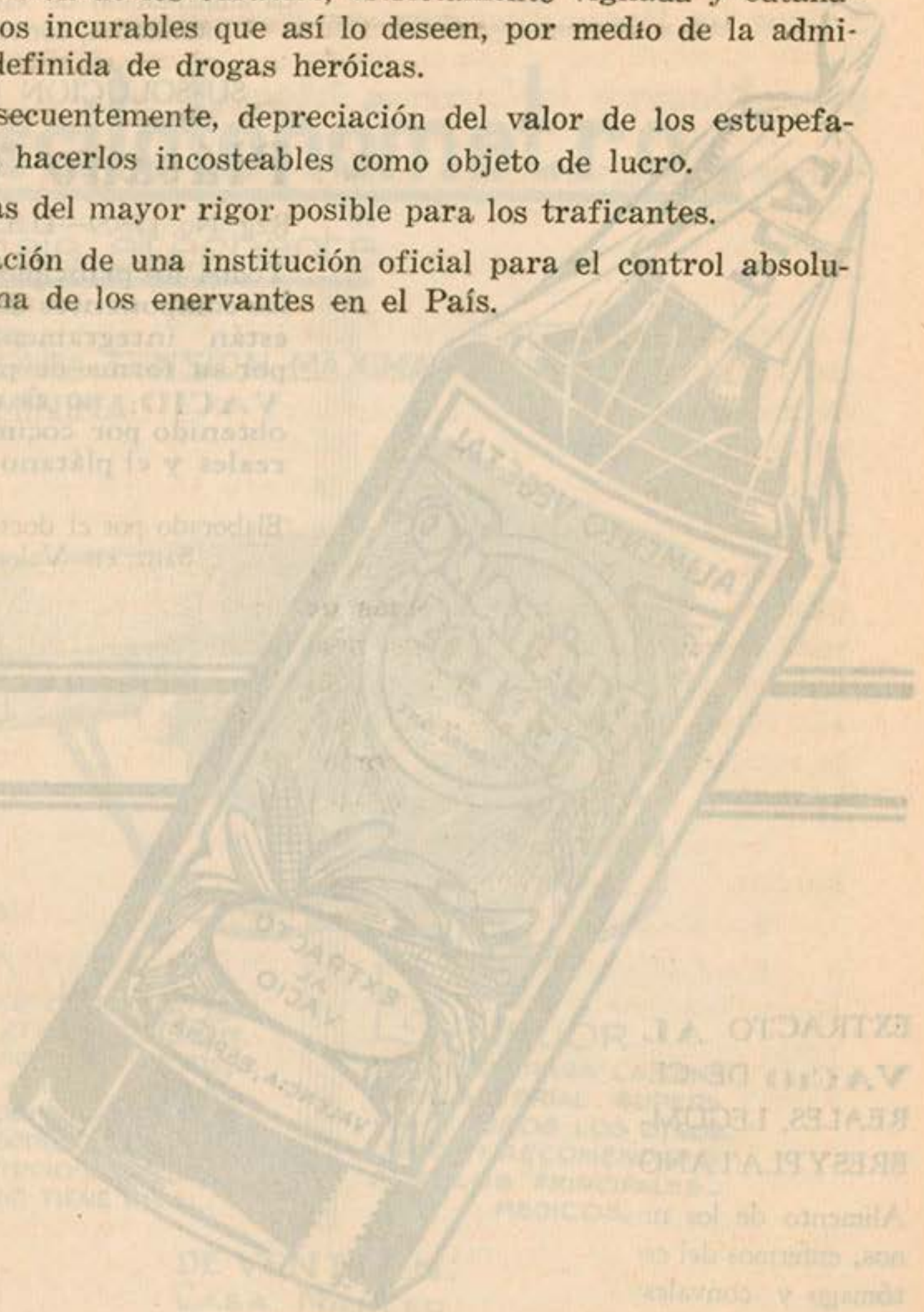
1o.—Control absoluto por el estado, de los productos y de los enfermos en relación con la toxicomanía.

20.—Curación de los curables, estrictamente vigilada y eutanasia lenta de los incurables que así lo deseen, por medio de la administración indefinida de drogas heróicas.

30.—Consecuentemente, depreciación del valor de los estupefacientes, hasta hacerlos incosteables como objeto de lucro.

40.—Penas del mayor rigor posible para los traficantes.

50.—Creación de una institución oficial para el control absoluto del problema de los enervantes en el País.



PARA MUESTRAR Y LITERATURA DIRIJASE A
BOLLINAGA Y GARCIA

Un Problema Difícil Para el Médico

La alimentación de enfermos delicados, intoxicados, convalecientes, etc.

SU SOLUCION CIENTIFICA

Plátano Cereosa

Reg. No. 15809—D.S.P.— Prop. No. 665

Todos los principios vitamínicos de los componentes de este preparado están íntegramente conservados por su forma de preparación **AL VACIO**; no es un concentrado obtenido por cocimiento de los cereales y el plátano.

Elaborado por el doctor Vicente Barberá Sanz, en Valencia, España.



EXTRACTO AL VACIO DE CEREALES, LEGUMBRES Y PLÁTANO

Alimento de los niños, enfermos del estómago y convalecientes.

PARA MUESTRAR Y LITERATURA DIRIJASE A

BOLINAGA Y GARCIA

Mesones Núm. 68

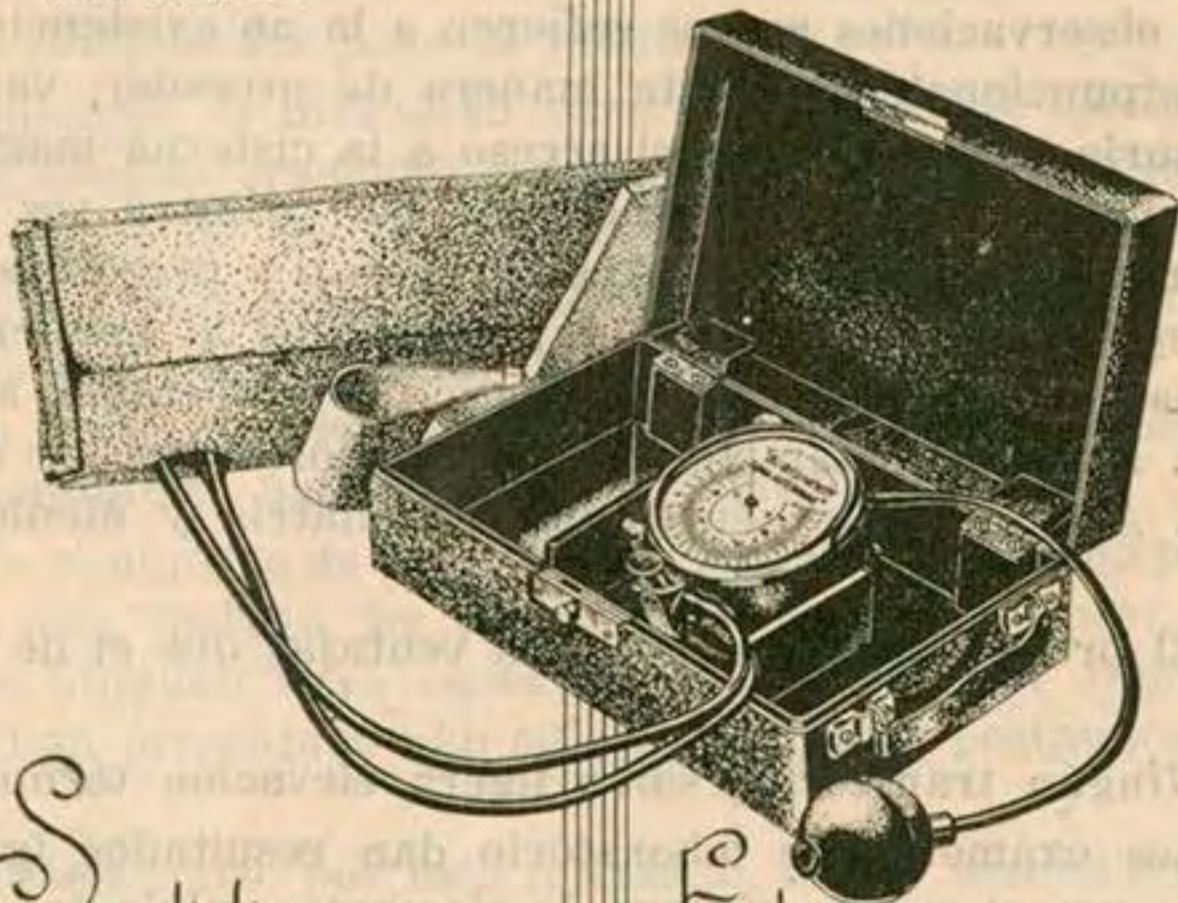
Tel. Ericsson 2-26-28

México, D. F.

Oscilotonómetro

“Escala alternante”

PARA TENSION MÁXIMA **MEDIA** y
MÍNIMA



Se distingue por:
su gran precisión,
su sencillo manejo,
su escala única,
su perfecto acabado,
su presentación agradable,
su precio económico,
NO TIENE RIVAL.

EL MEJOR

APARATO PARA LA TEN-
SION ARTERIAL. SUPERIOR
A TODOS LOS OTROS.
USADO Y RECOMENDADO
POR LOS PRINCIPALES
MEDICOS.

DE VENTA EN:
CASA NIEKLER,
SAN JUAN DE LETRÁN 5
México D.F.

Sobre un Procedimiento de Exactitud para Alcanzar la Cisterna Magna y Otras Observaciones al Margen

Dr. Raúl González Enríquez
del Manicomio General

Desde hace ya bastante tiempo se viene buscando una técnica útil y precisa para poder efectuar la punción de la cisterna, ya que las exigencias impuestas por el lipiodiagnóstico, y otras, dependientes de las observaciones que se refieren a la no existencia de trastornos postpuncionales con esta manera de proceder, van haciendo más necesaria al especialista, el acceso a la cisterna magna.

La punción de ésta fué practicada por primera vez por los cirujanos americanos Weyefort, Ayer y Essech y preconizada ampliamente después por Eskuchen, a tal grado que la prefiere para todos los casos a la lumbar. Su estadística es respetable, se refiere a 152 casos. Laplane es también su partidario. Ciampi y Ansaldi, en la revista Argentina de neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, señalan:

1.—El procedimiento ofrece más ventajas que el de la punción lumbar.

2.—Ningún transtorno, salvo ligera elevación térmica.

3.—Los exámenes de laboratorio dan resultados iguales, difiriendo sólo por el menor número de elementos celulares. A este respecto coincide también la opinión de Helion Povoá (Archivos Brasileños de Medicina).

Laplane señala únicamente tres casos de cefalalgia en 300 punciones de la cisterna.

Sicard, que introdujo al diagnóstico de las compresiones medulares y al de bicamientos subaracnoideos, la precisión, por medio de las imágenes radiográficas, después de la inyección de aceite de clavel iodado en el canal raquídeo, insiste en una técnica para la punción de la cisterna, que hace varios años usé con motivo de la preparación de mi tesis recepcional. Se tropezaba con algunas dificultades, sobre todo por lo que tocaba a los puntos de referencia para la introducción de la aguja y una vez conseguida, para la direc-

ción, que era una hasta chocar con el occipital y debía variarse para alcanzar la membrana atloido occipital.

Sthal aconseja que se introduzca la aguja dos dedos abajo de la protuberancia occipital externa, y Waldemiro Pires, que escribe un trabajo relativo a esto en la Prensa Médica (Núm. 8 de 1930) dice lo que sigue: se traza un rombo con los puntos siguientes, protuberancia occipital externa, apófisis espinosa de la primera cervical y apófisis mastoides, se unen los puntos más alejados y se trazan líneas cuya intersección nos da el de penetración.

Es indudable que la práctica de este género de maniobras, permita conseguir prontamente una precisión aceptable. Los procedimientos de Contremculins y Laplane, bajo control radiológico, son demasiado complicados para la práctica.

Sin embargo, la dificultad para la mayoría de los médicos hacía que en muchas ocasiones prescindieran de este medio de exploración por temor de lesionar el bulbo.

Escuchen, Targowla, Lamache, que se han dedicado a investigaciones de este género, están de acuerdo en rechazar el peligro citándose un tanto por ciento mínimo, verdaderamente mínimo de accidentes imputables únicamente a la punción alta.

Aparte el número de casos que en la actualidad tomé para el desarrollo de este trabajo, he tenido oportunidad de hacer bastantes, sin que en ninguno haya observado trastornos de importancia y cuando se han presentado han sido los síntomas postpuncionales clásicos.

Hago caso omiso por este momento, de los resultados en las P. C. para atenerse exclusivamente a los de la cisterna.

Esta, como se sabe, se encuentra situada aproximadamente a nivel del agujero occipital, adelante de la parte inferior del bulbo y tiene regularmente a este nivel un diámetro anteroposterior, que es el que interesa conocer para este caso, de un centímetro.

El procedimiento que paso a describir, permite suponer un error de dos a tres milímetros y aun aceptándolos en todos los casos, hay distancia marginal que permite desechar el temor de una herida del neuroeje.

No quiero volver a repetir, que no es conveniente llegar al extremo de preconizar el abandono de la punción lumbar por ésta, cada una tiene sus indicaciones, aunque sí acreditaré que hay nume-

rosos casos en los cuales es muy preferible, ya que como en uno que se presentó en un enfermo del pabellón de Observación Hombres del Manicomio General, no fué posible dada su resistencia y contorsiones, llegar al espacio subaracnoideo o extraer líquido por la punción baja, en tanto que con la cisternal, usando el procedimiento que da margen a este trabajo, el mismo practicante que había fracasado en la primera vez lo logró una segunda con relativa facilidad.

No nada más para el lipiodiagnóstico de las interrupciones subaracnoideas a nivel del raquis se usa la punción cisternal, también para el caso de tumores cerebrales, ya sea por el lipiodol (Sicard) o por el aire frío (Stookey); el neurólogo italiano Estrici, en un trabajo resumido en la gaceta médica italiana preconiza la ventriculografía con introducción de aire, bien por vía lumbar o cisternal, prefiriendo ésta, aun cuando no todos los autores americanos estén de acuerdo, alegando la mayoría la dificultad de la punción alta.

Pires, ya citado anteriormente, prefiere también la cisternal y aun asegura que es la vía de elección para ejecutar la descompresión en estos casos.

Sólo hago mención, sin concederle importancia, a las punciones combinadas de Ayers, en las que precisaría conocer también la técnica para llegar a la cisterna.

Alguna ocasión he hecho la introducción de medicamentos por esta vía, sin embargo, en el Hospital General, se pusieron sustancias como cloruro de calcio y sulfato de magnesio, etc., sin que se hubieran presentado manifestaciones bulbares alarmantes. Así pues, con todas las reservas y teniendo presente la difusibilidad en el L. C. R. de sustancias que habitualmente se usan por vía subaracnoidea, como salicilato de sodio, suero de caballo, etc.; la cercanía evidente de la cisterna con los núcleos grises centrales, podría indicar la aceptación de este camino. Ayala y Giovani Amaducci usan luminal por punción de la cisterna y refieren resultados favorables (Il Cervello, Septiembre de 1930). Pires para lavados de las meninges y para la aplicación de suero antimeningocócico. Sin embargo,

En el curso de mi trabajo investigué además, algunos otros fenómenos que corroboran o desmienten afirmaciones anteriores como son la influencia del R. O. C., de los movimientos de flexión y ex-

tensión de la cabeza sobre la tensión del L. C. a nivel y las variaciones térmicas después de la punción.

MATERIAL: aguja de raquia, delgada, de bisel corto, o preferiblemente, aguja de 6 ctm., que tiene las condiciones anteriores, mandril, el que se sabe indispensable en cualquier punción, Jeringa de Pravaz, muy necesaria en este caso, pues hay ocasiones en que la maniobra de Quekenstedt o la de Stoowey no son suficientes para hacer salir el L. C. R. Suero fisiológico tibio, que puede reemplazar, con más o menos ventaja al mandril. Una cinta métrica, dos reglas decímetros o mejor una escuadra cuyas ramas miden 10 centímetros y cuyas divisiones en milímetros, estén marcadas por dentro. Lápiz dermatográfico, un pedacito de corcho o de hule, que nos va a servir para marcar en la aguja el número de milímetros que debe penetrar.

El enfermo, que ha sido previamente rasurado hasta nivel de la protuberancia occipital externa, se le coloca sentado, de preferencia en una silla y se le indica o se le hace que recargue la espalda en el respaldo y después se pone la cabeza en hiperflexión; con esto se logra que aun cuando después la mueva, se pueda encontrar la actitud primitiva. La hiperflexión de la cabeza es por ésto necesaria, la rectitud del tronco puede conceptuarse como secundaria. Una vez en la posición ya descrita, se marcan como puntos de referencia los vértices de las apófisis mastoide y uniéndolos por medio de la cinta se traza esa línea, marcándose la mitad de ella, que es el punto donde se va a introducir la aguja.

Se coloca una rama de la escuadra o bien una de las reglas sobre la línea bimastoidea trazada, que pasa por la nuca, y que denominaremos M.M., cuidando que apoye tangencialmente, sin presión en la parte media; con la rama segunda de la escuadra o bien con el otro decímetro formando ángulo recto con el que se ha colocado horizontal, se mide la distancia que hay del vértice de la apófisis mastoide de un lado, que ya se ha señalado, a la regla colocada horizontal; a esa distancia se le denomina M.P. es decir piel apófisis mastoide. Se hace lo mismo del otro lado, sólo con el fin de corroborar o rectificar. A esta cifra obtenida M.P. supóngasele 60 milímetros se le restan 20 mil metros si se trata de un hombre, 17 si de una mujer y se tiene entonces la distancia P.D., es decir, piel duramadre y en el caso puesto como ejemplo quedaría 40 o 43. que sería la

longitud de aguja que se va a introducir para alcanzar la cisterna.

En la aguja se marca con un pedacito de hule la distancia P.D. encontrada.

La dirección que debe darse a la aguja es la misma que la de una línea que uniera el punto de introducción con la mitad de la línea intercomisural de los ojos.

Pasada la piel, se tropieza con el ligamento posterior, que en casi todas las ocasiones es muy fuerte y en el que se experimenta un primer plano resistente y otro resalto, uno o dos milímetros antes de que el topecito de hule alcance la piel cuando la toca es el momento en que se atraviesa la dura y se está en la cavidad cisternal.

Pires hace referencia a un choque que experimenta el paciente en este instante, yo también he tenido oportunidad de observarlo, pero sólo en los casos en los que la introducción es muy brusca.

La aguja debe mantenerse en la línea media. Si se desvía mucho se corre el riesgo bien de herir un vaso, que da mucha sangre o de hacer inexacta la medida piel-duramadre previamente determinada.

Cuando por error en la dirección se tropieza con hueso, casi siempre es este el occipital, de manera que sacando unos cuantos milímetros, se corrije hacia abajo.

En la mayoría de las ocasiones (90% según mis observaciones) no hay que esperar la salida espontánea de L.C.R., por esto se recurre a la jeringa una vez el tope en contacto con la piel.

BASES DEL METODO.—Las apófisis mastoides, primeros puntos de referencia, guardan relación, preferentemente definida por Ontaneda, con el borde posterior del agujero occipital. Efectivamente, las medidas hechas en 100 cráneos dieron por resultado lo siguiente:

La línea bimastoidea pasa a 25 milímetros adelante del borde posterior del agujero occipital, con variaciones que no pasan de 4 milímetros.

Las medidas tomadas en cráneos de niños dieron resultados semejantes.

En sujetos cubiertos *por partes blandas*, es fácil conocer la distancia que hay entre la piel de la nuca, en el sitio donde se va a introducir la aguja, y la línea bimastoidea, es lo que se hace como ya

dije, al medir la línea M. P., que debe ser de los dos lados, para tener mayor precisión y descartar un margen de error hasta donde sea posible. Y sabiendo que la línea tirada de una apófisis mastoide a la otra pasa 25 milímetros adelante del borde posterior del agujero occipital, se tendrá aproximadamente la distancia P. O., es decir, piel borde posterior del agujero occipital, restándole estos 25 milímetros. Ahora bien, el punto en donde la dura madre es alcanzada en la punción, está situada 5 milímetros adelante, ya que el borde posterior del agujero es más posterior que el atlas, es decir, que la dura a partir del agujero occipital, se dirige levemente hacia adelante; estos 5 milímetros comprobados en numerosos cortes, hacen que la distancia de la piel a la dura madre sea de: cifra obtenida por medición de la apófisis mastoide (25-5), que es la distancia que media entre la línea bimastoidea en su paso por el agujero occipital y la dura madre posterior.

Según los Dres. Gastex y Ontaneda, cuya experiencia es igual a 400 punciones, practicadas en hombres y controladas muchas de ellas por la radiografía, el error nunca ha sido mayor de 3 milímetros de más o de menos. Según modesta experiencia, siempre se falla por defecto.

Por lo que se refiere a la mujer no se había llegado a ninguna conclusión. Se preconiza descontar, como ya lo señalé en líneas anteriores, 17 18 milímetros a la línea M. P.

Procedí a restar 17 y sin haber tenido oportunidad de comprobaciones cadavéricas, obtuve resultados suficientemente satisfactorios para aceptar esta cifra.

El número de punciones que me sirvieron como base para mis observaciones fué de 92, siendo 9 hombres y el resto mujeres. Habiéndolas hecho de preferencia en estas últimas por no haberse llegado en ella a establecerse cifras definitivas.

Giampi, Ansaldi, Targowla, etc., señalan la elevación de la temperatura después de la punción de la cisterna y cada uno da la explicación que les parece más correcta de este fenómeno. En tanto que unos suponen la excitación del centro termoregulador, de manera directa, otros la refieren a un fenómeno de choques, etc.

Como el asunto me parece de importancia suficiente para consagrarle capítulo aparte, me voy a limitar a señalar las observaciones sin tratar de explicarlas.

Coincidiendo con casi todos los autores que han fijado su atención sobre este asunto, comprobé la elevación térmica poco tiempo después de hecha la punción. Las anotaciones se pueden resumir a las siguientes:

1.—Elevación que excepcionalmente deja de presentarse, tiene su máximo tres a cuatro horas después de la punción.

2.—Existe aun cuando no se extraiga L. C. R.

3.—Varía entre unos cuantos decigrados hasta dos grados centígrados, siendo la más frecuente de un grado.

4.—La curva, construídas con temperaturas de cada media hora, tiene ascenso y descenso lento, sin meseta.

Estando el enfermo acostado, la tensión cisternal y la lumbar son sensiblemente iguales. En posición sentada llama la atención la diferencia; como es sabido, la lumbar oscila entre 15 y 25 centímetros de agua en la ciudad de México, en tanto que la de la cisterna tiene sus variaciones entre 9 y 4, siendo la tensión máxima que encontré de 7 y la media, en las 92 punciones, de 2.5. Lo que demuestra en buena parte que influye para la apreciación de la tensión el que el sujeto esté en una o en otra posición, siendo de preferirse la acostada y si preconizo para la técnica de que se trata la sentada es para la comodidad del operador circunstancia que no es despreciable.

Hartwing ha encontrado en punción cisternal con el sujeto, tensiones mayores que en la lumbar, hecho que no tuve oportunidad de comprobar.

Varias observaciones contradictorias pusieron a discusión la elevación de la tensión raquídea y cisternal con la compresión de los globos oculares. Yo obtuve resultados negativos en todos los casos, de tal manera que no queda margen para la discusión. Procedí a la compresión de los globos oculares durante 15 segundos en 80 casos y no observé ninguna variación que fuera atribuible a esta maniobra, si en alguna ocasión la aguja del manómetro subió (en 4 enfermas), fué debido al esfuerzo que ejecutaron pujando.

Siendo la estadística tan definitiva y coincidiendo estos resultados con los de Stan y Lamache en su totalidad, se puede establecer una conclusión negativa.

Diversos investigadores, Becher el primero en 1918, estudiaron en el hombre las variaciones tensionales originadas por la flexión o deflexión de la cabeza. Posteriormente Cottin y Saliz y por últi-

mo Lamache, al que se debe un buen trabajo a este respecto, comprobaron que existen estas variaciones, pero sin llegar a ponerse de acuerdo; en tanto que unos afirman el aumento con la deflexión, otros lo niegan para sostener que es con la flexión con lo que se produce. Algunos entran a la discusión desde un punto de vista enteramente teórico, sin que se les pueda considerar mucha importancia, porque precisa fijar los hechos por medio de la observación y después intentar explicarlos. El asunto se complicaba más con los datos aportados por Castex, sosteniendo que los mismos sujetos presentaban resultados distintos en distintas punciones. Ciertamente que estas observaciones se referían exclusivamente a la punción lumbar, pero últimamente los Dres. Castex, Ontaneda y Marrei emprendieron un estudio comparativo de las alteraciones en la punción lumbar y la cisternal, llegando a las siguientes conclusiones:

La inclinación de la cabeza hacia atrás, en posición sentada aumenta la tensión y agregan que los movimientos laterales en 15 enfermos, no han producido alteraciones.

Yo procedí a ejecutar movimientos pasivos de flexión y extensión, de rotación e inclinación lateral para uno y otro lado en todas las puncionadas, habiendo obtenido los resultados que siguen:

La hiperextensión produce una elevación tensional que oscila entre 10 y 15 centímetros de agua de diferencia con la obtenida en la flexión; los movimientos de inclinación lateral, para uno y otro lado, la producen mínima (1 a 2 centímetros) e inconstante (70% de los casos; en los de rotación no hay alteración apreciable al manómetro.

Como se puede ver, las variaciones observadas por mí guardan relación en parte con las anotaciones hechas en los últimos trabajos.

La explicación del aumento con la extensión ha sido dada primeramente por Haller, diciendo que hay variaciones de los diámetros cisternales con los diferentes movimientos. Para Lamache y Bacher es debida a la compresión misma de las yugulares, considerándolos éstos como fundamental, rechazando la opinión de Haller. En apoyo del modo de ver de este autor, Ontaneda procede a hacer cortes en cadáveres y demuestra que efectivamente, con la cabeza en extensión, hay disminución de 3 a 4 milímetros del diámetro anteroposterior de la cisterna; además aduce la razón de que produciéndose también en el cadáver la elevación tensional con esta maniobra,

no es factible atribuirle a la compresión mínima de la yugular interna como lo sostiene Lamache.

Por otra parte, hice algunas pruebas que me permiten desechar de manera definitiva la influencia de la compresión como factor primordial; estando los sujetos con la cabeza en hiperflexión hice la maniobra de Queckenstedt, siendo positiva; sin dejar de hacer la compresión yugular se hizo que flexionaran la cabeza y la tensión bajó considerablemente. Procediendo de otra manera: en hiperflexión se hizo la maniobra de Queckenstedt, hasta lograr la elevación máxima, se efectuó entonces la hiperextensión, sin dejar de comprimir fuertemente las yugulares y se pudo apreciar que la tensión subía de 10 a 15 centímetros más.

Por último y refiriéndome a la ausencia de trastornos post-puncionales, debo agregar que de los 92 casos observados para este pequeño trabajo, solamente en tres se advirtieron; la significación que a estos hechos podemos atribuir, la facilidad que el método propuesto ofrece y algunas anotaciones hechas en el curso de líneas anteriores hablan indudablemente a favor de la introducción de la punción cisternal a la práctica diaria como un procedimiento que no ofrece dificultades y cuyo valor es evidente.

*"El valor de
la auroterapia
depende
del preparado."*

Dr. Schröder-Schöenberg

El término "auroterapia" es tan impreciso como el de "arsenoterapia". La acción terapéutica de ambos metales depende de la forma en que se hallan combinados químicamente. Así como en la sífilis se han demostrado eficaces sólo muy determinadas combinaciones del arsénico, en la tuberculosis y en el reumatismo articular crónico es evidente la superior acción terapéutica del

SOLGANAL-B oleoso

Máxima
eficacia

Mínima
toxicidad



Frascos con 5 c. c. de la suspensión ol. al
2 y 20%. Cajas con 1 amp., dosis I-IV,
de 0.01, 0.05, 0.1 y 0.2 gr..

Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos
QUIMICA SCHERING MEXICANA S. A.
MEXICO D. F. Apartado No. 281

Schering


SOCIEDAD PARA ESTUDIOS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

MANICOMIO GENERAL

MIXCOAC, D. F.

Presidente: Dr. Leopoldo Salazar Viniegra

ZACATECAS, 120

ERIC. 4-19-19

MEX., P-00-18

Y L-95-56

+

MIEMBROS

- Dr. Edmundo Buentello. Tacuba, 37. Tel. Eric., 3-37-90.
Dr. Enrique Bulman. Justo Sierra 34 Eric. 2-55-93
Dr. Guillermo Dávila. Regina, 58. Tel. Eric., 2-69-39.
Dr. Narno Dorbecker y C. Edificio "La Nacional". 1104. Eric., 2-36-12.
Dr. Carlos Fernández Mac Gregor. Uruguay 13. Tels.: Eric, 2-81-59
y Mex. L-23-41.
Dr. Mario Fuentes. 5 de Mayo, 40. Tel. Eric. 2-64-65.
Dr. Luciano García Mendia. Salvador 92 Mex. 4-21-44
Dr. Enrique Garfias. Donceles, 29. Tel. Mex., J-15-25.
Dr. Raul González Enriquez. Edif. "La Nacional". 1105. Eric. 2-36-12
Dr. Manuel Guevara Oropeza. Havre, 46. Tel. Eric. 4-48-36.
Dr. Esteban Maqueo. Serapio Rendón, 26. Sanatorio Moderno. Tel.
Mex., L-56-05.
Dr. Alfonso Millán. Reforma 9. Tel. Eric., 2-61-36.
Dr. Antonio Monzón. Uruguay 66-1. Tels. Eric. 3-42-68 y 5-06-41.
Dr. Roberto Morales. 5 de Mayo, 6. Tels. Eric., 2-54-50 y 6-02-71
Dr. Francisco Núñez Chávez Regina, 58. Tel. Eric. 2-69-39.
Dr. Alfonso Ortega. Edif. Galeno. Calle de López. Tel. Eric. 2-69-39.
Dr. Luis Pizarro Suárez. Manicomio General Mixcoac., Eric. 5-52-08.
Dr. Arturo Perdomo. Mar Mediterraneo, 174. Tel. Eric. 7-33-03.
Dr. Oscar León Puig. Chiapas, 39. Tel. Eric. 4-28-65.
Dr. José Quevedo. S. Rendón 26 Eric 6-22-83
Dra. Mathilde Rodríguez Cabo. Viena, 20. Tel. Eric. 3-65-74.
Dr. Luis Samson. Priv. 3a. Cedro, 2. Tel. Eric., 6-03-51.
Dr. Jesús Siordia Gómez. 5 de Mayo 40. Tels. Eric., 2-65-56 6-12-46 y
Mex. L-99-47.
Dr. José Velázquez. Manicomio General. Mixcoac. Tel. Eric. 5-52-08.

portaciones a la Neurosífilis.

Las Manifestaciones Clínicas de la Sífilis Nerviosa

(Continuación)

Dr. Mario Fuentes

Las manifestaciones clínicas en relación con la edad sífilítica.— La sífilis es una enfermedad que evoluciona por períodos bien definidos; por tanto, conviene saber en qué época de su evolución se presentan las distintas manifestaciones clínicas en el sistema nervioso.

De las distintas estadísticas, se concluye que el número de neurosífilíticos su máximum en los tres primeros años que siguen al chancro; del cuarto al sexto, la proporción decrece notablemente; del séptimo al trezavo, el número de casos aumenta ligeramente sobre el precedente, y del trezavo al veintavo año, las localizaciones cerebrales son excepcionales. Es, pues, en el curso de los tres primeros años donde se presentan las complicaciones. Para el cerebro, serán frecuentes en el tercer año, y para la medula, como lo han demostrado Gilbert, Lion, Erb, Goldfan —citados por Klippel, "Enfermedades del Cerebro," T. XXII-bis. 1928—, la precocidad es todavía mayor.

También el sitio de las lesiones varía, según la edad sífilítica. Los accidentes precoces se localizan sobre todo en las meninges, en la superficie de la corteza y también en las arterias. Las meningitis gomosas, las arteritis sífilíticas, son accidentes de los tres primeros años. Los accidentes tardíos en relación con los anteriores, son la P. G. P., la Tabes, las gomas que se desarrollan en pleno parenquima, que pueden dar sintomatología tumoral; los cuales, a la vez que tardíos, se resisten más al tratamiento.

En cuanto a la naturaleza de las lesiones anatomopatológicas, no existe diferencia entre la sífilis cerebral que aparece durante el período secundario o terciario. Los mismos elementos, vasos y tejido conjuntivo son atacados en las dos fases del padecimiento, y el proceso de infiltración sífilítica de las paredes arteriales, vista al microscopio, no presenta caracteres distintos; sin embargo, hay que convenir en que las lesiones más tardías de la sífilis nerviosa, son las parenquimatosas, las de encefalitis primitiva.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis nerviosa son múltiples. Para su descripción completa tendríamos que entrar en considera-

ciones muy prolijas, incurrir en repeticiones de lo que han expuesto numerosos autores, la mayor parte de los cuales, para ser didácticos, han tenido necesidad de fundir los síndromes clínicos con los anatomopatológicos. No es posible prescindir de esta concurrencia de síndromes, en tratándose del sistema nervioso: las manifestaciones clínicas de una poliomiелitis, por ejemplo, implican lesiones exclusivas de la sustancia gris de la médula; las de la encefalitis, implican lesiones situadas en el encéfalo. Es, a propósito de los síndromes neurosifilíticos, donde la concomitancia clínica y anatomopatológica se impone y así se habla, al tratar de hacer clasificación clínica, de *sífilis ectodérmica* y *sífilis mesodérmica*. El fundamento de esta clasificación, dice su autor, Doctor M. Kroll “—Los Síndromes Neuropatológicos,” 1930—, no sólo es suministrado por la localización especial del agente patógeno y por las distintas reacciones específicas de diferente procedencia embriológica que produce, sino también y de un modo especial, por el curso distinto y por la influencia diferente del tratamiento en uno y otro caso.

A las formas mesodérmicas de la lúes nerviosa, pertenecen las afecciones sifilíticas de las cubiertas y sus continuaciones en la sustancia nerviosa y en los vasos, y las lesiones gomosas intersticiales. En la forma ectodérmica hay que incluir la Tabes, la P. G., la poliomiелitis crónica específica, etc. Es claro que una clasificación así, no corresponde exactamente a la realidad, de hecho existen en las lesiones ectodérmicas, lesiones secundarias de localización mesodérmica y viceversa. Existen, por ejemplo, predominancia de lesiones ectodérmica, de lesiones parenquimatosas en la P. G. y predominancia de lesiones mesodérmicas en el complejo clínico llamado “sífilis cerebral.”

Vista la repartición desigual de las lesiones, es probable que predominen también las lesiones arteriales en la red arterial no encefálica en los casos de sífilis mesodérmica y una coincidencia en los casos de lesiones ectodérmicas.

En vista del número reducido de casos que presentamos, no es posible en esta tesis aducir pruebas fundadas en datos de estadística, sin embargo, señalamos su interés con el objeto de insistir en la concomitancia de las lesiones, que aporta mayores elementos diagnósticos. Además, son de tomarse igualmente en cuenta las dificultades que la clínica diaria presenta para el diagnóstico diferencial

preciso entre una P. G. y una sífilis cerebral de forma pseudoparalítica (pseudoparálisis sífilítica de Fournier), en la que predominan las lesiones arteríticas o meningoarteríticas. Por las dificultades de orden técnico, no nos fué posible llegar a hacer estas discriminaciones, por lo que nos hemos concretado a estudiar la concurrencia de lesiones arteriales —aórticas— con las manifestaciones neurosifilíticas.

La sífilis mesodérmica.— Clínicamente, la sífilis mesodérmica presenta múltiples manifestaciones de principio, predominando en algunos casos determinados síntomas que ulteriormente le darán individualidad anatomoclínica al cuadro. Unas ocasiones, la sintomatología es predominante “orgánica,” aparecen síntomas que muchas veces son inopinados: una parálisis periférica de algunos de los pares craneanos, principalmente el facial o de alguno de los oculomotores, trastornos sensitivos de tipo neurítico; o bien el cuadro se inicia con algún “accidente vascular,” que se presenta intempestivamente y que se traduce unas veces por ictus transitorios, verdaderas ausencias que no dejan secuela y que en ocasiones se suceden con frecuencia simulando crisis de epilepsia, las que de hecho puede tomarse como tales por más que debe hacerse la distinción entre este tipo de epilepsia que, por ser sintomática, no tiene las características, en lo que al estado mental se refiere, de las del epiléptico esencial. Construye para el diagnóstico diferencial, el hecho de que estas epilepsias sintomáticas de los neurosifilíticos, generalmente son de aparición tardía en relación con la edad del individuo y, además, la circunstancia de que *siempre se encuentran concomitantemente signos de impregnación neurosifilítica pupilares o vasculares*, al grado de que esta asociación triple: ataques epilépticos tardíos, con signos pupilares, aunque discretos y, además, secundariamente, lesiones vasculares, *constituyen un complejo sintomático de sífilis cerebral mesodérmica.*

Los ictus y las convulsiones epileptiformes a que se acaba de hacer referencia, son sintomáticos desde que se producen de una forma predominante de sífilis e indican lesiones de preferencia meningo-vascular. Radovici—La Neurosífilis, 1929—, asegura que el substratum anatómico de estos síntomas es la arteritis de forma gomosa miliar. Hemos observado casos de paralíticos generales, en quienes los síntomas epileptiformes son frecuentes, con la particularidad de que solamente por excepción dejan secuelas, como hemi-

plejías, parálisis periféricas de alguno de los pares. Entre los ciento setenta parálisis generales que hemos observado en los pabellones respectivos del Manicomio General, no hemos encontrado ni un solo afásico, ni un solo hemipléjico o monopléjico, aun cuando muchos de ellos sufren frecuentemente manifestaciones epileptiformes. En consecuencia, los síntomas focales constituyen por sí mismos, desde su época precoz de aparición, un indicio de la forma anatomoclínica que revestirá el proceso sifilítico en su período de estado.

La escasa intensidad del ictus, su carácter transitorio y el hecho de que no deje *secuela focal*, se traduce en un substratum puramente funcional de dichos fenómenos. En la actualidad es un hecho comprobado que existen en el encéfalo nervios vasomotores, constrictores y vasodilatadores y que los primeros, por causas irritativas directas o reflejas, dan lugar a espasmos vasculares y consecutivamente a fenómenos de déficit circulatorio: ausencias, ictus, convulsiones. (Tratado de Fisiología Normal y Patológica, Tomo IX, 1933.) El hecho de que anatómicamente se haya comprobado que en los casos de neurosífilis, en los que existen frecuentes ictus, se encuentran lesiones arteríticas, de la forma gomosa militar, según Radovici,—ya citado—indica claramente que el proceso es únicamente vascular.

Además de los síntomas mencionados anteriormente, se presentan también: la cefalea, con las características conocidas de las cefaleas sifilíticas, que pueden ser de origen óseo o meníngeo; el insomnio, con la característica de ser inopinado, constante, que no cede con las medicaciones hipnóticas y que se acompaña de un fondo angustioso, algunas veces terrorífico, porque aparecen trastornos de percepción: ilusiones, insuficiencia de percepciones o francos fenómenos de alucinosis, representaciones reales, de las que el enfermo se da aún cuenta de su carácter patológico; en un período más avanzado, francas alucinaciones, en las que el enfermo se encuentra perplejo respecto a su naturaleza; las acege con temor, las analiza íntimamente, hasta que un día pierde el sentido de crítica respecto a ellas y las pone de manifiesto, constituyendo así un cuadro alucinatorio que va asociado a síntomas de déficit intelectual o confusionales, como el principio de una psicosis sifilítica. Este estado reviste ulteriormente la forma de un cuadro psicótico estabilizado, semejante a una psicosis alucinatoria crónica—sin serlo—, a una psicosis pa-

ranoide, a veces a una esquizofrenia—más frecuentemente paranoide—, a delirios pseudosistematizados. Cuadros múltiples de la nosología que tienen la característica de ser transitorios o bien, crónicos, pero nunca definitivos y en los que, repentinamente, puede aparecer un signo de clara organicidad, generalmente focal, de substratum meningítico o arterítico, que vendrán a dar un mentís a la psicosis que aparentemente parecía obedecer a un mecanismo “puramente psicógeno.”

Esta forma de aparición de la sífilis cerebral no es rara e interesante, porque muy a menudo se le toma como un cuadro psicótico simple, tanto más cuanto que en muchos casos las reacciones del líquido céfalo raquídeo son totalmente negativas en determinado período, las reacciones parciales—de citología o de albúmina—no arrojan elementos bastantes para servir de base sólida a una interpretación, y porque las reacciones del suero sanguíneo que son positivas habitualmente, pueden ser negativas, por error o por anomalía del cuadro. Aún en el caso de ser positivas, todavía pueden prestarse a esta consideración: que se trata de *una psicosis en un sifilítico y no de una psicosis sifilítica*. En la práctica se presentan casos como los citados que constituyen un serio problema de diagnóstico diferencial, por lo que, conviene analizar la autenticidad de la psicosis como tal, seguir paso a paso la evolución e investigar los signos más discretos de impregnación sifilítica nerviosa, que aparecen con cierta precocidad, o bien los signos vasculares de arteritis periférica o de aortitis. Muchos casos son tan complejos que parece imposible su resolución, de tal suerte, que para el diagnóstico definitivo es preciso esperar la aparición (feliz para nuestra observación) de algún síntoma de focalización, verdadero signo de organicidad que será como una ratificación de nuestras presunciones.

Es interesante el estudio de esta etapa inicial de la sífilis cerebral, por las dificultades apuntadas para el diagnóstico; porque indica la existencia de lesiones predominantemente mesodérmicas y discretamente encefalíticas, y también, en virtud de que este mismo cuadro insidioso de principio, aparece en paralíticos generales que han sido oportunamente bien tratados, malarizados, en los que se ve una desaparición casi total de la demencia, quedando como residuo un cuadro psicótico polimorfo, con delirios alucinatorios, interpretativos, paranoides, exactamente semejantes a los cuadros de ini-

ciación de la sífilis cerebral. Tal parece como si unos y otros fueran dos extremos idénticos que enmarcaran a los síndromes habituales de parálisis general y de sífilis cerebral claramente definidos.

En los enfermos malarizados, estas secuelas y los cuadros con que se inicia la sífilis cerebral mesodérmica, dan la impresión de que los síntomas han sufrido una involución, retrocediendo hasta la identidad con los síntomas de principio de sífilis mesodérmica.

Esta etapa de la sífilis cerebral, puramente psicótica o predominantemente psicótica, en la que todavía los síntomas de un estado demencial no se han manifestado, en la que no existen síntomas de íoco y, por consiguiente, la organicidad del cuadro es todavía dudosa, tiene en sí en el cuadro psicótico mismo, ciertas características que le son peculiares: el contenido delirante es polimorfo, existen ideas delirantes múltiples, muy especialmente de persecución, de grandeza, algunas de tinte erótico, predominantemente eróticas, de un erotismo cínico y perseverante. Cualesquiera que sean las ideas dominantes, no llegan a formar propiamente delirios, es decir, grupos de ideas de un mismo contenido, sino que son ideas pseudosistemizadas, inconstantes, verdaderas divagaciones delirantes a las que el enfermo no adapta su conducta, ideas parasitarias en las que no persiste un propósito delirante. El contenido delirante polimorfo se vuelve intrincado por la aparición de otro tipo de ideas, las de carácter *profesional* u *ocupacional*: los enfermos hacen alusiones a pasajes de su vida anterior, a circunstancias mediatas o inmediatas de su vida profesional, a situaciones familiares, a conflictos domésticos que exponen en forma fragmentaria, incoherente, a veces con cierta incoercibilidad, desentendiéndose de los estímulos del ambiente, al igual que un episodio de automatismo onírico en las confusiones mentales. De hecho, las características que se acaban de apuntar corresponden a un cuadro confusional y a semejanza de lo que sucede en estos estados, existen otros elementos comunes: las alucinaciones.

Las alucinaciones que se observan en estos estados, son peculiares, aunque no exclusivas del padecimiento en estudio. Claude, acepta la distinción entre alucinaciones y pseudo alucinaciones o falsas alucinaciones y que en estas últimas, correlativamente al trastorno sensorial, existe una fuerte carga afectiva que hace que el trastorno forme cuerpo con toda la personalidad del sujeto hasta

absorberla, dirigiendo todo el interés del enfermo en el sentido de la alucinación; y llegándose a producir perturbaciones en los estados de conciencia del enfermo que dominan su conducta; por ejemplo, en la psicosis alucinatorias crónicas, en los delirios alucinatorios de persecución, etc., en los cuales la alucinación y la idea delirante se intrincan en su mecanismo y siempre es discutible su prioridad. En las alucinaciones verdaderas, la carga afectiva es escasa, el interés del enfermo no reacciona ante los trastornos sensoriales; no domina un determinado estado de conciencia, y los trastornos sensoriales son transitorios, fugaces, verdaderos elementos parasitarios, sobreagregados, que *nunca generan delirios alucinatorios, sino solamente divagaciones delirantes alucinatorias*. Las alucinaciones verdaderas parecen obedecer a mecanismos orgánicos, a procesos irritativos, y se manifiestan comunmente en los casos de tumores cerebrales, en las psicosis orgánicas, la sífilis cerebral y en la parálisis general. Pues bien, este tipo de alucinaciones, las alucinaciones verdaderas de Claude, es el que existe comunmente en este período de entrada de la sífilis mesodérmica. Las características psicóticas de que hemos hecho mención se acompañan, en muchos casos, de fuertes agitaciones que, por lo regular, duran varios días y son de una gran incoherencia, y ceden, ya espontáneamente, o bien, bajo la influencia del tratamiento específico que, dicho sea de paso, tiene, en este período, una feliz influencia.

Los cuadros de agitación que se observan en los enfermos de sífilis cerebral mesodérmica, además de ser violentísimos, se caracterizan por su gran movilidad y fuerte incoherencia, tienen la violencia de un acceso maniaco. En los maníacos, sin embargo, se observan acciones truncadas, actos frustrados que pueden indicar una actividad fugaz, un propósito, un finalidad, aun cuando sea desprovista de utilidad. En los neurosifilíticos, los accesos son profundamente incoherente, desprovistos de propósitos, existe una verdadera fragmentación arbitraria de la actividad, despropósitos absurdos, en los que se perfilan unas veces y otras se destacan francamente ciertos *mecanismos psicomotores iterativos*, ya en forma de movimientos de rumiación, de deglución o de succión, movimientos aislados, pero repetidos, de una extremidad o de todo un miembro; o bien, ademanes o movimientos de prehensión brusca y persistente. Todos estos síntomas revelan un ataque profundo en la corteza y son, por sí mismos, signos de un déficit intelectual.

En el curso de la ideación que, por lo general, es rápida y a veces incoercible, también se observan repeticiones frecuentes de frases, de palabras o de sílabas, en forma también iterativa. Estas manifestaciones a veces resultan sutiles en medio del cuadro de la agitación desordenada, pero conviene tenerlas presentes, porque nos dan la clave de un mecanismo confuso demencial en una etapa, en la que el diagnóstico es difícil de diferenciar de un cuadro maníaco de Psicosis Maníaco Depresiva, de un cuadro maníaco de Hebefrenia y hasta de un episodio delirante de los oligofrénicos.

Este cuadro de la sífilis nerviosa, puede desaparecer por sí solo o por tratamiento específico simple, su evolución es la mayor parte de las veces aguda y las remisiones son inopinadas, apreciándose una involución hasta una aparente normalidad. Puede el padecimiento permanecer en estas condiciones largo tiempo, o bien, después de algunas semanas o meses manifestarse alguna complicación "focal" que vendrá a despejar el cuadro psicótico, indicando el substratum orgánico que le corresponde. Puede suceder también que sobrevenga un nuevo episodio confuso-delirante idéntico al de principio, ya aisladamente o asociado a un déficit motriz; una paresia o parálisis de los miembros, una parálisis de alguno de los pares craneanos, en fin, un signo de arteritis o de leptomeningitis.

Este cuadro de manifestaciones agudas se observa también en paralíticos generales, en los que el cuadro de P. G., está clínica y serológicamente definido como tal. La evolución de los casos en estudio, se hace tal como habitualmente sucede en los paralíticos: repentinamente, sobreviene un ictus, o bien, un estado comatoso, después de algunos días el enfermo sale del estado de coma, pero no aparece ningún síntoma de focalización, no existe afasia, si acaso, una agravación de la disartria que al fin remite, no existe hemiplejía, ni parálisis de los pares, queda simplemente un cuadro confuso delirante sobre el fondo demencial establecido. Este episodio consecutivo al ictus o al coma, tiene semejanzas estrechas con los episodios de entrada de la sífilis mesodérmica.

Los casos que hemos observado son múltiples, la semejanza nos parece indiscutible, el desencadenamiento de estos episodios puede obedecer al mismo mecanismo, lo cual puede aceptarse sin mayor dificultad, en vista de que en la parálisis general existen lesiones del tejido mesodérmico, aunque secundariamente. Por tanto, qué

tendría de extraño que un episodio de sífilis mesodérmica interrumpiera la evolución habitual de las lesiones ectodérmicas. Son dos padecimientos que se intrincan en su sintomatología, porque tienen un substratum anatomofisiológico semejante.

Es tal la semejanza de estos padecimientos en algunas de sus formas, que muchas veces se hace difícil establecer una distinción clínica entre la P. G. y la sífilis cerebral —sífilis mesodérmica—. Fournier había aislado ya una forma especial de sífilis que él llamó pseudoparálisis sífilítica.

La observación que hemos hecho en numerosos casos de neurosífilíticos cuya sintomatología tenía ciertas semejanzas con la P. G., pero en los que existían determinadas particularidades que señalaremos, nos induce a considerar que clínicamente puede y debe establecerse una diferenciación nosológica entre estos estados y la P. G., de la cual se apartan por su sintomatología, por su evolución, por sus manifestaciones serológicas y hasta por la influencia del tratamiento.

Ignorando la descripción y hasta la denominación que dió Fournier a estos estados, hemos recogido estas observaciones catalogándolas entre los casos de "sífilis cerebral pseudoparalítica." Posteriormente, con una escasa literatura que hemos podido consultar, confirmamos que los casos que Fournier había aislado tienen realidad nosológica; a pesar de que algunos autores modernos, como Bumke, niegan su existencia, aceptando que estos casos son formas de la P. G., que revisten determinadas anomalías.

LA PSEUDOPARALISIS SIFILITICA DE FOURNIER O SIFILIS CEREBRAL PSEUDOPARALITICA

Bumke.—Tratado de las Enfermedades Mentales y Anatomía de las Psicosis—, hace, a propósito de la Pseudoparálisis de Fournier, diversas consideraciones que tienden a desvirtuarla, negándole existencia como entidad. Nos parece interesante consignarlas para su análisis pormenorizado, ya que en nuestra modesta observación, hemos creído encontrar en los síntomas una cohesión suficiente para separarla como entidad de la P. G. Dice Bumke: "En realidad, las condiciones existentes en los tiempos en que Fournier trató de individualizar el cuadro de la pseudoparálisis sífilítica, han cambiado extraordinariamente y los signos clínicos que se utilizaban para di-

ferenciar la encefalomeningitis difusa de la P. G., han fracasado por completo como tales. Entre ellos se contaba el tiempo de latencia —más largo en la P. G. que en la sífilis cerebral—; pues bien, se han observado algunas parálisis que han estallado a los dos o tres años después del contagio y viceversa, cuadros de sífilis cerebral que no se han desarrollado hasta mucho tiempo después. Así Mat-tauschek y Pilcz señalan un caso de 27 años de latencia, y Nonne, otro de 36 años.

Algo análogo sucede con su sintomatología. En la pseudoparálisis se decía que la *turbación del conocimiento* era mayor, mientras que la debilidad en la notación de estímulos y del juicio eran juzgados como menores que en el reblandecimiento cerebral. Los enfermos no se comportarían tan indolentemente frente a los síntomas de su mal y los ataques psíquicos no obran tan regularmente sobre el conjunto de la personalidad. Más decisivas se creían antes las *diferencias corporales*. Para esta forma de sífilis cerebral se admitían como privativos los síntomas focales y entre ellos la risa y el llanto forzados, los accesos convulsivos y las parálisis graves. La perturbación del lenguaje adoptaría más bien la forma afásica o de parálisis pseudobulbar y *la verdadera rigidez pupilar refleja sería muy rara*. Pero, precisamente al principio es posible que el cuadro neurológico simule por completo el de la parálisis general y análogamente nos puedan dejar equívocos, para el diagnóstico diferencial los síntomas psíquicos. Incluso, los cuadros delirantes, con estados de confusión o síndrome amnésico, que sería bastante frecuente observarlos en la pseudoparálisis, se observan en la misma forma, aunque con menor frecuencia en los paralíticos verdaderos.

También se ha admitido que en la sífilis ordinaria se observa un ir y venir de los síntomas, en contraposición a la constancia de éstos que se aprecia en la P. G. Mas esta opinión no puede sostenerse para todos los casos. En cuanto hace referencia al curso general —total—, no siempre conduce la P. G. con fatalidad a la muerte en pocos años y no parece tampoco ser inasequible a la terapéutica. En tales condiciones solamente el *anatomopatólogo podría intentar salvar aun la pseudoparálisis sífilítica*.

Desde el punto de vista clínico me parece imposible, como ya he dicho, delimitar el cuadro de la pseudoparálisis, de modo que pueda diferenciarse no sólo de las formas ordinarias, sino de las

formas evolutivas atípicas de la P. G. Por consiguiente, *cuando menos en el momento actual, abandonamos el concepto de la pseudoparálisis sifilítica.*

Hasta aquí hemos expuesto textualmente lo que Bumke opina de la pseudoparálisis, y aun cuando sus argumentaciones expuestas en forma lacónica no presentan acopio de datos para fundarlas, sin embargo, el sólido prestigio del autor, confiere valor al juicio negativo consignado en ellas.

Su denominación.—El nombre de pseudoparálisis sifilítica que le dió Fournier, estaba en consonancia con las dudas que en su tiempo existían respecto a la etiología de la parálisis general, pues se aceptaban otras causas eficientes que podían originarla; lo que justifica *la especificación de naturaleza sifilítica* que se asignó al cuadro. Sabido es que existen síndromes que tienen —en cierta etapa de su evolución— toda la apariencia de la P. G.: como la pseudoparálisis alcohólica, determinadas formas de delirios expansivos maníacos o imaginativos; por más que en todo caso son semejanzas superficiales de algún aspecto aislado de su sintomatología. La misma especificación de sifilítica sirve para delimitarla de los cuadros pseudoparalíticos. Fournier dió una importancia primordial a denominación de pseudoparálisis, que señaló a estos estados, tomando en cuenta simplemente la apariencia que tienen con los cuadros verdaderos de P. G., apariencia que debe haber tomado tan especialmente su atención, que le asignó un papel fundamental en el cuadro. Para nosotros, que igualmente reconocemos que existen todas las apariencias de la P. G., no constituyen en sí lo dominante del cuadro, ya que estas apariencias son muchas veces transitorias, fugaces, que surgen de un fondo común, *la sífilis mesodérmica cerebral.* En otras palabras, las semejanzas clínicas que tiene el cuadro de que venimos tratando con la P. G., surgen episódicamente del complejo anatomoclínico: la sífilis mesodérmica que ya hemos descrito es una variante de esta entidad que por su frecuencia debe aislarse al lado de la P. G. De allí que la denominación que pretendemos asignarle de sífilis cerebral pseudoparalítica, esté más en consonancia con la realidad clínica, haciendo dominar el concepto de sífilis cerebral y no el de pseudoparálisis que le dió Fournier.

Estas disquisiciones no tienen más importancia que la de precisar desde su enunciado la connotación del cuadro clínico. La de-

nominación de *Sífilis Cerebral Pseudoparalítica* nos parece más adecuada.

Su sintomatología.—Generalmente se inicia con un tiempo de incubación más corto que el de la P. G. Se explica esta precocidad en su aparición, porque obedece a lesiones mesodérmicas, meningo-vasculares; lesiones que muchas veces se encuentran en el período secundario de la sífilis y que a veces persisten a pesar del tratamiento; son lesiones precoces en relación con las de la P. G., puesto que constituyen un estadio previo de las lesiones parenquimatosas. Pueden observarse casos de sífilis cerebral pseudoparalítica a los dos o tres meses de la contaminación y excepcionalmente su aparición es tardía. En la P. G., sucede precisamente lo contrario.

La sintomatología que marca la entrada del padecimiento, la mayor parte de las veces no tiene peculiaridades que sirvan de una manera segura para su diferenciación precoz con la P. G., sin embargo en algunos casos pueden observarse entradas sospechosas de confusión mental delirante en un sujeto en quien se han venido apreciando pequeños errores de conducta, olvidos, equivocaciones que obedezcan a un probable déficit intelectual. En estos sujetos aparece repentinamente un brote confusional delirante con pequeña o gran agitación y con las características que ya dejamos descritas al hablar de la sífilis mesodérmica; este período es siempre agudo o subagudo y después de él quedan francos los fenómenos de déficit o bien aparece un período de remisión en el que siempre se pueden apreciar matices de un estado demencial, como deficiencias electivas para las funciones de memoria, del lenguaje, algunos indicios de puerilismo mental. La P. G., por excepción se inicia con un estado confusional; en ella los síntomas de déficit, más o menos acentuados desde el principio, tienen una evolución progresiva hacia un estado demencial franco, el cual no se interrumpe súbitamente por episodios confusionales; cuando no se interrumpe súbitamente por episodios confusionales; cuando éstos llegan a aparecer en su curso de la P. G., es a raíz de algún ictus o de un estado comatoso más o menos prolongado y convulsivo.

La sífilis cerebral pseudoparalítica, se inicia otras veces tomando un aspecto psicótico, en el que las elaboraciones delirantes tienen más congruencia, más unidad delirante, tendiendo la conducta del sujeto a conservar cierto paralelismo con las elaboracio-

nes delirantes; se llega a instalar muchas veces un franco delirio —ideas delirantes que tienen unidad—; aparecen así delirios expansivos, de grandeza que, unidos a los fenómenos de déficit y a reacciones positivas, no harían dudar en etiquetar a este cuadro como una P. G. indudable. Pueden aparecer otras elaboraciones delirantes como las de persecución, de erotismo, ideas de envenenamiento, etc., con cierta promiscuidad, pero dominando generalmente las de grandeza, que nunca llegan a tener *el carácter ostentosamente absurdo* que tienen en la P. G. En ésta existe concomitantemente una profunda deficiencia del sentido crítico, casi siempre desde que se inicia el cuadro. En la sífilis pseudoparalítica se conserva cierto grado de autocritica, los enfermos son menos pueriles, tienen hasta determinadas reticencias al abordárseles, pueden dar a primera vista la impresión de simples delirantes.

Al iniciarse el cuadro, tanto de la P. G., como de la sífilis pseudoparalítica, puede haber ataques epilépticos francos o epileptiformes, o bien simples ausencias. Estos fenómenos no son privativos de ninguna de las dos entidades, pero su repetición y frecuencia es superior en la pseudoparálisis, tomando muchas veces el aspecto convulsivo de las epilepsias jaksonianas.

Lo que sí parece privativo de la pseudoparálisis, es la aparición de síntomas focales más o menos ostensibles y la concomitancia de estos signos con un cuadro psicótico de ideas de grandeza, con discretos síntomas de déficit intelectual, deben obligar categóricamente a descartar a la P. G. En ésta es excepcional —nosotros no hemos encontrado un solo caso— la aparición precoz de una parálisis facial, de la parálisis de alguno de los oculomotores, de afasias, de monoplejías, hemiplejías, etc.; estos síntomas nunca aparecen en el paralítico general como síntomas de foco. En el período terminal de la P. G., existen signos de déficit motriz: paresias, déficit motriz, incoordinación, hipotonías, apraxias, pero que obedecen a lesiones difusas del neuroje, especialmente de la corteza y casi nunca aisladamente. No tienen, pues, el carácter de las lesiones focales, que dan sintomatología concreta de determinada función.

En el período de estado la sintomatología tiene mayores semejanzas con la P. G., existen, sin embargo, síntomas privativos de esta forma: los síntomas de foco, que se establecen francamente y que constituyen lo que repetidas veces hemos indicado, una base

clínica que hará descartar ipso-facto a la P. G., aun cuando exista un cuadro mental muy semejante y hasta idéntico al de muchos paralíticos generales y, aunque las reacciones en el L. C. R. sean totales, incluyendo una reacción de Wssermann positiva desde muy pequeñas cantidades, como sucede habitualmente en la P. G. Basta encontrar algún síntoma de foco auténtico para establecer la diferencia en el diagnóstico; esto sin tomar en cuenta que en el cuadro mental siempre hay particularidades —las que hemos indicado— a favor de la pseudoparálisis y particularmente en las reacciones serológicas del L. C. R. y de la sangre, cuyos resultados inconstantes constituyen, por lo menos, algo propio de estos cuadros, a la inversa de los resultados de las reacciones en la P. G., que generalmente son positivos y de gran intensidad.

En este período el estado demencial es franco y muchas veces constituye lo dominante del cuadro, quedando en segundo plano las elaboraciones delirantes que habían sido las primordiales al iniciarse el padecimiento; el cuadro demencial no ha seguido como en la parálisis general una evolución progresiva, se agrava repentinamente y casi siempre a raíz de algún ictus seguido de su episodio confuso delirante. Los síntomas de este síndrome y del estado demencial, que ya será definitivo, se intrincan, disipándose paulatinamente el primero y dejando al descubierto el fondo de una demencia simple, con las características específicas de cada sujeto. Este giro súbito que toma el cuadro clínico, es definitivo para dilucidar un diagnóstico que aparezca dudoso: una enferma en la que habíamos hecho el diagnóstico provisional de psicosis alucinatoria de fondo orgánico de origen sifilítico, presentó durante mucho tiempo toda la conducta de una querellante perseguidora a base alucinatoria, hasta que repentinamente sufre un ictus, continúa en estado de coma, del que sale después de algunos días quedándole, como consecuencia, una hemiplejía con parálisis del tercer par y un estado demencial simple, sin la menor sintomatología psicótica de querellante que antes presentaba con todo el sentido crítico suficiente para conservar la integridad de su conducta delirante encaminada hacia su objetivo, la persecución. Esta evolución, de un giro súbito, disfraza el cuadro psicótico y lo presenta con más características neurológicas, orgánicas, que propiamente psiquiátricas. No sucede lo mismo con la P. G., en la que llegan a adquirir los enfermos este aspecto hasta el

período terminal del padecimiento, siguiendo en su deficiencia una marcha progresiva.

El período terminal no tiene particularidades: se acentúan los síntomas anteriores y el enfermo, generalmente, muere a raíz de algún ictus por hemorragia, por síntomas anginosos o bien, más rara vez, por alguna intercurrente.

Las reacciones de Wassermann en la sangre y en el L. C. R. error de técnica. Parece que la Reacción de Wassermann en la sangre, es menos inconstante y más frecuentemente positiva, porque luego, sus resultados inconstantemente positivos, descartado todo tienen, como ya indicamos, determinadas particularidades: desde clínicamente hay motivos para suponerla, resulta negativa. Estas anomalías de la Reacción de Wassermann no deben sorprendernos, pues se sabe que en las sífilis antiguas tiende a hacerse menos positiva; es frecuente encontrar casos de aortitis que clínicamente son positivas y hasta negativas a medida que se aleja de la fecha de la contaminación para con la sífilis cerebral pseudoparalítica, en la que las lesiones son predominantemente vasculares.

La Reacción de Wassermann en el L. C. R., generalmente es positiva al igual que en la P. G., pero no es raro el caso en que la reacción es negativa y que el líquido resulte, por lo que toca a las demás reacciones, totalmente normal. Esta coincidencia, la de un líquido normal y una Reacción de Wassermann positiva en la sangre es la asociación que hemos encontrado frecuentemente en nuestras observaciones y constituye otra de las particularidades de la sífilis cerebral mesodérmica. Es sabido que las reacciones del L. C. R. de los paralíticos generales, son difícilmente reductibles con el tratamiento, a pesar de que se logre la mejoría clínica; en la sífilis cerebral pseudoparalítica con reacciones positivas del líquido, se logra modificarlas con un tratamiento bien llevado y esta reductibilidad tiene importancia diagnóstica.

Por último, hay casos en que las reacciones específicas, son negativas tanto en la sangre como en el líquido céfalo raquídeo. Los casos son poco frecuentes, sin que puedan ser atribuidos a errores de técnica y coexisten con síntomas de sífilis secundaria o terciaria.

En estos casos es cuando conviene especialmente hacer un examen minucioso del sistema cardiovascular, tratando de buscar los síntomas de aortitis. La coexistencia de una aortitis, descartado el reumatismo, puede tener como signo de comprobación, el mismo valor de una Reacción de Wassermann positiva. De allí el interés de encontrar la coincidencia de las lesiones aórticas con las manifestaciones de la neurosífilis.

(Continuará)

En las insuficiencias ováricas en que
fracasan los productos glandulares
ováricos y mono-hormonales da
resultado el

Presexin "Hormona"

Combinación de las hormonas foli-
cúlica y prefisín, ésta última del lóbulo
anterior de hipófisis. Efecto biológica
y clínicamente comprobado.



Laboratorios "Hormona"

Zacatecas 218

Apartado 2159

México, D. F.

Editorial Gonzalez Porto

5 DE MAYO 7 Y PASAJE AMERICA

APDO. 140 BIS

MEXICO, D.F.

DIREC. CABL. HISTUKEN

CIENCIAS Y LITERATURA.

TEL. ERICSSON 3-26-30

Manual de Psiquiatría de Mira y López,
Psicología Evolutiva de Werner
Tratado de Enfermedades Nerviosas de Barraquer
Manual de Psicología del Niño de Murchison,
Tratado Completo de Clínica Moderna de Kemperer
Cirugía de Keen
Patología Interna de Enríquez
Patología Interna de Bañuelos, etc.

Grandes Facilidades de Pago

1^{er.} Congreso Nacional Antialcohólico

Del 24 al 31 de octubre de 1936
en la Ciudad de Puebla, Pue.

Organizado por el Departamento de Salubridad
Pública. Dirección Antialcohólica.

Estudio Estadístico del Papel Desempeñado por el Alcoholismo en Diversas Psicopatías

(Pabellón Seniles Mujeres del Manicomio General)

Dr. Edmundo Buentello

En el Pabellón de Psicosis Seniles de Mujeres, anteriormente a mi cargo, se ha hecho una investigación desde el punto de vista del alcoholismo y la parte que toma en la etiología de los diversos padecimientos mentales que ahí pueden encontrarse.

De tal estudio se desprenden las siguientes conclusiones, que comprenden el estado actual del Pabellón, desde este punto de vista.

Enfermas con diversos padecimientos mentales directamente imputables al alcoholismo	13
Enfermas con diversos padecimientos mentales en los que el alcohol desempeña el papel de causa adyuvante	14
Enfermas con diversos padecimientos mentales en los que el alcoholismo desempeña el papel de predisponente a través de la herencia	10
Enfermas con diversos padecimientos mentales que tienen antecedentes personales alcohólicos en el papel de predisponente individual, pero cuyos trastornos no son directamente imputables sólo al alcohol	62

Resumiendo estos mismos datos en la clasificación que sigo, de los trastornos alcohólicos y su influencia sobre el psiquismo, tenemos lo siguiente:

Alcoholismo agudo:	{	Embriaguez patológica	0
		Alucinosis alcohólica	0
		Delirium Tremens	0
		Confusión mental alcohólica	0
		Psicosis alucinatoria alc.	0

Se comprende que estos casos no existen en el Pabellón, puesto que por lo general son tratados al mismo tiempo que diagnosticados en los Pabellones de Observación y Agitadas. En atención al factor tiempo, estos casos no pueden llegar sino cuando tienen tendencia a la cronicidad, por cuyo motivo quedan bajo la clasificación de Alcoholismo Crónico en la que si se especifica el número de casos:

Alcoholismo crónico:	Psicosis alucinatoria alcohólica	4
	Dipsomanía	0
	Epilepsia alcohólica	0
	Delirio de celos alcohólicos	0
	Polineuritis alc. simple	0
	Psicosis paranoide alcohólica	4
	Psicosis de Korsakoff	0
	Psicosis orgánica alc. Alc. Cerebral	1
Demencia alcohólica	4	

Los casos clínicos condensados y considerándolos exclusivamente desde este punto de vista, son como sigue. Estos extractos son sólo de aquellos casos en los que el alcoholismo es la causa directa de los trastornos:

Caso Núm. 1.—G. P., de 38 años. Originaria de México, D. F. Soltera. Sirvienta, desciende de padres alcohólicos. Ella misma tiene antecedentes de intoxicación etílica. Bebida dominante: pulque.

Diagnóstico: Psicosis alucinatoria alcohólica, en fondo de débil mental.

Incidentes: Ictus. Ataques epileptiformes.

Caso Núm. 2.—I. M., de 61 años, originaria de Santiago Tetala, Tlaxcala, se ocupaba en quehaceres domésticos, casada. Antecedentes hereditarios, no se mencionan. Antecedentes personales alcohólicos. Medio de intoxicación: pulque. Diagnóstico: Demencia alcohólica.

Caso Núm. 3.—M. R., 55 años. Oriunda de Real del Monte, Hgo. Se ocupaba en su casa. Hereditarios, se desconocen. Intoxicación etílica crónica. Bebidas: Jerez y pulque.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica alucinatoria.

Caso Núm. 4.—M. B., 58 años. De Morelia, Mich. Casada. Sirviente. Desciende de padre demente. Antecedentes personales: intoxicación alcohólica crónica. Bebidas: alcohol puro y diluído, mezcal.

Diagnóstico: Demencia alcohólica.

Caso Núm. 5.—M. de J. E., 54 años. Originaria de Guanajuato. Se ocupaba en quehaceres domésticos. Herencia con taras mentales. Antecedentes personales: intoxicación crónica con alcohol y cerveza.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica alucinatoria.

Caso Núm. 6.—M. M. y M., 59 años de edad. Originaria de Morelia, Mich. Sin ninguna ocupación. Herencia directa y colateral de alcohólicos. Antecedentes personales: ingería principalmente alcohol, pero usó toda clase de bebidas.

Diagnóstico: Psicosis paranoide alcohólica.

Caso Núm. 7.—C. R. E., de 57 años. De San Luis Potosí. No se consignan los antecedentes hereditarios. Personales: abuso del mezcal. Diagnóstico: Psicosis paranoide alcohólica.

Caso Núm. 8.—B. B., de 57 años. Originaria de Tlalpan, D. F. Sirviente. Desciende de padres alcohólicos. Ella misma, antecedentes alcohólicos: Bebida dominante: pulque.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica con ataque al fondo mental.

Incidentes: episodios delirantes diversos: alucinatorios y de persecución.

Caso Núm. 9.—R. S., de 60 años. Oriunda de Puebla, Pue. No se consignan antecedentes hereditarios. Antecedentes personales: desde muy pequeña acostumbra tomar pulque: frecuentes embriagueces.

Diagnóstico: Psicosis alcohólica.

Caso Núm. 10.—J. D., de 60 años. Originaria de San Pedro Catzingo, Edo. de Méx. Se ignora la ocupación. No hay datos de herencia. Acostumbraba el pulque y el aguardiente puro.

Diagnóstico: Demencia alcohólica.

Caso Núm. 11.—P. C., de 34 años. Oriunda de Tulancingo, Hgo. Planchadora. Herencia alcohólica colateral. Ella misma tomaba pulque, episodios de embriaguez frecuentes. Antecedente de Polineuritis alcohólica.

Diagnóstico: Demencia alcohólica.

Caso Núm. 12.—M. T. Vda. de T., de 50 años de edad. Nació en Nopalucan, Tlaxcala. Sirviente. No se consignan antecedentes hereditarios. Ella acostumbraba vinos, rompope y al final pulque en gran cantidad.

Diagnóstico: Presbiofrenia.

Caso Núm. 13.—A. M., de 57 años de edad. Originaria de México, D. F. Planchadora. Herencia alcohólica colateral. Ella misma tomaba vinos, licores fermentados y destilados, pulque en fuerte cantidad.

Diagnóstico: Demencia orgánica.

Relación de los casos en los que la intoxicación crónica etílica desempeñó el papel de causa adyuvante para la instalación de los trastornos:

Caso Núm. 1.—L. C., de 53 años de edad. Originaria de Acatingo, Pue. Trabajaba en su casa. Antecedentes hereditarios, no se mencionan. Antecedentes personales de intoxicación etílica. Bebida dominante: pulque.

Diagnóstico: Esquizofrenia Heboidofrénica. La instalación se hizo a través de un síndrome confusional tóxico inicial.

Caso Núm. 2.—L. R., de 62 años de edad. Originaria de San Mateo Tecoloapan, Edo. de Méx., de ocupación sirviente. Herencia directa y colateral de alcohólicos y alienados. Antecedentes personales: pulque desde su infancia.

Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrénica.

Caso Núm. 3.—M. D., de 52 años. Nacida en Guanajuato, Gto. Se ocupaba en su casa. Antecedentes hereditarios, no se mencionan. Acostumbraba tomar alcohol rebajado diariamente.

Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrénica.

Caso Núm. 4.—M. I. W. Oriunda de San Luis Potosí, S. L. P. Se desconocen los antecedentes hereditarios personales: tomaba vinos Oporto, Málaga, Cognac, lo que contribuyó a la instalación de su actual padecimiento.

Diagnóstico: Delirio sistematizado alucinatorio, elementos de involución.

Caso Núm. 5.—D. V. De Tenancingo, Edo. de Méx. Sirviente. No se consignan datos hereditarios. Acostumbraba tomar pulque en fuerte proporción.

Diagnóstico: Meningo-Arteritis (alcohol-esclerosis-sifilis).

Caso Núm. 6.—B. V., de 60 años de edad. Oriunda de Villagrán. Sirvienta, no hay datos hereditarios. Pulque y frecuente embriaguez. Diagnóstico: Demencia senil.

Caso Núm. 7.—S. V., de 59 años. Oriunda de Puebla, Pue. Lavandera. No hay datos hereditarios. Acostumbró vinos, bebidas fermentadas, pulque.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Caso Núm. 8.—R. S. B., de 73 años. De San Angel, D. F. Profesora. Herencia alcohólica colateral. Ella acostumbró y abusó del pulque. Diagnóstico: Delirio sistematizado de interpretación.

Caso Núm. 9.—A. R. de C., de 69 años. Originaria de México, D. F. No hay datos hereditarios fidedignos. Intoxicación crónica con bebidas fermentadas y destiladas.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Caso Núm. 10.—D. G., de 40 años. Nacida en Querétaro, Qro. Herencia alcohólica directa. Antecedentes personales: aguardiente diluído y pulque.

Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrénica.

Caso Núm. 11.—M. C. H., de 46 años, nacida en Puebla, Pue. Sirvienta, herencia alcohólica directa. Ella abusó del pulque y tomaba además alcohol puro.

Diagnóstico: Melancolía de involución.

Caso Núm. 13.—M. de la L. L., de 50 años de edad. Nació en México, D. F. Sin ocupación. Se desconocen antecedentes hereditarios. Ella acostumbra bebidas destiladas y pulque.

Diagnóstico: Psiquis orgánica. Neuro-sifilis y alcoholismo.

Atrofia muscular de tipo Aran-Duchenne.

Teniendo pues en cuenta que la población actual del Pabellón de Psicosis Seniles es de 118 asiladas, hemos encontrado:

Casos en que el alcoholismo ha sido la causa eficiente. .11.01%.

Casos en que el alcoholismo ha sido la causa adyuvante. 11.86%.

Los casos que más arriba se señalan sin usar los persentiles, como de aquellos en los que la intoxicación crónica etílica desempeña el papel de determinante a través de la herencia, se refieren sólo a aquellos en los que la tendencia al alcohol ha aparecido después como causa adyuvante ya en el propio sujeto de que se trata.

Finalmente, se encuentran antecedentes alcohólicos que sin embargo no son la causa única, sino que se mezcla con la constitución, con otros factores, etc., o bien han sido la causa determinante en el 52.54% en las Psicosis Seniles totales. En este porcentaje, sin embargo, hay que tener en cuenta la causa de error que también influye para los arriba citados, de aquellos casos clínicos en los que no se especifican antecedentes, ni en su hoja de ingresos, ni en su estudio clínico.

En este trabajo se hace mención sólo al estado actual del Pabellón, teniendo en cuenta en primer lugar, el hecho de que la población flotante del mismo durante el año, es decir, su movimiento en segundo lugar, el poco tiempo que llevo aún, al frente de ese servicio.

NEUROSIFILIS

SIFILIS TERCIARIAS

TRIPARSAMIDE
MERCCK

Representante y Distribuidor en México

LABORATORIOS "GREY"

Motolinia 6. Eric. 2-46-57. Apartado 1208.

México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

El complemento de un buen diagnóstico es una correcta prescripción terapéutica
LA FARMACIA MEXICANA,
bajo la Dirección Técnica del experimentado Prof. Roberto Medellín, garantiza a usted que sus recetas se preparan más que con la mano con el **CEREBRO.**

FARMACIA MEXICANA
ESQUINA INSURGENTES Y COAHUILA
Teléfonos: Eric. 4-20-80 y 4-15-75 Mex. P-16-36

Atendida Personalmente por el propietario

Dr. MANUEL ALAMILLO

Servicio Rápido a Domicilio.

Obra Educativa de Importancia en el Manicomio General

Organización Escolar del Pabellón de Psiquiatría Infantil

Profa. Lucía Pérez

El esfuerzo loable de los dirigentes del Manicomio General, de mejorar cada día, la educación de los niños anormales que se alojan en Pabellón de Psiquiatría Infantil, ha transformado a éste en un centro y clínica especial de suma utilidad para médicos y maestros que sientan vocación por estos asuntos.

La escuela que funciona en dicho Pabellón, no tiene por objeto únicamente dar a los niños una instrucción; persigue una finalidad más alta: educar a los niños íntegramente en su sér físico y mental.

Para corresponder a esta finalidad, las actividades pedagógicas, se encauzan de acuerdo con las normas especiales que rigen esta educación; con las nuevas orientaciones sobre Psicología Infantil; sobre mesuración de la inteligencia y sus falacias y sobre tipos de mentalidad que nos revelan los métodos de examen de los perfiles psicológicos como el de Vermeulen que nos dan una idea más precisa del tipo reaccional y de la conducta probable del niño, lo cual tiene tanta importancia para el género de educación, como el conocimiento de la medida de la inteligencia en su aspecto cuantitativo.

El Pabellón aloja a los niños en los que, a un estado patológico orgánico (heredosífilis, epilepsia, etc.), se añade un trastorno o una deficiencia mental. Para aquellos que no pueden ser tratados convenientemente en familia, sea por la naturaleza de su enfermedad o sea porque carezcan de allegados; para los imbeciles e idiotas y otros profundamente degenerados incurables y afectados de diversas perturbaciones.

El tratamiento médico-pedagógico aplicado con método y perseverancia a estos niños, ha dado resultados verdaderamente sorprendentes; ha permitido obtener adelantos notables que someramente señalaré, para no salirme del tema que me he señalado. La educación de la locomoción, la corrección de vicios de pronunciación,

de impulsos violentos, de perversiones de los instintos, de la mentira, de la coprolalia, de la coprofagia, de manías, el desarrollo de la afectividad, de la sociabilidad; la aptitud a los trabajos manuales para los niños, costura, bordado y remiendo, para las niñas, y confección de tapetes persas para ambos.

Estos resultados de gran importancia social justifican el empeño de superar cada día más este servicio que imparte la Beneficencia Pública por el actual Director del Manicomio, Dr. Alfonso Millán y por la Jefe del Pabellón, Dra. Matilde Rodríguez Cabo, pues próximamente se inaugurará una pequeña Escuela-Granja en donde los niños tendrán todos los elementos necesarios para su mejor educación.

La organización escolar está fincada en aspectos de importancia según las actividades que requieran enseñanza individualizada, tendiendo preferentemente a homogeneizar grupos de niños según sus tipos dentro de una semejante edad mental, y sobre estas bases la clasificación y funcionamiento escolares se hacen en la siguiente forma:

GRADOS ESCOLARES:

1er. Grado

Niños débiles mentales superficiales y medios, con conocimientos de escuela primaria, susceptibles de seguir aprendiendo y tomar parte en actividades de mayor adelanto, cuyo padecimiento es preponderantemente físico y del carácter, y a quienes ya se les da un conocimiento práctico, algún oficio o actividad que los capacite para bastarse a sí mismos, aun cuando estén internados, sus actividades son las siguientes y consta de 21 alumnos:

Prácticas agrícolas, prácticas de jardinería, dibujo y trabajos manuales, labores femeniles, cuidado de animales, educación de las senso-percepciones, ortopedia mental, canto, gimnasia ortofrénica y rítmica, ritmos, lectura, escritura, cálculo.

2o. Grado

Niños débiles mentales profundos e imbéciles de 1er. grado que estén en posibilidad de estar en este grado por su adelanto evoluti-

vo, mostrando condiciones propicias para aprender a leer, escribir y contar, así como las operaciones fundamentales. Capacitados también para mejorar su coordinación motriz que los prepare para pasar al grado superior, donde aprenderán su actividad manual. Consta este grupo de 16 alumnos y sus actividades escolares son las del grupo anterior, exceptuando: Lectura, Escritura y Cálculo.

3er. Grado

Niños Imbéciles profundos e idiotas, cuyas posibilidades son muy escasas para el aprendizaje escolar, y cuya educación debe ser de desarrollo físico y mental, de aprendizaje de hábitos de conducta más simples y más necesarios para la vida. En cuanto a sus actividades manuales su educación se refiere solamente al desarrollo de su coordinación motriz; consta de 14 alumnos este grupo y sus actividades son las siguientes:

Prácticas de jardinería, dibujo, educación de las senso-percepciones, ortopedia mental, canto, ritmos, gimnasia correctiva y juegos.

Así, dentro de estos Grados, se formaron 3 Grupos debido al Personal de Maestras especializadas, con que cuenta este servicio, pudiendo ser más grupos.

Esta Organización se refiere en lo general, pues hay algunas variaciones en la formación de grupos para las actividades manuales, pues se ha visto que, niños del 3er. Grado, son susceptibles de trabajar en actividades que les corresponden a niños del 1er. Grado y viceversa, pero como son pocos los casos, se tienen en cuenta en la práctica del trabajo.

Se lleva también un registro de observaciones, de cada niño, en una tarjeta especial que comprende los datos más interesantes para el estudio de cada uno, como son:

Antecedentes escolares.

Diagnóstico y Pronóstico Médico y Pedagógico.

Datos psicométricos: Escala y Resultado.

Resultado de otras Pruebas.

Registro de aprovechamiento: Fechas y Actividades.

Registro de Conducta: Fechas y hechos más salientes en su vida escolar.

Esta tarjeta es independiente de su historia clínica que hace el médico y viene a ser complemento del estudio médico-psicopedagógico de cada alumno.

EL DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN SOCIAL

cuenta con un Dispensario de Higiene Mental en sus oficinas ubicadas en la calle de Lucerna, 4, en donde, bajo la atención de sus especialistas, se imparten consultas gratuitas, personales o por correspondencia para la resolución de problemas de Higiene Mental.

La profilaxia de las neuropatías, de las psicosis, de la conducta antisocial y de la criminalidad, de las toxicomanías, de la prostitución, etc., debe realizarse intensamente en todos los sectores de la población, ya que estas condiciones morbosas no son privativas de ciertos aspectos sociales.

Los múltiples problemas de Higiene Mental ya indicados, más los de orientación profesional, psicopedagogía, problemas sexuales, etc., deben ser tratados por especialistas y conocidos por el médico general o especializado en otras ramas de la medicina, por el profesor, el jurista y por todo individuo consciente de su capacidad social.

Pida usted informes o asista a la consulta externa del Dispensario de Higiene Mental del Departamento de Prevención Social, para la resolución de los problemas que se haya planteado en estas disciplinas.

DISPENSARIO DE HIGIENE MENTAL DEL

Departamento de Prevención Social

**Consulta externa: Lunes, Miércoles, Viernes, de 9 a 10 horas.
por especialistas del Departamento.**

Eric. 3-65-54

Lucerna, 4

México, D. F.

LIBRERIA "ARIEL"

DONCELES 97. - ERIC. 3-38-26

MEXICO, D. F.

M. Prenant, BIOLOGIE ET MARXISME	\$3.60
L. Henry, LES ORIGENES DE LA RELIGION (Religion et Marxisme)	„3.60
W. Reich, LE CRISE SEXUELLE, (Materialisme dialectique, Freudisme et Psychanalyse)	„3.00
E. Hoernle, L'education bourgeoise et l'education proletarienne	„2.25
A. Roubakine, La Proteccion a la Salud Pública en la U. R. S. S.	„1.00

El más amplio surtido en obras sobre asuntos sociales y de actualidad
Lo más selecto del pensamiento social moderno de todas las tendencias
Los más BAJOS PRECIOS. Visítenos y será nuestro cliente.

SEPTIEMBRE DE 1936

Cursos Para Postgraduados

Patrocinados por la Facultad de Medicina de la
Universidad Autónoma de México

Organizados por la

Sociedad Mexicana de Medicina Interna y por la
Asociación Mexicana de Gastro-enterología

Los sustentarán especialistas sobre

gastro-enterología
cardiología
endocrinología

fisiología
nefrología
neuro-psiquiatría

I N S C R I P C I O N E S L I M I T A D A S