

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

Propiedad de la
Academia N. de Medicina
de México



SUMARIO

EDITORIAL

TRASTORNOS MENTALES PRO-
DUCIDOS POR LA INTOXICACION
AGUDA DE MARIHUANA. POR EL
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

PICADURAS DE ALACRAN Y AC-
CIDENTES HISTERICOS. POR EL
DR. ADOLFO M. NIETO.

LA ACCION DEL CLORHIDRATO
DE EMETINA EN EL TRATAMIENT-
TO DEL ALCOHOLISMO Y SUS
COMPLICACIONES. POR EL DR. AN-
TONIO TENA.

LA PIRETOTERAPIA EN EL TRA-
TAMIENTO DE LAS ATROFIAS
OPTICAS DE ORIGEN SIFILITI-
CO. POR EL DR. LUIS SANCHEZ BULNES.

EL TESTIMONIO DE LAS PROS-
TITUTAS EN JUICIO POR EL LIC.
ALBERTO R. VELA.

NOTAS SINTETICAS.

Noviembre de 1934

México, D. F.

LABORATORIO MEDICO
DEL
Dr. Luis Gutiérrez Villegas

●
Dedicación exclusi-
va de exámenes de
laboratorio.

●
Teléfonos: Mex., L-76-56 - - Eric., 6-16-31
Ramón Guzmán, 101. - = México, D. F.

BISMUTHOIDOL "ROBIN"

Reg. 10431 D. S. P.

Tratamiento de Fondo de la Sífilis
Terapéutica Racional de la Neurolúes
Complemento Específico en la Píretoterapia



El bismuto, en esta preparación, puede aplicarse por vía endovenosa o intramuscular, según lo requiera el caso

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica,

REPRESENTANTE: MAX ABRAT LUCERNA, 47 MEXICO, D. F.

REVISTA **M**EXICANA
DE
PSIQUIATRIA, **N**EUROLOGIA
Y
MEDICINA **L**EGAL

DIRECTOR
DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION
DR. JUAN PEON DEL VALLE

Publicación Bimestral

Volumen I Número 4 1o. de Noviembre de 1934 México, D. F.

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2A. CLASE CON FECHA 26 DE JULIO DE 1934

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

Toda correspondencia dirijase a la Redacción:

Génova, 39

México, D. F.

**COLABORADORES
REPRESENTANTES
EN LA REPUBLICA**

DISTRITO FEDERAL: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle.

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

GUANAJUATO: Dr. Alberto Aranda de la Parra.

JALISCO: Dres. Adolfo Saucedo y Enrique Pérez Montero.

MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.

NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.

PUEBLA: Dr. Ignacio Rivero Caso.

QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.

SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y F. Agundis.

TLAXCALA: Dr. Demóstenes Bailón.

VERACRUZ: Dr. Fernando Emparan.

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

SECCIONES

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

Dres. José Torres Torija y José Rojo de la Vega



NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.

HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.

PSICOANALISIS: Dr. Guillermo Dávila G.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.

NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.

HIGIENE MENTAL: Dr. Samuel Ramírez Moreno.

PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.

PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.

TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.

NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.

PRODUCTOS RICHTER

GEDEON RICHTER, S. A.

BUDAPEST (HUNGRIA)

En las

PSICOSIS-NEUROSIS

y demás afecciones mentales de carácter esquizoide

Por HIPOFUNCION Ovárica, o HIPOFUNCION Testicular

Prominentes psiquiatras del extranjero
y del Manicomio de esta capital
recomiendan

ROBOROGLANDUOVINA "Richter"

No. Reg. 1806 D. S. P.

y ROBOROTESTICULO "Richter"

No. Reg. 2159 D. R. P.

Por su alta concentración combinada
con un tratamiento TONIFICANTE

2 gramos de extr. ovárico
con dosis progresivas y
regresivas de

2 gramos de extr. testicular
con dosis progresivas y
regresivas de

Cacodilato de Sodio
de 0.1 gr. hasta 0.2 gr.

y

de 0.2 gr. a 0.1 gr.

Muestras y Literatura están a la disposición de los
señores médicos en la

Distribuidora de Productos «Richter», S. A.
VENUSTIANO CARRANZA, 94. MEXICO, D. F.

E

EDITORIAL

DEMENCIA PRECOZ, ESQUIZOFRENIA
PSICOSIS TOXIINFECCIOSA.

Interesante es observar los conceptos que en medicina se tienen sobre una enfermedad a través del tiempo. Los médicos del presente, vemos despectivamente las cosas del pasado y creemos que lo actual es un positivo adelanto, se acerca a la verdad y muchas veces, es la verdad misma. Si una doctrina es substituída por otra, la novedad de ésta nos cautiva y despreciamos la anterior; nos apasiona el modernismo, hablamos de ello jubilosamente y tildamos de anticuado todo aquello que, como en las modas, va pasando de época.

La demencia precoz, es una enfermedad que, en el terreno de la Psiquiatría, juntamente con la parálisis general progresiva, es seguramente, la que ha suscitado más discusiones, más teorías, más estudios. Muy distantes están la demencia precoz de Morel y la esquizofrenia de Bleuler y, sin embargo, hay mucho acercamiento entre la demencia precoz postconfusional de Regis y la demencia precoz de origen infeccioso, como ahora se tiende a demostrar.

Muchos caminos distintos se han seguido para exponer la etiología y la patogenia de esta compleja enfermedad; caminos que han tenido el aspecto de ir a rumbos completamente opuestos; empero, después de haberlos andado en todas direcciones, para cuyo efecto numerosos años han transcurrido, los que ahora nuevamente se forman, pueden juntarse con los ya trazados, o bien, seguir largamente el curso de éstos. El concepto de la noción de esquizofrenia que ahora tenemos, es el resultado de todos los estudios, de todas las observaciones, de todas las concepciones de aquellos alienistas que con extraordinario sentido clínico, nos dejaron las bases del edificio que ahora creen haber construído exclusivamente los hombres del presente. Para convencernos, echemos una mirada retrospectiva: Morel, genialmente designaba como demencia precoz, a una entidad psicopatológica que se caracterizaba por tres circunstancias: principio en la adolescencia y en la juventud; rapidez de evolución; demencia terminal.

El se refería, desde luego, a la heboidofrenia, la cual encaja en este concepto, pues sus descripciones fueron anteriores a la fecha en que, a la forma simple, se le agregó la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum.

Morel hablaba en relación con su experiencia clínica y desde un punto esencialmente sindrómico. Kraepelin, clínico ante todo también, fundó la nosología de la demencia precoz, constituyendo las cuatro formas que ahora conocemos, que no son sino aspectos de una misma entidad, por las tres razones que él aduce: herencia similar, alternancia de los síntomas y semejanza y especificidad en los estados terminales.

A Regis le preocupa, sobre todo, la cuestión de etiología y, desde este punto de vista, distingue dos formas de demencia precoz: constitucional o degenerativa, que puede conceptuarse como primitiva; y la que es secundaria a un proceso toxi-infeccioso, a un síndrome confusional, demencia precoz post-confusional, como él mismo la designaba y que recibió tan acres censuras. Sin embargo, ahora este concepto tiene gran relación con la etiología infecciosa que se tiende a invocar, si no en todas, por lo menos en algunas formas de la demencia precoz.

Los estudios descriptivos cambiaron de aspecto desde que Chaslin, de la Escuela Francesa, habla acerca de las locuras discordantes; desde un punto de vista principalmente sindrómico, estableció por primera vez, la noción de desarmonía intrapsíquica y suprimió la idea de demencia en esta psicosis. Y, Bleuler, inspirado en la Escuela Psicoanalítica de Freud, nos presenta la noción de esquizofrenia, pues como Chaslin, concibe la discordancia, el desajuste de las funciones mentales que también mencionaba Stransky; pero los estudios de Bleuler extienden estos conceptos en el campo vastísimo de su esquizofrenia, que ha establecido en dos series de argumentaciones. Las primeras de orden psico-clínico: pérdida del sentido pragmático, afectividad desarmonica, ambivalencia; las segundas, de orden psicoanalítico: contenido de la psicosis (complejos y autismo).

La esquizofrenia de Bleuler satisfacía porque explicaba esa sistematología antes tan incomprensible de los dementes precoces; porque se refería a procesos subconscientes, generadores de síntomas que producen manifestaciones de conducta, creadores de estados mentales paradójicos que antaño no podíamos desc-

frar. Pero nos presenta a esta dolencia como producida por factores psicógenos, negando, desde luego, causas orgánicas, pues rechaza implícitamente, otras etiologías que no fuesen de orden meramente funcional.

Parecía que se había dicho la última palabra acerca de esto, cuando los estudios admirables de Claude Prøner, y después de Dublinau, Coste, Valti, Van Dense, Paiseau, etc., nos hablan de la etiología tuberculosa de la demencia precoz; y, Baruk y Devaux, nos refieren formas catatónicas de origen colibacilar, lo cual hace que Pascal comente, en reciente trabajo, si por fin se ha desvanecido la doctrina etiológica de la demencia precoz.

El concepto de la etiología tuberculosa apasiona a muchos, más tal vez, que a sus creadores, y los conduce a terapéuticas específicas y aun paradójicas, como la piritoterapia azufrada y la crisoterapia, tomando como hecho aceptado e indiscutible que la demencia precoz es de origen tuberculoso; y, sin negarlo, ¿puede este concepto generalizarse? ¿Todas las demencias precoces son de origen tuberculoso para justificar esta terapéutica? Aún faltan muchas pruebas y estudios que comprueben tal doctrina.

Regis, hace muchos años, nos hablaba de una etiología tóxi-infecciosa. No invocaba precisamente al germen tuberculoso o colibacilar, pero concebía que la producción de estas psicosis, era por un mecanismo tóxico o infeccioso que quedaba latente en una confusión mental, la cual se transformaba en demencia precoz.

Todos los estudios que a través de los tiempos se han hecho sobre esta enfermedad, han servido para enriquecer los conocimientos que actualmente tenemos; y no pueden rechazarse como doctrinas anticuadas, las bases que ahora estamos utilizando: uno estudia el aspecto clínico, el otro, forma el concepto sindrómico, el de más allá, constituye la entidad nosográfica; otros, penetran al fondo mental y explican más razonablemente la génesis de los síntomas; quienes, conciben la influencia, en la etiología, de factores tóxicos y de factores infecciosos que ahora, nuevamente, están dentro de un aspecto de actualidad.

Y así, doctrinas y estudios del pretérito, que se abandonaron, surgen en otra forma, pero con un fondo común.

Es curioso observar cómo tras muchos años en que se cree ir siempre adelante, se retrocede y se vuelve en ocasiones a revivir cosas de antaño, disfrazándolas de modernismo para pre-

sentarlas como nuevas. Esto implica que lo anterior no debe ser rechazado ni destruido, pues el progreso, como dice Chaslin, no consiste, como se cree con tanta frecuencia, en acabar con el pasado, sino en sumar este al presente para preparar el porvenir.

Dr. Samuel Ramírez Moreno.



GOTAS 29

ALENUANTE DEL INSOMNIO NERVIOSO

Producto Nacional Atoxico.

Sedante, Anti-espasmódico, Tónico-cardíaco. A base de PASSIFLORA INCARNATA, GRATIÆGUS OXYAGANTHA Y ANEMONA PULSATILLA. Muestras a disposición del H. Cuerpo Médico en: _____

FARMA-MEX.

REG. NUM. 8948-D. S. P.
Productos Farmacéuticos S. A. Apdo. 1257 México, D. F.
Unicos representantes para la República.

Trastornos Mentales Producidos por la In- toxicación aguda de Marihuana. =====

Por el Dr.
SAMUEL RAMIREZ MORENO.

Antes de describir los síntomas psíquicos que se producen en la intoxicación aguda por la marihuana y los recogidos en un caso de experimentación, bosquejo algunos datos acerca de este interesante vegetal que por su acción estupefaciente ha tenido numerosos adeptos y que en México, ha causado graves actos anormales y delictuosos de sus habituados, sobre todo entre los individuos del hampa, presidiarios y soldados, pero que por fortuna, en la actualidad su uso es menos extenso, gracias a la campaña que se emprende contra las **drogas heroicas** y los venenos de la inteligencia.

—I—

DATOS BOTANICOS.

Nombre técnico.—Cannabis. Existen dos especies, indica y sativa. La primera es la que se usa en México y que se fuma entre los viciosos.

Clasificación.—Pertenece a la familia de las Moreáceas; a la subfamilia de las Canaboideas; al género Cannabis y a la especie Indica.

Nombres vulgares.—Marihuana, juana, juanita, soñadora, mota, grifa, mora.

DATOS QUIMICOS.

Composición química.—Según Personne ésta contiene:

1º—Un hidrocarburo líquido, la **Canabena**.

2º—Un hidrocarburo sólido, que cristaliza en el alcohol, o **hidruro de Canabena**.

3º—Una resina soluble en el alcohol, llamada **Canabina** o **Haschichina** y que constituye el principio activo de la marihuana.

Merck cree haber aislado un alcaloide al que también ha denominado canabina; Mattero-Hay extrajo un principio al que dió el nombre de Tetano-Canabina y Boubelston otro que llamó Canabinón, pero estos últimos son mal conocidos.

DATOS HISTORICOS.

La marihuana es muy antiguamente conocida; en el siglo XV antes de J. C., el tratado de botánica chino Rh-Ya la menciona, lo mismo que los escritos de Sus-Ruta sobre la medicina hindú. Herodoto señala que crecía en Syhia y que los habitantes de Tracia hacían vestidos con ella, parecidos a los de lino.

Los griegos y los romanos, así como los chinos, conocieron las propiedades embriagantes de esta droga, y los árabes la usaban desde la edad media. La famosa secta mahometana cuyas costumbres inspiraban tanto temor a los cruzados durante los siglos XI y XII, tomaron su nombre de Haschishin, ó como después se escribió, Assassins o Hashih, nombre árabe de la marihuana, porque sus adeptos la empleaban en las ceremonias religiosas para embriagarse (1); de ahí se deriva el nombre **asesino**, aunque según Marco Polo, viene de un individuo de nombre Hassan.

En la India fué observado su uso en 1809, por García de Horta y cuando la expedición de Napoleón a Egipto, se encontró con su uso muy extendido, pero no fué sino hasta el año de 1838,

(1) Prof. Juan Manuel Noriega. "Historia de Drogas". México.

que su empleo se empezó a generalizar. En México, según el historiador don Francisco Hernández del Castillo, cuya relación hace Ignacio Guzmán (1); se remonta a los primeros tiempos de la conquista, pues Pedro Cuadrado que vino con Cortés después de su regreso de España, fué el primero que la cultivó y la benefició así como otro que llegó con Narváez, no habiéndose podido identificar si éste fué el mismo Cuadrado, pero sí se conoce que enseñó a Francisco Terrazas, la industria de la siembra y su beneficio. Posteriormente se extendió su cultivo para emplearla en algunas industrias, como la alpargatería, y escritos de aquella época señalan que para recibir el título de maestro, era necesario: "saber espadar con rastrillo el cáñamo, labrar una cuerda o un filo de tejer en una cuerda de cabezadas o un filo delgado". Parece que su uso como narcótico fué desde el siglo XVI, pues en esa época los indios abusaban de los estupefacientes, especialmente del peyote y de otras muchas yerbas cuyos nombres no se mencionan, pero entre las que probablemente se encontraba ésta, por lo que el Santo Oficio promulgó varios edictos contra los que las empleaban.

Más tarde se propagó su uso, pero quedó después localizada a los cuarteles y prisiones.

El nombre de marihuana, según parece, tiene en sus componentes la palabra *Mayi* que quiere decir cautivo, pero según Guzmán, quien consultó con un especialista en la lengua mexicana, la palabra viene de *Malihua*, que procede a su vez de *Malin*, que significa prisionero y *hua* que expresa signo de propiedad. La terminación *ana* quiere decir coger. Así los indios bautizaron con el nombre de *malihuana*, que los españoles corrompieron, llamándole *marihuana*.

—IV—

DATOS CLINICOS.

La acción de la marihuana sobre el organismo humano, como la del alcohol, tiene dos aspectos según si su empleo se hace una o varias veces aisladamente o si se hace continuamente, creando en el primer caso la intoxicación aguda y en el segundo la crónica. La primera es la que vamos a referir.

(1); Intoxicación por Marihuana. Tesis rectorial, México, 1926

El efecto de la marihuana aun en pequeñas dosis, revela su acción dominante sobre el sistema nervioso y especialmente sobre el cerebro, presentando alteraciones manifiestas de las funciones psíquicas. López y Guzmán, refieren que a la dosis de $\frac{1}{2}$ centigramo de extracto de marihuana administrado en dos pil-doras, se presentaron alucinaciones en una enferma, pues al ingerir la segunda, veía que un grupo de malhechores se aproximaban y desaparecían alternativamente, y este último observó otro caso en el que con 10 gotas de tintura se produjo una incoordinación motriz, por lo que llega a la conclusión de que las dosis terapéuticas de la droga que siempre son pequeñas, se confunden con las tóxicas, motivo suficiente para desechar el Cannabis como medicamento y su uso debe prohibirse, ya que la acción de la yerba como enervante es mucho mayor que su efecto como droga.

Un individuo bajo la acción aguda del tóxico puede presentar dos aspectos: ya agitado, con la cara y las conjuntivas congestionadas, la mirada vaga, profiriendo palabras aisladas o frases incoherentes, ríe o llora, hace ademanes de defenderse de un peligro imaginario y entonces ataca y es agresivo, o ya se encuentra en estado de somnolencia muy parecido al de la ebriedad alcohólica en los últimos períodos, se le habla y no contesta o lo hace tardíamente y la resolución muscular es completa.

En verdad estas dos formas no son sino dos períodos que como en el alcoholismo agudo se presentan sucesivamente: el primero de excitación, el segundo de estupefacción. La marihuana como el alcohol, es el prototipo de los venenos enervantes y es un reactivo o un agente revelador del subconsciente, pues como dice R. Meunier, nos ayuda a revelarnos a nosotros mismos y a los demás. Busca en nuestro fondo mental las imágenes del delirio, imágenes que se asocian a representaciones que nos son personales y se acompañan de un coeficiente emotivo que guarda siempre el matiz de nuestra emotividad profunda; de ahí que su historia clínica esté unida a la de los venenos de la inteligencia. Su primer efecto es la ebriedad, que tiene los caracteres de euforia y de la exaltación. "La primera es un sentimiento de bienestar físico y moral, de contento interior, de alegría íntima, de bienestar indefinible que tratamos inútilmente de comprender y de analizar, sin que podamos reconocer la cau-

sa" (Moreau de Tours. "Du Haschisch et de l'aliénation mentale", p. 431). Esta descripción no es otra que la que corresponde a la hipomanía ebria, período de principio que se manifiesta a veces por accesos convulsivos de risa, sigue la alteración de las ideas, signo de la dislocación del YO presente y sintomático de esta propia hipomanía; los pensamientos se disgregan y se desaparecen, perdiendo toda sujeción al control superior del psiquismo que es incapaz de restablecerlos al orden. La consecuencia es que los procesos mentales se manifiestan al azar y automáticamente como la memoria, la imaginación, las funciones psico-sensoriales; la personalidad del sujeto pierde toda orientación en tiempo y en espacio pues confunde el pasado con el presente. Hay trastornos del oído y de la vista; las vibraciones lumíneas y sonoras adquieren grados de precisión y de amplitud que originan interpretaciones alejadas de la realidad y los individuos viven un mundo fantástico y en apariencia como en la intoxicación por el alcohol, en un estado de exaltación psíquica. En el primer período hay extraordinaria sugestibilidad, pues cualquier palabra, cualquier ruido, cualquier excitación sensorial, sugiere inmediatamente numerosas interpretaciones. El marihuano pone de manifiesto, como el ebrio alcohólico, su automatismo subconsciente y comete actos absurdos o desproporcionados. Guzmán refiere el caso de un individuo que se mató en estado de embriaguez marihuana porque dio un salto de seis metros de altura, en la creencia de que existía una distancia muy corta. Moreau de Tours, en estado de ebriedad experimental, acusaba a un amigo suyo de haberlo envenenado, pues se creía muerto (Legraïne. Haschisch, haschischisme. Cap. 15. Intoxications. Col. Sargent). Dice Richet que como las histéricas, los marihuanos tienen tendencia invencible a dramatizar la vida, a hacer teatrales los hechos más vulgares e insignificantes. La voluntad es impotente para impedir que hablen, ríen, se agiten y desarrollen ideas absurdas. Un individuo bajo la influencia de una impresión auditiva se creía transformado en pistón de máquina de vapor.

Estos síntomas se acompañan de trastornos del equilibrio y de la motilidad, el sujeto titubea, siente aturdimiento, mareo, dolor de cabeza, hay exageración de los reflejos, los movimientos son bruscos, la palabra es pastosa.

La duración de la ebriedad es muy variable y se va terminando por la fase de depresión en la que se llega a un sueño profundo lleno de pesadillas. Al despertar, queda un estado de aturdimiento y en ocasiones de olvido completo de todo el tiempo que duró la embriaguez, o sólo conservando un vago recuerdo, como el de una pesadilla indefinible.

De esta descripción, se desprende que la marihuana es un estupefaciente de las facultades psíquicas y que tiene una influencia especialmente inhibidora de los procesos superiores; que su acción como perturbadora del equilibrio psíquico se manifiesta aún en pequeñas dosis; que produce un disgregamiento de la personalidad y que favorece la realización de actos de automatismo mental.

—V—

EXPERIMENTACION.

Con objeto de poder observar los efectos que produce la marihuana fumada en pequeñas cantidades, sobre un organismo no habituado a su uso, resolvimos dar a fumar un cigarro conteniendo una tercera parte de ésta a un sujeto sano que voluntariamente se prestó para la realización del experimento.

Como preliminar, practicamos un examen médico en dicha persona, encontrando los siguientes datos: A. M. G., de 21 años, casado, empleado, de buena constitución y fuerte físicamente. Ningún indicio de herencia patológica, mental o nerviosa. No ha padecido enfermedades somáticas o mentales. Es resistente a las bebidas alcohólicas; de costumbres morigeradas y de instinto sexual bien desarrollado. Pesa 65 kgr. y mide 1m.69.

Facultades psíquicas sin nada de particular; normales.

Sistema nervioso: Pupilas en estado de midriasis; reflejos pupilares normales. Reflejos tendinosos normales y cutáneos disminuídos.

Circulatorio: Central normal. Pulso 75 por minuto, rítmico y amplio. Tensión arterial: máxima de 12 y mínima de 7. 5. En el resto de su organismo ningún dato digno de mención especial.

El día del experimento procedimos a sacar una media del peso de los cigarros, tomandó al efecto de marca "Casinos" y

pesando diez. Se obtuvo un promedio de 1 gr., oscilando el peso entre 950 y 1050 miligramos. Se extrajo a uno de los cigarros la tercera parte del tabaco, substituyéndola por igual cantidad de marihuana.

Se encargó al sujeto que fumara lentamente inhalando todo el humo de cada fumada y que fuera indicando todos los fenómenos que percibiera.

Al cabo de 5 minutos de haber empezado a fumar se anotó lo siguiente: expresa sentir "una gran nerviosidad" y como que "le pulsan las sienes", cosquilleos en las piernas; zumbidos de oídos, sensación de cansancio profundo y astenia, que le falta el aire, "como si se estuviera ahogando". Se siente muy alegre y contento, "no le importa nada y piensa que únicamente existe él". Por la exploración se aprecia: intensa palidez, mirada vaga, pupilas muy dilatadas, risa frecuente, marcha titubeante; el pulso tiene una frecuencia de 70 por minuto y es menos amplio. Se advierte lasitud y ligera disnea.

Los movimientos voluntarios carecen de precisión.

Al cabo de 15 minutos, el sujeto relata que percibe las palabras como si le estuvieran hablando en voz muy baja. "Ve a lo lejos un perrito de cristal sobre fondo de piedra". Las alucinaciones visuales se suceden con gran rapidez y hay marcado eretismo sensorial. Posteriormente: "se siente aturdido y como si hubiera bebido muchas copas". Presenta igualmente, sequedad de la lengua, palidez de la cara, pulso de 88 por minuto, blando y depresible. Los reflejos tendinosos se encuentran muy exaltados, los cutáneos abolidos. Los movimientos son desordenados, bruscos y sin ninguna coordinación. Quiere permanecer de pie y es necesario sostenerlo, pues sufre continuamente grandes oscilaciones e incoordinación motriz.

Después de media hora del principio de la experiencia, todos los síntomas antes descritos han aumentado de intensidad y el sujeto necesita permanecer acostado. Los trastornos psicosensoresiales constituyen un cuadro de delirio onírico; tiene náuseas. La tensión arterial máxima, es de 12 y la mínima de 5.

A los tres cuartos de hora, relata que "ve a una mujer desnuda que le encanta" y muchas otras imágenes visuales; siente gran fluidez en sus ideas pero éstas llegan y no se completan, se le huyen por la rapidez asociativa. Después de unos minutos

más, hay aturdimiento, torpeza intelectual y la palabra es torpe y pastosa.

Pasada una hora, los trastornos psico-sensoriales dominan, sobre todo las alucinaciones visuales. Al relatar lo que ve, dice que con frecuencia y gran rapidez pasa de una imagen a otra. Hay sugestibilidad para despertarle cualquier alucinación. "Ve unas ruedas de metal, brillantes, que van corriendo; una gran manada de búfalos; unos pasteles en una dulcería; un foro con títeres", etc., etc., siente correr agua fría por su cuerpo y los miembros que se le alargan y adelgazan. No puede moverse o lo hace torpemente; expresa que un estado de inercia encantador lo domina y está alegre; sólo tiene molestia cuando se le habla. Las percepciones auditivas le son muy desagradables y lo sacan momentáneamente del estado de sopor en que está.

Al cabo de unos minutos comienza a dormirse.

Por último, después de una hora y media, queda profundamente dormido. El pulso es de 55 pulsaciones por minuto.

Durante la noche, al estar dormido pronuncia con frecuencia algunas palabras en voz alta, como estando bajo la influencia de pesadillas. Al despertar al día siguiente, después de haber dormido más horas de las acostumbradas, se siente con torpeza intelectual, dolor de cabeza, lasitud, malestar general y mucha sed.

De esta somera descripción, se aprecia que la cantidad de gr. 0.33 fumados, de marihuana, fué suficiente para provocar en un sujeto sano y no acostumbrado a su uso, una serie de alteraciones principalmente psíquicas caracterizadas sobre todo por: disgregamiento y automatismo de las funciones cerebrales, dominando los trastornos psicosenoriales, (alucinaciones visuales y onirismo especialmente) rapidez y desorden en la asociación de las ideas, euforia e incoordinación motriz.

Picaduras de alacrán y accidentes históricos.

Por el Dr.
ADOLFO M. NIETO

El señor N. N., adulto como de veinticinco años de edad, sufrió el nueve de agosto del presente año, entre las ocho y las nueve de la mañana, una picadura de alacrán en la porción del dorso de la mano izquierda que corresponde al cuarto metacarpiano.

No hubo dolor en el momento mismo del accidente (o por lo menos fué de tal modo ligero, que el sujeto no se dió cuenta de lo acaecido, sino cuando vió escapar al culpable), ni hubo tampoco enrojecimiento del sitio lesionado. Y sin embargo, casi a continuación y como síntomas inmediatos, aparecieron trismus, sensación subjetiva de cuerpo extraño en la faringe —comparada a la que produciría en ella “una maraña de cabellos”, e imposibilidad para deglutir— atribuída a la rigidez de la mandíbula inferior y no a obstáculo faucial.

Algún tiempo más tarde —sin que se pueda precisar cuánto—, sobrevino abundante secreción de saliva, sangrienta desde un principio y parecida a la que se expulsa después de la extracción de una pieza dentaria. En la noche del mismo día, cianosis del brazo y de la pierna izquierda; pero no de la cara ni de los miembros derechos.

A los dos días —del once al doce de agosto— el enfermo advirtió dos nuevos fenómenos casi simultáneos:

* hormigueo en el miembro inferior izquierdo, primero discontinuo, en seguida estable, de intensidad creciente, de extensión progresiva hasta ocupar la totalidad de la pierna y del brazo del mismo lado, y que en dos ocasiones alcanzó la región precordial, provocando asfixia extrema;

*y pérdida de la sensibilidad al contacto y al dolor en toda la superficie del miembro inferior izquierdo.

Entre el quince y el diez y siete de septiembre, la anestesia invadió el pie derecho y los dedos índice y medio izquierdos.

Y en fecha imprecisa, pero siempre anterior al diez y nueve de septiembre, comenzó a padecer:

* un dolor punzante en la espina dorsal, hincado a la altura de la séptima vértebra cervical y que le daba la impresión de llevar hundido un clavo en dicho lugar;

* calambres en la pantorrilla derecha;

* contracturas paroxísticas del miembro superior izquierdo, en flexión y pronación;

* debilidad de los miembros superiores;

* y parálisis de los inferiores.

El diez y nueve de septiembre, se practicó al señor N. N., una punción raquídea, y a partir de ella se queja:

* de dolor en la mitad izquierda de la cara, difuso y sin irradiaciones ni puntos especialmente sensibles;

* dolores oculares que el enfermo describe, diciendo sentir como si mediante hilos o alambres "le jalaran los ojos hacia atrás";

* dolores huesosos —particularmente en los brazos y la nuca—, intensos, permanentes y acompañados de sensación de quemadura;

* dolor perineal, atrás de las bolsas y en el trayecto de la uretra, asociado a incapacidad de sentir el paso de la orina;

* insomnio;

* inquietud y nerviosidad incesantes, caracterizadas por impresionabilidad excesiva, irritabilidad, impaciencia, angustia física indefinida (malestar general) y ansiedad psíquica con deseos de gritar, levantarse del lecho, correr, etc.;

* y pérdida del apetito.

La exploración objetiva dió resultados normales con relación a los aparatos circulatorio, respiratorio, &, y datos patológicos nerviosos motrices y sensitivos.

MOTRICES.

Parálisis total de los miembros inferiores y paresia de los superiores. Los primeros no pueden ejecutar el más pequeño

movimiento en decúbito supino, ni ser utilizados para tomar la posición vertical o para caminar; los segundos disponen de todos sus movimientos, bien que éstos carezcan de vigor; y tanto unos como otros, exhiben el trastorno indicado sin la menor alteración del tono muscular, de los reflejos ni del juego de los esfínteres: el tono es ostensiblemente normal; los reflejos tendinosos son vivos, pero no policinéticos; los cutáneos plantares se realizan en flexión; los cutáneos superiores —cremasterinos y abdominales— existen ofreciendo los caracteres de costumbre en personas sanas; y los esfínteres —particularmente el vesical— funcionan de modo regular.

En entrevista complementaria verificada el día de octubre, a fin de precisar las fechas del accidente inicial, de la punción raquídea y de los síntomas principales, el sujeto se presentó caminando apoyado en tercera persona, con la cabeza en flexión a consecuencia de los dolores vertebrales que le ocasiona el extenderla, el tronco inclinado hacia adelante por la misma razón, y arrastrando la pierna izquierda como lo hacen los portadores de parálisis crurales histéricas. E invitado a mantenerse en posición vertical, sólo pudo lograrlo cargando el paso del cuerpo sobre el miembro inferior derecho.

SENSITIVOS.

Anestesia táctil y al dolor en todo el miembro inferior izquierdo, excepto una pequeña faja vertical —como de ocho centímetros de longitud y cuatro de anchura— en el tercio medio de la cara posterior de la pierna; en el pie derecho, a partir de la articulación tibio-tarsiana; y en el segundo y tercero dedos de la mano izquierda, desde la articulación metacarpo-falangiana hasta la extremidad distal y tanto en las caras palmares como en las dorsales.

Hipoestesia de igual forma en el tercio inferior de la pierna derecha.

ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS.

El trismus, el hormigueo faríngeo, la disfagia y el tialismo mencionados como fenómenos iniciales, figuran de manera unánime en las descripciones de la intoxicación por la ponzoña del alacrán, y sólo llaman la atención a este respecto:

* la ausencia de dolor y de enrojecimiento, anteriores y en el sitio mismo de la picadura: intenso, urgente y de cinco a diez minutos el primero, persistente el segundo hasta permitir el reconocimiento del lugar herido, y señalados los dos en todas las observaciones;

* la índole hemorrágica de la secreción salivar, frecuente en las intoxicaciones graves, excepcional en las leves y nunca comprobada por el Médico o la Enfermera, no obstante que al decir del sujeto, existió desde un principio y persiste hasta la fecha;

* y la falta de trastornos secretorios lacrimales, nasales, brónquicos y cutáneos, tan comunes e intensos como el tialismo por ser —todos ellos— síntomas ligados a la acción de la ponzoña sobre el sistema nervioso vegetativo.

La cianosis no es desorden reconocido como capaz de presentarse en las condiciones del caso; y por otra parte, su limitación al brazo y a la pierna izquierdas, es incompatible con la actuación general de las causas que pueden haberla originado.

En efecto, de ser hecho real, tendría que corresponder a dos eventualidades: acción directa del tóxico, o consecuencia mecánica de hipersecreción bronquial y de convulsiones respiratorias. Si lo primero, debió haber sido inmediata y general; y si lo segundo, general, acompañada de disnea, tos e hipersecreción brónquica notoria, y contemporánea de fenómenos convulsivos aptos para provocarla, es decir: lo suficientemente intensos, repetidos y generalizados para comprometer la respiración.

La sensación de hormigueo depende también de la absorción del tóxico, siendo —por tanto— un síntoma que aparece “pocos minutos después de la inoculación”, se generaliza a partir del sitio de la picadura y llega a la extremidad cefálica al mismo tiempo que la parestesia faríngea y que los trastornos secretorios, y no un fenómeno tardío, capaz de presentarse a los dos días del accidente y en sitio distinto del interesado. Además, una vez instalada, persiste sin variación hasta la muerte o disminuye lentamente hasta desaparecer cuando el padecimiento se termina por curación; pero en ningún caso conocido se le ha visto afectar forma paroxística ni ser motivo de asfixia.

Las anestias al contacto y al dolor autorizan dos conceptos en relación con su origen:

* constituyen perturbaciones insólitas en las intoxicaciones de esta clase, las cuales —por el contrario— se acompañan siempre de hiperestesia cutánea, especialmente intensa en las intoxicaciones graves, contemporánea de la sensación de hormigueo, generalizada y de tal modo viva, que hace “insoportable” el más leve contacto y provoca reacciones musculares violentas;

* y son extrañas a toda afección nerviosa orgánica, cualquiera que sea su procedencia, dado que se distribuyen en forma totalmente caprichosa y distinta de las distribuciones conocidas y catalogadas. No son, efectivamente, de tipo troncular o radicular, sino más bien segmentario, y aun con respecto a éste ofrecen rasgos desconcertantes, tales como la asimetría de las zonas invadidas y la persistencia de la sensibilidad en la cara posterior de la pierna izquierda.

Por lo que se refiere al dolor “clavado” en la séptima vértebra cervical, debe recordarse que fuera del intenso dolor local causado de manera inmediata por la inyección de la ponzoña, no es costumbre observar —con tal motivo— síntomas como el que se analiza, ni menos hallarlos días después del accidente.

Los calambres de las pantorrillas y la contractura en flexión del brazo izquierdo, no se parecen a los desórdenes motrices de igual género en las intoxicaciones efectivas, más que por su apariencia convulsiva. Los señalados en segundo lugar, aparte de ser propios de casos graves, se instalan precozmente (a los quince minutos y a veces antes), e invaden los músculos lisos y los estriados, provocando disfagia, vómitos, cianosis intensa, constipación, retención de orina, &, por espasmos de los primeros, y convulsiones tónicas o clónicas de los segundos, que empiezan en la mandíbula y la nuca, se generalizan rápidamente, se suceden en accesos que recuerdan los ataques eclámpticos, y se complican de congestión de la cara, cianosis de las extremidades, aceleración del pulso e hipertermia.

Con respecto a la parálisis de los miembros inferiores y la parésia de los superiores, cabe observar:

* consideradas en tesis general, que pertenecen al período último de intoxicaciones graves e interesan —de acuerdo con la naturaleza de su causa— lo mismo músculos lisos que músculos estriados, y así estriados crurales como braquiales;

* y vistas en detalle, que están en desacuerdo con la inte-

gridad clínicamente absoluta del tono, de los reflejos y del funcionamiento de los esfínteres.

Y finalmente, los fenómenos notados en la segunda entrevista —flexión permanente de la cabeza, sostenimiento del tronco en la posición vertical sobre la mitad derecha, marcha con apoyo exterior y arrastrando la pierna izquierda— son netamente funcionales, como lo prueban la posibilidad de mover pasivamente la cabeza sin despertar dolor, y el estado del tono, los reflejos y el juego de los esfínteres, exactamente el mismo que en el primer examen.

Pasando ahora a las perturbaciones aparecidas a raíz de la punción raquídea practicada el diez y nueve de septiembre, precisa establecer sus relaciones con dicha intervención en primer término, y con el emponzoñamiento en segundo:

I.—El estudio de los síntomas acusados por el paciente y el de los ya conocidos como secuelas posibles de la raquicentesis:

dolores cefálicos,
oculares,
huesosos

y perineales,
anestesia de la uretra
y excitación nerviosa general
(nervosismo por exceso).
cefalea,
vómitos,

vértigos y —en casos de tumores
bulbares o yuxtapulbares
alojados en la fosa cerebral
posterior—

ictus apoplécticos,
síncopes

y aun muerte súbita,

muestra que el único susceptible de ser atribuido a la punción es la cefalea, y que los restantes son por completo extraños a ella.

II.—Y a su vez, los conocimientos adquiridos acerca de la evolución del emponzoñamiento, permiten asentar que no ocasiona desórdenes tardíos: mata en algunas horas, por lo común menos de veinticuatro; o cura, igualmente al cabo de algunas horas y en forma tal, que los enfermos “salvo el cansancio, no

conservan de ordinario más resquicio que el desagradable recuerdo del lance que han pasado”.

CONCLUSIONES:

I.—Aceptando que el señor N. N., haya sido víctima de un piquete de alacrán, la intoxicación consiguiente es responsable del trismus, la parestesia faríngea, la disfagia y el tialismo; pero no de los demás trastornos sensitivos, motrices y vaso-motrices relatados por dicho señor.

II.—La punción raquídea pudo ser causa eficiente del dolor de cabeza; mas no del resto de dolores, de la anestesia uretral y de la excitación nerviosa.

III.—Los síntomas excluidos del emponzoñamiento y de la raquicentesis no son de índole orgánica, sino francamente histéricos como la monoplejía crural izquierda, o de origen dudoso —patomiméticos o histéricos— como el acervo residual de trastornos psíquicos y sensitivos. Y tomando como válida la última posibilidad —para no tachar de falso a ninguno de dichos síntomas—, esto es: considerándolos histéricos en conjunto, representan manifestaciones de un estado psíquico anterior a la picadura y a la punción, no creación por ellas, y que acostumbra aprovechar para exteriorizarse “pequeños estados emotivos”, cualquiera que sea su origen y su naturaleza. “Cuando una emoción sincera, profunda, sacude el alma humana, no hay ya lugar para histeria”.

BIBLIOGRAFIA.

- TERRES. Patología, 3er. tomo, pág. 511 y siguientes:
C. PARRA. Formulario en la Facultad Médica Mexicana, pág. 817 y siguientes.
F. CORDOBA Y GURRIA. Prueba escrita para examen general. 1919.
CLAUDE. Sistema nervioso, tomo II, pág. 808.
Diccionario LITTRE. Artículo “punción raquídea”.

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

el ACETYLARSAN

REUNE LAS
CONDICIONES
REQUERIDAS
POR LAS
DIFERENTES
MODALIDADES DEL
TRATAMIENTO
DE LA SIFILIS

**TRATAMIENTO
DE ASALTO**

**TRATAMIENTO
DE SOSTEN**

HEREDO SIFILIS

USESE POR PRESCRIPCION MEDICA

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE™**
21, Rue Jean-Goujon, PARIS-8°

N. 3777 O. S. P.

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIERE, S. A.

PLAZA DE LA REPUBLICA NUM. 43 - MEXICO D. F.



Reg. 6748. D. S. P.

Fermentos leucocitarios activados + Uroformina

Por la vía intramuscular o **INTRAVENOSA**

Cajas con 4 ampolletas de 2 c. c.

Representantes Exclusivos:

GRUPO ROUSSEL, S. A.

APARTADO POSTAL 7541.

MEXICO, D. F.

Anemias Hemorragias Convalecencias



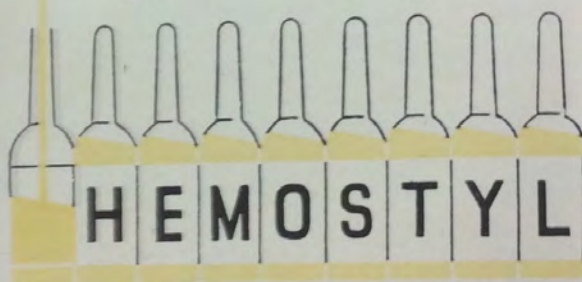
Tres
Formas

Ampolletas
(Suero hemo-
poyético)

Jarabe
y Vino
(Sangre hemo-
poyética total)

1800 caballos
seleccionados
rigurosamente

Ampolletas Reg. 891 D. S. P.
Jarabe " 5905 "
Vino " 1284 "



del Dr. Roussel.

Representantes Exclusivos:

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Apartado Postal 7541.

México, D. F.

La Acción del Clorhidrato de Emetina en el tratamiento del Alcoholismo y sus Complicaciones.

Por el Dr.
ANTONIO TENA

La frecuencia con que asisten al Departamento de Medicina número 2, del Consultorio 3, de la Beneficencia Pública del D. F., individuos alcohólicos crónicos o con delirium tremens y, por otra parte, en vista de los resultados tan poco alentadores y tardíos de los tratamientos usados corrientemente, me incitaron a buscar un método verdaderamente efectivo para ponerlo en uso y en provecho de mis enfermos.

A principios del presente año, hojeando el último número de *L' Année Thérapeutique*, encontré un comentario de las observaciones que el Dr. A. Bodart, ha hecho en Bélgica, tratando por el clorhidrato de emetina, casos de alcoholismo con o sin delirium tremens, con magníficos y rápidos resultados.

Al principio empecé a usar la emetina en casos de delirium tremens, siguiendo las indicaciones que el autor proponía, habiendo obtenido en todos ellos resultados inmediatos y brillantes.

Así las cosas, vino a mí uno de mis alumnos del tercer curso de clínica médica, para solicitar que le patrocinase su tesis profesional. Accediendo a sus deseos, le sugerí la comprobación del procedimiento antes dicho, cediéndole los alcohólicos, delirantes o no, que llegaban a mi consulta en el dispensario aludido.

Desde entonces trabajamos los dos sobre el mismo asunto, habiendo reunido 40 casos con los resultados siguientes:

De este número, 10 de ellos fueron de delirium tremens confirmado, con resultados verdaderamente brillantes, ya que al tercer día de tratarse, como máximo, se obtenía la curación casi completa de los fenómenos alucinatorios, del delirio y en particular del insomnio y de los temblores. En general, al día siguiente de la primera inyección, los fenómenos propios del delirio habían cedido por completo, en algunos casos, o cuando menos amen- guado de una manera tan evidente que no era posible dudar de la eficacia del medicamento.

No fué menos abundante el número de enfermos con próuro- mos, ni menos apreciable la eficacia del medicamento, y todavía más brillante que en los casos de delirio confirmado. Así, de los 13 pacientes que con este motivo fueron tratados por la emetina, a uno de ellos le cesaron los temblores y la agitación, una hora después de haberlo inyectado, según testimonio de la esposa. En todos ellos la reaparición del sueño era inmediata, es decir, podían dormir sin pesadillas terroríficas, la misma noche de la primera inyección; el temblor, la agitación, la excitación y el temor, se habían esfumado a las 24 horas.

El mayor número lo constituyen los alcohólicos crónicos, en los que se instituyó la cura de desacostumbramiento. A este respecto, conviene desde luego advertir que si los resultados en estos enfermos no fueron tan bellos como en los anteriores, esto obedeció, en parte, a que todos fueron ambulantes; y aún más, porque como lo indica claramente Bodart en su trabajo original, que posteriormente tuve oportunidad de conocer íntegramente, se hace necesario el consentimiento incondicional del enfermo; no sólo, sino que su colaboración es indispensable para el éxito del tratamiento. No obstante, los resultados logrados fueron interesantes, permitiendo prever lo que de la emetina es de esperarse en el futuro, cuando a ella sea posible aunar el aislamiento en lugares apropiados, que trae consigo la supresión forzosa de las bebidas embriagantes.

Así, se observó que insomnios ligeros, pesadillas terroríficas, estado de nerviosidad, temblores, pituita matinal tan caracterís- tica del alcohólico inveterado, dolores hepáticos, congestiones fa- ciales, pereza para el trabajo, etc., en una palabra, el estado fí- sico y mental del alcohólico, se modificaba y cedía rápidamente, colocando a los sujetos en condiciones muy cercanas a las nor-

males. Hubo alcohólicos que con gran asombro de parte de ellos y mía, veían y sentían desaparecer con la emetina, parestias, parestesias, o las dos cosas a la vez, que aquejaban antes del tratamiento.

Con este motivo y en mis deseos de observar aún más de cerca la acción de la emetina en estos casos, indiqué al doctor José Ayala Arredondo, mi colaborador, que tratásemos por este medicamento neuritis de forma sensitiva, motora o mixta, localizada o generalizada, pero siempre de origen alcohólico.

Los resultados no se hicieron esperar mucho y desde la primera inyección empezó a ceder la sintomatología, siendo el síntoma dolor, el primero en mejorar y aun desaparecer completamente; le siguen los calambres, los adormecimientos, recobrándose la fuerza muscular en los territorios antiguamente afectados, curando por lo general, en un plazo que oscila entre 15 y 25 días.

Mis observaciones habrían merecido un punto final; pero como la sintomatología del alcohólico es rica y variada, en una ocasión se presentó un paciente con eritema pelagroide del mismo origen y poco después otro caso semejante. Entonces tuve la idea de probar la eficacia de la emetina en éstos, dado que la causa que los provoca es la misma y el medicamento, como se dirá después, obra haciendo ceder fenómenos parecidos a los presentados, tanto en unos casos, como en otros.

Pudimos cerciorarnos que, con la primera inyección, sufrían un recrudescimiento las lesiones, para empezar a ceder de una manera franca y ostensible desde la segunda ampolleta, hasta obtener por la curación completa, una epidermis nueva con caracteres normales, en unos 8 a 12 días; siendo de advertir que estas lesiones de eritema pelagroide, según opinión de especialistas, curan en un plazo de 25 a 30 días y aún más, siempre con el auxilio de tópicos locales, no usados en lo absoluto por nosotros en los dos casos de referencia.

Cabe ahora preguntar: ¿Cómo obra la emetina? ¿Por qué es capaz de curar cuadros sintomáticos tan diversos?

La respuesta no parecerá sencilla, puesto que a la emetina no se le conocen más que unas cuantas propiedades fármaco-dinámicas: antiparasitaria, hemostática y alguna más.

Ahora bien, afirman a este respecto Bodart, Muñoz de Mur-

cia, Paton de Hildelberg, y nosotros con ellos, que la emetina aumenta las secreciones, desconggestiona y desintoxica; y esto en virtud de que como lo afirma el profesor belga, la emetina como vagotónica, exagera por el mismo hecho todas las secreciones de la economía, obra como desconggestionante por su efecto depresor de la tensión, activando, por estas propiedades, la eliminación de los tóxicos que impregnan los tejidos, particularmente los nerviosos.

Técnica del tratamiento.—La que nosotros empleamos en la mayoría de los enfermos del 1º y 2º grupos citados, es muy parecida a la del profesor A. Bodart, pero no es idéntica. Creímos conveniente hacerle modificaciones en virtud de razones especiales, (los enfermos no podían asistir dos veces al día por ser ambulantes), y además la adaptamos según las necesidades particulares.

I.—En el delirio confirmado aplicamos 0.06 gramos de clorhidrato de emetina, en una sola vez, el primero, segundo, tercero y cuarto días; del quinto al décimo día, 0.02 gramos únicamente.

II.—Cuando se trata de pródromos, hemos instituido una medicación semejante a la anterior, aunque en dosis menores 0.04 gramos, a partir del segundo o tercero días. Primera variación que, semejante a la efectuada en los delirantes francos, la juzgamos necesaria en virtud de que una vez disipados los fenómenos delirantes, no hay necesidad de administrar grandes dosis de emetina. En segundo lugar, porque todo delirante, confirmado o prodrómico, es necesariamente un alcohólico crónico; por lo tanto, posible candidato a la cura de desacostumbramiento; o bien, tercera razón, porque, como alcohólico, presenta o puede presentar fenómenos de neuritis que la emetina cura completamente, con la única condición, en estos casos, de variar el ritmo de las inyecciones y las dosis de éstas.

Ya indiqué los resultados obtenidos y los calificué de brillantes. Como dato interesante puedo indicar que los pacientes van desde el cuarto día, limpios, afeitados y se vuelven más sociables; por otra parte, la congestión facial y de las conjuntivas oculares, disminuyeron notablemente.

III.—Curas de desacostumbramiento. Ampolletas de 0.02 gramos de emetina, el primero, segundo y tercero días; la misma dosis, el quinto, séptimo, noveno, 12º, 15º, 18º, 22º, 26º y 30º días. En los intervalos, descanso.

Nos apartamos del método del doctor belga, en el sentido de que nuestras inyecciones son más próximas y como consecuencia, la administración de la emetina, es mayor (un 50%), en el mes que dura el tratamiento, cosa que no tiene inconveniente, pues, hecho interesante recogido en el curso de nuestros estudios y digno de hacerse notar, es que, una de dos: o nuestra raza tiene más tolerancia por la emetina o bien ésta es menos tóxica que la de las preparaciones extranjeras.

En los casos estudiados y tratados con finalidades semejantes, se observó que algunos enfermos sienten asco, repugnancia por las bebidas; otros, solamente una indiferencia para ellas; pero en todos notamos mayor resistencia, mayor fuerza de voluntad para no beber y abstención completa de bebidas, durante la cura, a pesar, de poderlo hacer, puesto que no están asilados.

Casos interesantes a este respecto, son los de los enfermos Alberto T. R. y Antonio S. R., el primero de los cuales fué disminuyendo día a día sus dosis, que podrían calificarse de insignificantes, ya que ingería durante los primeros días de la cura, gotas de alcohol, llegando un momento en que estas dosis no se hicieron necesarias y la supresión fué absoluta. El segundo enfermo, muy al contrario del precedente, sentía inclinación por las bebidas aun después de la primera serie, razón por la que se le aplicó una nueva o segunda serie, terminada la cual, y de esto hace tres meses, el enfermo siente hasta la fecha aborrecimiento por las bebidas. ¡Bellos resultados que indican al médico no debe desmayar en el tratamiento para desacostumbrar!

IV.—Las dosis que hemos empleado para los casos de neuritis han sido 0.02 gramos, cada dos días, debiendo advertir, a este respecto, que no conviene administrarla más aproximada, ni en cantidades mayores, pues estos enfermos posiblemente sean más sensibles a la emetina, ya que dos de ellos presentaron fatiga, cansancio, debilidad muscular y pesadez de cabeza, a partir de la cuarta inyección diaria, fenómenos que desaparecían con unos días de abstención emetínica.

Son tan pocos los enfermos de eritema pelagroide tratados por la emetina, que no se podría decir aún el ritmo exacto para administrar el medicamento en casos semejantes. Baste apuntar que la emetina se ha inyectado diariamente y a pequeñas dosis.

Vías de administración.—Han sido usadas indiferentemente la subcutánea y la intramuscular y los resultados obtenidos son sensiblemente iguales, así como también los fenómenos de reacción local, de paso poco dignos de tomarse en consideración. De ninguna manera conviene emplear la vía intravenosa; usamos ésta en dos enfermos, habiendo visto con pena que uno de ellos presentó un accidente lipotímico de cierta consideración.

Ahora bien, esto no quiere decir que la emetina sea un medicamento que deba administrarse con temor. Muy al contrario, me parece conveniente indicar que la emetina administrada por las vías citadas es casi inocua; y los escrupulosos deben tener la seguridad de que carece de inconvenientes su administración, al menos en los alcohólicos; no debiendo privar a sus pacientes de tan noble y magnífico medicamento, por una mal entendida prudencia.

Si decimos esto, es porque hemos administrado cerca de medio millar de ampollitas de emetina, en circunstancias diversas y sobre todo, aprovechando emetinas de diversa procedencia, no habiendo tenido que lamentar ningún accidente, aun ligero, con estas preparaciones.

Querer afirmar con esto que la emetina carece de inconvenientes, no es la intención, pues desde luego provoca ardor en el lugar inyectado y deja después nudosidades dolorosas un poco rebeldes. Además y principalmente, sus contraindicaciones son los casos de ancianos y de cardíacos, según indica Bodart. Nuestros enfermos, a este respecto, ofrecían una edad que fluctuaba entre los 30 y los 50 años y no tuvimos ningún accidente.

El profesor Bodart, aconseja administrar nitrato de estriquina después de la serie de emetina, con el fin de combatir la disminución de la contractilidad muscular y la abolición de los reflejos. Nosotros la suprimimos en virtud de que los pacientes tratados no presentaron los citados fenómenos y creímos conveniente no agregar este tóxico al organismo.

Mis observaciones con la emetina allí terminan y no tengo que agregar a este trabajo otra cosa, sino que por indicación mía,

el doctor Samuel Ramírez Moreno y el doctor Santiago Ramírez, han usado el medicamento en casos de delirium tremens sobreagudo, habiendo obtenido resultados verdaderamente brillantes.

Entiendo que tanto el doctor Francisco Núñez Chávez, como el doctor Samuel Ruiz Cornejo, también la están aplicando en parecidos casos, desconociendo a la fecha, los resultados por ellos obtenidos. (1)



(1) Los trabajos realizados en la Clínica del Dr. Ramírez Moreno, acerca de la terapéutica del alcoholismo crónico y sus accidentes episódicos agudos por medio del clorhidrato de emetina, confirman las observaciones y las experimentaciones del Dr. Teña. (N. de la R.)

MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA SODICA SALUBLE

Laboratorio Químico Senosian

AV. CHAPULTEPEC, 297

MEXICO, D. F.

UNICOS DISTRIBUIDORES DEL PODEROSO ANTISEPTICO

MERCUROBROMO - OXIFLUORESCINA SODICA

SAL PURISIMA CONTROLADA QUIMICA Y BIOLOGICAMENTE POR LOS QUIMICOFARMACEUTICOS
MANUEL PONTONES Y JOSE A. SENOSIAN

FRASCO DE DIEZ GRAMOS, \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAN
AV. CHAPULTEPEC, 297 MEXICO, D. F.

*Muy señores míos:
Me intere o por la sal MERCUROBROMO-OXIFLUORESCINA y de seo se
me remita libre de portes una muestra (frasco de un grano) para experimentación.*

Nombre

Dirección

Estado

CUPON

La Redacción no se hace responsable de
los conceptos vertidos por los autores

Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

NUEVA FORMULA DEL

GINESTRYL

FORMA BUCAL AL ESTADO DE DI-HIDRO FOLICULINA CRISTALIZADA

GOTAS y

Reg. 11317. D. S. P.

COMPRIMIDOS

Reg. 13987. D. S. P.



Una gota -
20 Unidades Internacionales

Un comprimido -
250 Unidades Internacionales

Representantes Exclusivos:

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Apartado 7541.

México, D. F.



**UN TRABAJO PERFECTO
GRACIAS AL
DERMOTROPHYL**

Pomada con suero hemopoyético - Extractos embrionarios
y pepsinas tratadas.

**Ulceras Varicosas - Quemaduras - Grietas del Pezón
Ulceras Atónicas.**

Reg. 6608. - D. S. P.

Representantes Exclusivos

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Apartado 7541

México, D. F.

La Piretoterapia en el Tratamiento de las Atrofias Ópticas de Origen Sifilítico.

Por el Dr.
LUIS SANCHEZ BULNES

El tratamiento de las atrofas ópticas sifilíticas es aún hoy día, un problema médico no resuelto; en principio, frente a una neuritis u atrofia óptica de origen sifilítico, la indicación es tratarla específicamente, pero ni los métodos hasta hoy empleados han dado resultados prácticos, ni se puede emplear en el caso especial que nos ocupa, cualquiera de los medicamentos específicos conocidos.

El empleo de los arsenicales es seguramente el más discutido, actualmente casi todos los oculistas están de acuerdo en lo funesto que es para las lesiones del nervio óptico cualquiera de ellos, especialmente la triparsamida que según Grinker ocasiona numerosos accidentes, no sólo en los casos de neuritis ópticas ya iniciadas, sino produciendo lesiones inexistentes.

El mercurio y el yoduro de potasio cuentan aún con numerosos partidarios, pero es sin duda el bismuto el que en estos casos ha dado los mejores resultados; las neuritis sifilíticas primitivas y las que se observan en algunos casos de sífilis cerebral, son favorablemente influenciadas por esta sola medicación. No sucede lo mismo en las atrofas ópticas que aparecen como com-

plicación de formas parenquimatosas de sífilis nerviosa (tabes dorsal, parálisis general), en las cuales lo único que parece haber producido ligeras mejorías es la PIRETOTERAPIA.

Pasando por alto los datos históricos sobre este procedimiento y la manera como obra la fiebre, por ser de todos conocido, me limitaré a mencionar los principales medios empleados para producir elevaciones de temperatura en el organismo, y a exponer algunos casos de atroñas ópticas sífilíticas tratadas personalmente con la vacuna antichancrosa DMELCOS.

Los métodos más conocidos, son: Malasioterapia, fiebre recurrente, sodokuterapia, diatermia, aceite azufrado, vacuna antichancrosa y vacunas tíficas.

La piretoterapia por la vacuna Dmelcos, es la que he empleado en mis observaciones, por vía endovenosa.

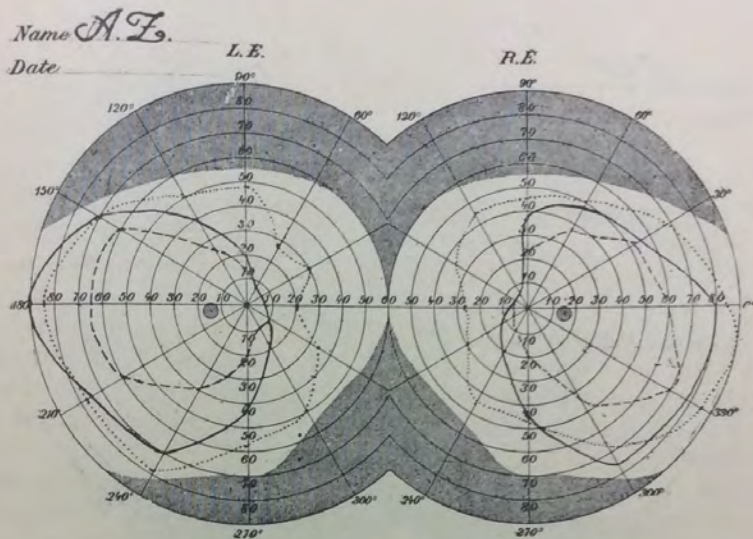
La solución debe agitarse en el momento de emplearla, tomando para la primera inyección una dosis no mayor de 100 millones de gérmenes (de 0.2 a 0.5 c. c. de la solución), según el estado físico del enfermo y los síntomas que presente. En la segunda inyección, si la temperatura producida por la primera fué de 40° o más, hay que repetir la misma dosis o aun disminuirla; si la reacción fué menor de 39° se aumentará la dosis en 75 o 125 millones de gérmenes (0.3 a 0.6 c. c. más que en la anterior); si fué de 39° a 39°9, sólo se aumentará de 50 a 75 millones. Para las siguientes inyecciones, la dosis será progresivamente creciente según la misma regla, hasta alcanzar 675 millones de gérmenes que es el contenido de la ampolleta más grande; después se vuelve a 225 millones y se aumenta progresivamente la dosis hasta llegar a la dosis máxima. Así se pueden repetir varias series, según la tolerancia del enfermo.

En mis observaciones he procurado repetir la misma dosis el mayor número de veces posible, siempre que la reacción térmica no fuera inferior a 39° y he logrado obtener series de 20 inyecciones antes de llegar a la dosis máxima (3 c. c. de solución).

Las inyecciones se repiten cada 4 días y el tratamiento se completa con el empleo del bismuto; ya aplicado por series consecutivas, o mejor aplicando la inyección de bismuto al día siguiente de la vacuna.

A las dos o tres horas de aplicar la vacuna, aparece un calor-frió creciente, hasta que la hipertermia alcanza su máximo (5 c

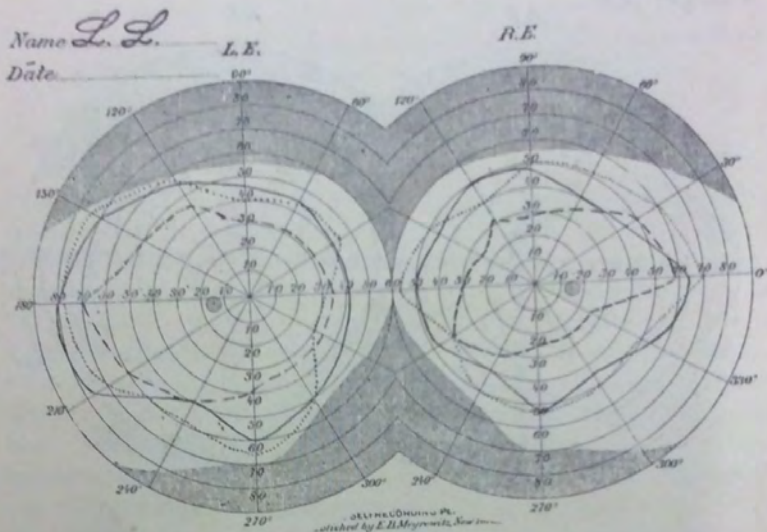
7 h. después); se acompaña de malestar general, náuseas, algunas veces vómitos, pulso frecuente, etc., la temperatura llega a 39° o 40°, se mantiene así una o dos horas y luego desciende en lisis.



Caso número 1.—A. Z.. Con tabes dorsal y atrofia del nervio óptico, con reacción de Wassermann positiva en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo.

Se le aplicaron 19 inyecciones de Dmelcos a dosis progresivas desde 1/10 de c. c. hasta 3 c. c., con temperaturas entre 39 y 39.6, luego se le aplicó una serie de inyecciones de bismuto.

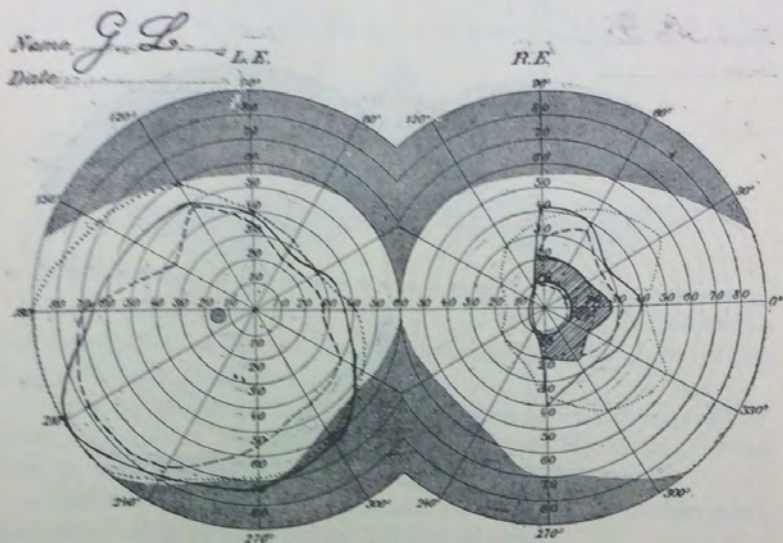
La agudeza visual después del tratamiento mejoró dos décimos en un ojo y permaneció igual en el otro, el campo visual también mejoró un poco.



Caso número 2.—L. L. Con tabes dorsal y atrofia del nervio óptico, con Wassermann positivo en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo.

Se le aplicaron 14 inyecciones de Dmelcos antes de llegar a la dosis máxima de 3 c. c., con temperaturas de 39 a 39.9. Al día siguiente de aplicada la vacuna se le ponía una inyección de Quimby.

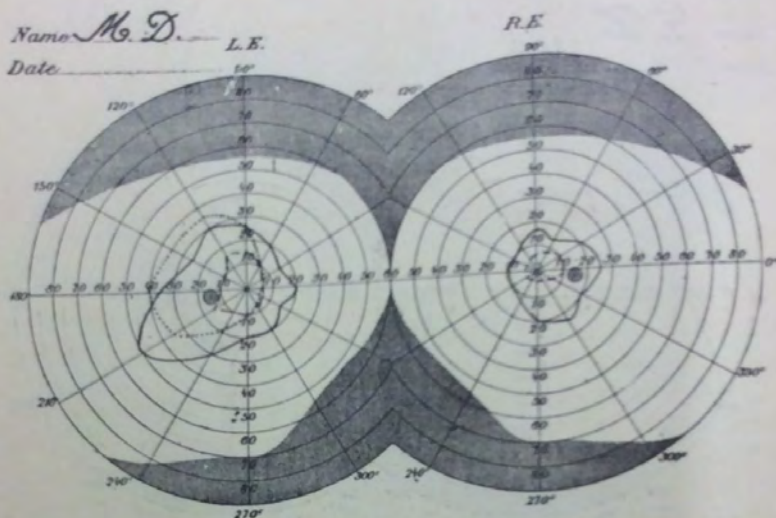
La agudeza y el campo visual se conservan sensiblemente iguales.



Caso número 3.—G. L. Con tabes dorsal y atrofia del nervio óptico, con Wassermann positivo en sangre y líquido céfalo-raquídeo.

Se le aplicaron 15 inyecciones de Dmelcos y 15 de Quimby.

La agudeza y el campo visual mejoraron ligeramente después del tratamiento.

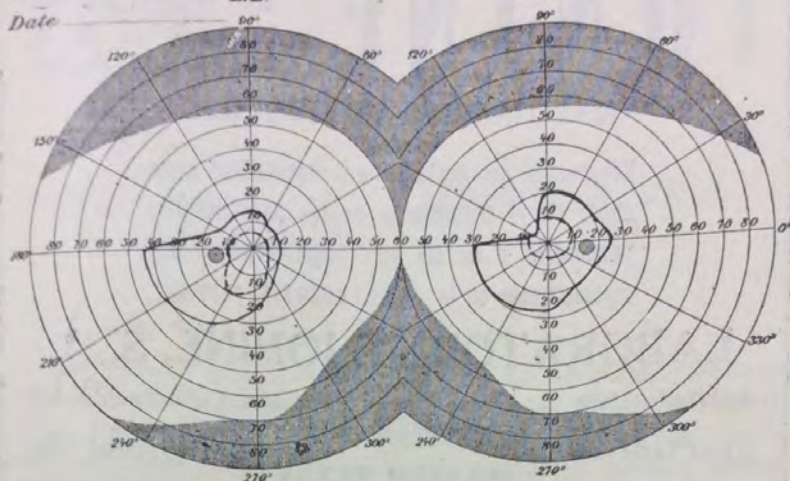


Caso número 4.—Con tabes dorsal y atrofia del nervio óptico. Wassermann en la sangre fuertemente positiva.

Se le aplicaron 10 inyecciones de Dmelcos, con temperaturas entre 38.8 y 39.4, con dosis máxima de $2\frac{1}{2}$ c. c. de vacuna. Después se le aplicaron tres series de Bismuthoidol.

Agudeza visual antes del tratamiento $\frac{1}{80}$ después de él, $\frac{1}{40}$ en un ojo y 0 en el otro.

Name *R. S.* L. E.
Date _____



Caso número 5.—R. S. Con diagnóstico de sífilis cerebral, con atrofia del nervio óptico. Wassermann positivo en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo.

Se le aplicaron 10 inyecciones de Dmelcos, con temperaturas entre 38.2 y 39.5, con dosis máxima de 3 c. c. de vacuna. Después se le aplicó una serie de Bismuthoidol.

Agudeza visual antes del tratamiento 1/10 en ambos ojos, después de él 2/10 en un ojo y 1/10 en el otro.

Según las estadísticas actuales, se puede considerar en las atrofias ópticas sífilíticas:

a).—Que la piritoterapia combinada al bismuto es a la hora actual el único tratamiento que da mejorías durables de la agudeza visual.

b).—Que en los enfermos tratados desde el principio del padecimiento, se logra en muchos casos una mejoría ligera.

c).—Que en los casos poco afortunados en que el tratamiento es instituido tardíamente, se ha detenido o por lo menos retardado la evolución fatalmente progresiva del mal.

d).—Que en ningún caso se acelera la aparición de la ceguera por influencia directa del tratamiento.

IONINE

AMPOLLETAS

Reg. D. S. P. No. 7089

J A R A B E

Reg. D. S. P. No. 7092

MEDICACION ANTIBACILAR

Reconocida por eminentes especialistas como eficaz en el tratamiento de los padecimientos pulmonares y de las vías respiratorias y muy especialmente en la tuberculosis pulmonar.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

Apartado 1999

Apartado 533

MEXICO, D. F., 10a. Calle Puebla, 193
LAREDO TEXAS, 2202 Zaragoza St.

Laboratorio del Dr. Gerardo Varela

Exámenes Bacteriológicos
Exámenes de Química Médica
Pruebas Funcionales, etc.

San Juan de Letrán, 24

Tel. Ericsson, 3-39-99

Edificio Cook

México, D. F.

El Testimonio de las Prostitutas, en Juicio. ^[1]

Por el Lic.
ALBERTO R. VELA

De un bello alegato, presentado por los abogados Gennaro Escobedo y Genunzio Bentini, como defensores de Olindo Fabbri y Luigi Servidei, traduje los párrafos que a continuación transcribo, por creer que ese trabajo tiene interés en nuestro medio jurídico, debido a que en el primero se hace un amplio y documentado estudio, respecto al valor probatorio que en juicio debe tener el testimonio de las meretrices, de esas desdichadas y trágicas mujeres a quienes la injusticia social, inmisericorde, condenó, sin darles la menor oportunidad de redención, a buscarse la vida, en un desesperado impulso del instinto de propia conservación, en ambiente de fango y de ignominia y por medios que la moral "standard", muchas veces por gazmoñería, reprueba y censura, sin reparar en que esa condenación es tan equitativa como la del vendedor de narcóticos que impusiera a sus víctimas la obligación de no salir jamás del estado de abyección, física y moral, en que fueron hundidas por el deseo de aquél de procurarse medios para la satisfacción de sus apetitos depravados.

Aunque no creo que los vicios y defectos, de orden psicológico, que en el alegato que traduzco se atribuyen a las mujeres, en general y a las prostitutas, en particular, sean exclusivos de ellas, sino por el contrario, que son comunes a todas las personas

(1) Traducido de "La Giustizia Penale — Il Codice e L'Esecuzione", correspondiente a los meses de febrero y marzo de 1933, por el Lic. Alberto R. Vela, Juez Penal.

que sé hallen con aquéllas en igualdad de circunstancias de todo género, excluidas las sexuales, para que no se piense que tengo el atrevimiento de pretender restar valor, con mis opiniones personales, a las muy autorizadas de los autores que en el trabajo se citan, deliberadamente me abstendré de hacer comentarios, dejando a quienes esto lean, en absoluta libertad de formarse la convicción que su propio criterio les dicte.

En la parte conducente, el alegato a que me refiero, dice así: "Las disposiciones del Derecho Romano que prohibían a las meretrices rendir testimonio, hallan justificación en los resultados más indiscutibles de la psicología moderna".

"No hay, en verdad, mujeres más falsas que las prostitutas. En ellas todo es falso: la sonrisa, el amor, la conciencia. Su misma condición las empuja irresistiblemente hacia la declaración falsa".

"Ya Mario Pagano, en la "Logica dei probabili", pág. 562, decía: "Las mujeres que públicamente se prostituyen por interés, no hacen fe con sus deposiciones, según la sabia disposición de la ley (3 y 8, f. f., de testib). ¿Qué probidad pueden tener esas mujeres, si no han sabido siquiera conservar los atributos esenciales de sus mismas personas y de sus propios sentimientos?"

"Y los pensadores modernos confirman ese criterio: "El hábito de la mentira es general en las mujeres públicas y se origina en la posición falsa en que viven y en su conocimiento del concepto en que se las tiene por la opinión pública: Eludiendo siempre algo, sea la autoridad paterna, sea las investigaciones judiciales o a la policía, acaban por falsear hasta las cosas más indiferentes". ("La donna delinquente" —Lombroso y Ferrero— pág. 565).

Escribe con gran exactitud Magnanini, (Contribución al estudio de la pseudología fantástica, Arch. de Medicina Legal, Vol. XXIII, pág. 590): "En realidad, me parece que la mendacidad sistemática linda con la pseudología fantástica. En efecto, tanto el embustero patológico, como las prostitutas, comienzan por mentir con el fin de procurarse alguna ventaja; ambos se encuentran en condiciones psíquicas anormales. Es notorio que la mayor parte de las prostitutas debe considerarse integrada por seres degenerados. La anomalía psíquica favorece la necesidad que estos individuos tienen de alcanzar sus propósitos por medio de

la mentira, fin ventajoso que tal vez de otra manera no podrían conseguir. Cuando se trata de los simuladores, que son los que fingen una enfermedad mental, sucede, cuando menos en algunos casos, que hacen esto precisamente porque son ya psíquicamente anormales, y que el esfuerzo que desarrollan para engañar a los demás, acaba por arruinar por completo, el ya quebrantado edificio de su psiquis. Lo mismo acontece con las prostitutas: la necesidad de mentir se transforma en ellas en costumbre y entonces pierden la exacta noción de lo que es verdadero y de lo que es falso”.

“Altavilla, en su “Psicología giudiziaria”, pág. 348, dice: “Las meretrices deben fingir y simular todo: Desde su nombre de bautismo, que por vergüenza cambian por otro de combate, hasta la sonrisa que florece en sus labios, aun cuando la tempestad más impetuosa las sacuda interiormente, y el recuerdo de un pasado honesto y la desalentadora obscuridad del porvenir, giman en su alma; desde el interés que fingen demostrar por la vida del primer desconocido con quien tropiezan, hasta el estrechamiento voluptuoso que simulan al contacto de caricias que no quieren recibir. ¡Todo, todo es artificio en ellas! Por esto puede decirse, con Carlier, que “la simulación y la mentira, son los defectos característicos de su oficio”.

“Se comprende, sin esfuerzo, que este hábito mental las conduzca fácilmente a testificar con falsedad o reticencia, especialmente en cuanto a los acontecimientos desarrollados en una casa de tolerancia, porque, entonces, a su particular deformación psíquica se añaden: el miedo de una fácil venganza, la preocupación de no disgustar a una clientela habitual que no debe sentir el temor de tenerla alguna vez como testigo y, en fin, la solidaridad de ellas con los delincuentes”.

“Se debe aun tener en cuenta el escaso concepto que todas las mujeres tienen de la justicia en general”.

“Las mujeres, escribe Schopenhauer, son piadosas, pero son inferiores a los hombres en todo lo que se relaciona con la justicia, la rectitud y la más escrupulosa probidad. Por este motivo, la injusticia es el principal defecto femenino. La causa de esto es la debilidad de su criterio y, lo que agrava todavía más el defecto es que la Naturaleza, al privarlas de la fuerza, las compensó con la astucia”.

“Si se abandonasen los delincuentes a las mujeres, —escribe Leroux—, en el primer momento de la ira, los matarían a todos, pero pasado ese momento, dejarían a todos en libertad”.

“Por lo demás, es un hecho que todos hemos podido observar, las mujeres no sienten, exceptuando ciertos graves delitos de sangre, un gran horror por los delitos, especialmente por los hurtos y fraudes, que no las afectan directamente o que no hieren a algún amigo o pariente suyo, y que, cuando se da noticia de una condena, su primer impulso es pensar, compasivamente, en la gravedad de la pena y en la familia del condenado”.

“Estas deficiencias, características y difundidas en todo el sector femenino, se agravan, naturalmente, en las mujeres que, por el ambiente falso y engañoso en que se ven constreñidas a vivir, deben sentirse desterradas del consorcio civil”. (G. Doná, “La testimonianza nel fatto comune e nelle vicende giudiziaria”, pág. 43”).

“Fiore en “Il valore psicologico delle testimonianze”, concluye: “Ciertamente, es norma elemental de la psicología judicial, tener presente que el testimonio femenino puede ser alterado, además de por innumerables circunstancias de carácter psicológico individual, también por el mero dato del sexo”.

“En un caso ocurrido hace tiempo, —escribe Gross en “Posizione giudiziaria”, pág. 47—, se quiso atribuir a un aldeano rico, pero poco inteligente, la paternidad de una criatura, la que él negaba. La madre y la abuela del niño, en la querrela que él formuló por calumnia, invocaron el testimonio de una mujer de quien ellas pretendían declararse una circunstancia falsa. Pero esa señora se rehusó en el último momento y envió su propio citatorio a otra mujer menos escrupulosa. Yo pude, por medio de un interrogatorio muy minucioso, y por la excitación de la pseudo-testigo respecto a cosas que habría debido saber, darme cuenta de la substitución de testigos”.

“El disimulo y la mentira, —escribe Garlier, en “Les deux prostitutions”—, son los defectos característicos del oficio”.

“El mismo relata la historia de una meretriz que se había hecho inscribir en el registro, con el nombre y documentos de una prima de ella. “Habiendo sido buscada por sus parientes con motivo de una herencia y porque la autoridad sospechó de ella con justificación, a pesar del nombre fingido, fué mandada lla-

mar. Interrogada, negó resueltamente. Comprobada en ella una señal física especial, indicada por los parientes, negó aún. Se le prometió que se ocultaría a sus familiares el oficio a que se dedicaba y se la hizo considerar lo ventajoso que para ella resultaba la herencia, muy cuantiosa, pero todo fué en vano. Se la mandó a la prisión de San Lázaro, sin poder sacarla de su negativa, hasta que, habiendo llegado un hermano suyo, no pudo abstenerse de abrazarlo, confesando que hasta entonces había mentido, sin dar otra explicación de su obstinada e irracional actitud, que esta: "No quería decirlo". ¡Tanto así había hecho presa de su ser la costumbre de mentir, en el triste ambiente en que vivía!"

"Además de eso, las características que Parent Duchatelet descubre igualmente en la generalidad de las prostitutas, son las siguientes: ociosidad, ineptitud para el trabajo y ligereza".

"Ahora bien: es necesario no olvidar que la ociosidad y la ineptitud para el trabajo, son defectos orgánicos producidos por una constitución psicopática, según la teoría de Benedikt, o por enfermedad de la voluntad o por debilidad de la atención, según la teoría de Ribot".

"La falta de atención, innata o adquirida, produce siempre el mismo efecto: deficiencia de la declaración testimonial, tanto por percepción incierta, como por memoria débil o por insuficiencia de evocación".

"Este defecto de la atención depende, también, del hecho de que ningún interés mueve a la prostituta a ocuparse de cuanto sucede fuera de su ambiente ordinario, en cuyos casos es posible que falte hasta la curiosidad instintiva, común a todas las mujeres y muy desarrollada en las de bajo nivel intelectual".

"Hay categorías de testigos, —escribe Gorphe en "La critique du temoignage"—, que viven en ambiente de vicio, que tienen hábitos de simulación y de trapacería: tales son las prostitutas y los malhechores. Unas y otros permanecen al margen de la sociedad normal organizada".

"Dattino, ilustre Magistrado de nuestra Suprema Corte de Justicia —(se alude a la de Italia)—, en su trabajo "La psicologia dei testimoni", escribe: "¿qué se dirá, después, del testimonio de las prostitutas? "Este capítulo no se ocupa de los que declaran cosas falsas con mala fe. Si se quisiera hablar de esto,

debería hacerse mención, en primer lugar, de las prostitutas. La delincuencia innata, de la cual muchas de ellas están saturadas; la facilidad que tienen para convertirse en esclavas de explotadores y malvientes y, muy especialmente, el odio ciego que, por despecho, rugé en el fondo de su alma contra toda la sociedad de la gente honesta, son las causas principales por las cuales éstas desventuradas se ven inducidas a mentir”.

“El presente capítulo no se detiene, tampoco, en la categoría de los testigos que deponen en falso por vicio mental; entre ellos, algunas veces, se encuentra la caravana dolorosa de las prostitutas, a quienes, los vicios hereditarios, los abusos alcohólicos, los accesos histéricos, la constitución epiléptica o la adquisición de lúes sifilíticas, ofuscaron la inteligencia y la conciencia”.

“Yo aquí trato sólo de los testigos que, a pesar de ser sanos y sin darse cuenta de ello, alteran la verdad. Pues bien, lo mismo en esta categoría, la prostitución ejerce su influencia”.

“Y el profesor Valescchi, en “Delle falsità in giudizio”, pág. 32, expresa: “Me refiero, para completar el argumento, a las prostitutas, para quienes, como mujeres, tienen validez las razones antes expresadas, pero será muy conveniente tener en cuenta los defectos orgánicos que constituyen, no otra cosa, que la predisposición y el estímulo, sea que se siga la teoría de Benedikt, (“Annales d’Hygiène”), quien ve en ellas una constitución psicopática, o la de Ribot, —(Psychologie de l’attention), quien descubre en las mismas, por el contrario, una enfermedad de la voluntad y debilidad de la atención”.



NOTAS SINTETICAS.

Por el Dr.
JUAN PEON DEL VALLE.

LA ECFORIA EN EL LACTANTE.

La primacía de la carga afectiva en el paso del engrama al campo de la conciencia, queda demostrada —por si no lo estuviera ya sobradamente— al observar la génesis de los procesos psíquicos del infante. El matiz agradable o desagradable de todo proceso mental, está ligado a la primera impresión afectiva o a la más intensa y, de entonces en adelante, cuantas veces se presente el mismo fenómeno intelectual u otro cuya asociación ideativa produzca la misma descarga afectiva, el tono eufórico o ca-cofórico será idéntico.

S. P., niña de cinco meses, recibía como primer alimento jugo de naranja o de tomate y leche materna; para este primer alimento generalmente se la despertaba, y como sabemos que el placer de alimentarse (bien sea por la explicación freudiana de la succión o la más simple y lógica de la satisfacción del apetito), es uno de los goces primarios, queda sentado que ese momento se ligó para siempre en ella a un sentimiento de agrado. Ahora bien; se observó que en cuanta ocasión veía su cara en el espejo, sonreía mostrando un contento inefable; como esto sucedía desde los tres meses, y a esa edad es imposible que supiera si era su semblante el que veía y ni aun las sensopercepciones visuales están bien diferenciadas, hubo necesidad de relacionar ese hecho a alguno más comprensible. Desde los tres meses hasta los doce, (pues a partir de los cinco meses la observación se hizo más cuidadosa), siempre le produce contento un espejo, y trata de tocarlo con su manita. He aquí la causa: El padre de la niña, siempre que la sacaba de su camita y la entregaba a la madre para que le diera el primer alimento, la detenía un momento frente al espejo, le sonreía y la acostumbró a tocarlo con la manita. Por eso, en la mañana, en cuanto la sacan de la cama, busca el espejo con la mirada y, cuando lo encuentra, sonríe

con alborozo; se ha logrado el mismo fenómeno mostrándole una naranja o la botella. El espejo era el estímulo del proceso de euforia (espejo-alimento-placer). Si esta observación no se hubiera hecho desde la temprana edad de cinco meses, el gozo del espejo se habría atribuido a la coquetería natural de las niñas.

A. R., niña de cinco años. Conoció durante la lactancia a un sujeto N. N., por el que no podía sentir más que indiferencia, debido a que éste sólo iba amenudo a comer con sus padres y nunca se ocupó especialmente de ella. Dejó de verlo con frecuencia. Cuando tenía ya cuatro o cinco años, cada vez que veía a ese mismo sujeto, la niña corría a su encuentro, lo besaba y manifestaba estar muy contenta. La causa: simple asociación de ideas con carga afectiva de contento. En efecto, en la época en que aquel sujeto iba a la casa de la niña, ésta era hija única, sus padres eran felices, había, en fin, muchos motivos agradables; después, el padre puso un negocio en el cual la madre tenía que trabajar mucho, lo que agrió a ésta el carácter y reñía o golpeaba a la hijita por pretextos baladíes; además, tuvo varios hermanitos, y su padre, en vez de consentirla como antes, la obligaba a aprender muchas cosas para vanagloriarse ante los demás de tener una "niña precoz". Todo esto constituía para A. R. un medio menos amable que el de cuando tenía uno o dos años de edad, y como en esa época N. N., visitaba su casa con frecuencia, ahora cada vez que lo ve el proceso de euforia lleva una carga subconsciente mezclada de contento y cariño. . . no por N. N., sino por el pasado concomitante.

S. C., niño de un año. Cuando tenía tres meses, lo habitual era que sus padres lo incorporaran para darle el alimento, y que lo acostaran en decúbito dorsal cuando estaba llorón, acompañado esto de regaños, o cuando lo tenían que dejar solo. Hasta la fecha, en que ya empieza a andar, balbutir, etc., casi siempre que se le acuesta, llora, y cada vez que se le incorpora, se alegra.

CELEBRACION DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL.

Definitivamente se ha pospuesto el Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, que debía celebrarse el año en-

trante, para el 27 de julio de 1936, el cual se efectuará en París, bajo la presidencia del Dr. Edouard Toulouse. Este acuerdo fué tomado por el Comité Ejecutivo del Congreso que se verificó en el Hospital "Henri Roussel", y ha sido dado a conocer por el Sr. Clifford W. Beers, Secretario General de dicho Comité.

ENFERMEROS ESPECIALIZADOS.

En 1929, siendo Director del Manicomio General de La Castañeda, Mixcoac, (México, D. F.), el Dr. Samuel Ramírez Moreno, por iniciativa de éste, presentaron los Dres. José Gómez Robleña y Matilde Rodríguez Cabo, un proyecto de cursos de enfermería psiquiátrica para los vigilantes y enfermeros del frenocomio, que fué aprobado y establecido por la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Los cursos deberían impartirlos gratuitamente los profesores honorarios, y serían: un curso preliminar, un primer curso de clínica de enfermería psiquiátrica y un segundo curso. El Curso Preliminar estuvo a cargo de los Dres. Ismael Martínez Sotomayor y Juan Peón del Valle, pues la gran cantidad de alumnos ameritó formar dos grupos; el Primer Curso, quedó a cargo de los Dres. Francisco Elizarrarás y Luis Vargas; y el Segundo Curso, lo daban los Dres. Samuel Ramírez Moreno y José Gómez Robleña. A pesar de los buenos resultados que se obtuvieron, más tarde fueron suprimidos esos cursos, al dejar el Dr. Ramírez Moreno, la Dirección del Manicomio General. En apoyo de su reimplantación tenemos, a más de la experiencia en nuestro medio, la que desde 1930 existe en el Perú. En efecto, en el Boletín de Higiene Mental que dirige el Dr. Baltasar Caravedo, de Lima, Núm. 8, año II, septiembre de 1934, leemos con gusto los buenos resultados obtenidos en la Escuela Mixta de Enfermeros Especializados en Psiquiatría, anexa al Hospital "Victor Larco Herrera", de Magdalena del Mar. En otros países también se obtienen beneficios para los enfermos con esas clases de enfermería especial.

LA UNICA NOVEDAD ES OBJETABLE.

El viejo concepto, sostenido en Francia principalmente por Régis, en España por Juarros, en Alemania por Merklen, en México por Peón del Valle padre, etc., del origen tuberculoso en la

demencia precoz, ha sido resucitado, después de muerto y sepultado, pero ahora, en apariencia, para pasar del campo hipotético y puramente clínico, al campo anatómico y fisiopatológico y de comprobación de laboratorio. En realidad, la única novedad está en la terapéutica: añadir, en el origen colibacilar y tuberculoso, la crisoterapia a la piritoterapia. Con perdón de los sabios, esta única novedad, es objetable. Ya se ha discutido bastante entre nosotros (como entre los extranjeros), el papel de la fiebre en la tuberculosis; recuerdo la ironía con que replicó mi padre la tesis del Dr. Eduardo Lamicq ("El Observador Médico", 1906), y lo que quedó del mentado respeto a la fiebre; puede compararse a los versos dizque de Rodrigo Caro:

Estos Fabio ¡ay dolor! qué vez ahora
Campos de soledad, mustio collado,
Fueron un tiempo Itálica famosa...

A los que soñaban con la piritoterapia de la demencia precoz cuando se consideraba ésta criptogenética, se les podría recitar los versos de Boscán:

Dulce soñar y dulce congojarme
Cuando estaba soñando que soñaba;
Dulce gozar con lo que me engañaba
Si un poco más durara el engañarme.

Pero, señores míos, ahora que se atribuye a los bacilos Coli y a los de Koch el cuadro esquizofrénico ¿no resultará una pesadilla peligrosa la piritoterapia?

UN BELLO EJEMPLO.

Lo ha dado el Prof. Julio Endara, catedrático de Clínica Psiquiátrica y Neurológica en la Universidad Central de Quito, Ecuador. La publicación de los "Trabajos del Curso Escolar 1932-33", en los Archivos de la Facultad de Ciencias Médicas, (Vol. IV), es un estímulo para el estudio y una prueba de que todavía hay profesores con talento y con alma de Maestros. Prueba también que las juventudes sudamericanas tienen empuje y aptitud. Algunos de los trabajos cumplen todos los requisitos para llamarse científicos: observación, experimentación, interpretación, aplicación.

CONTRIBUCION IMPORTANTE A LA TERAPEUTICA DEL ALCOHOLISMO.

La tesis recepcional de 1934 de José Ayala Arredondo, inspirada en los trabajos de Bodardt en Bélgica y de Tena Ruiz en México, titulada "El Clorhidrato de Emetina en el Tratamiento del Alcoholismo Crónico y de su episodio agudo, el Delirium Tremens", merece un aplauso por lo oportuna, novedosa y útil. Todo cuanto se haga por abatir esa toxicomanía colectiva generalizada, esa psicosis universal miserablemente tolerada y raquítidamente combatida, es digno de encomio. Ya que no podemos evitar el vicio o la enfermedad, luchemos por aliviar a esos desgraciados con todas las armas legítimas.

LA IDENTIFICACION DE LOS ENFERMOS MENTALES ASILADOS.

Tema viejo, también. Pero es necesario volver sobre él. Los ficheros de nuestros manicomios son anticuados y no llenan su objeto. Una simple fotografía del enfermo y los datos que él o sus familiares dan en la oficina de admisión, no bastan para identificarlo. Llegan a veces enfermos en mutismo absoluto, o adquieren el mutismo después, o reticentes, o sin familiares que los identifiquen, o bien da el enfermo un nombre y después responde por otro; además, entre los mestizos, el retrato de uno puede parecer el de otro. No acabaríamos si tuviéramos que señalar la deficiente catalogación de enfermos en nuestros manicomios. Desde 1929, decía el Director del Laboratorio de Antropología Penitenciaria de la Habana, ("Revista de Psíqu. y Neur.", Tomo I, Núm. 3, **La Identificación de los Alienados**, por Israel Castellanos): "Está muy generalizada la creencia de que la identificación personal es una función meramente policíaca". Demuestra que fueron biólogos los creadores de la identificación personal, que "no es producto de la lucubración genial de un policía, sino fruto razonado de pacientes investigaciones, verificadas por hombres de ciencia", que "existe una **dactiloscopia clínica**, estrictamente médica". Por tanto, un servicio identificativo en un manicomio, no es impropio, ni médica, ni jurídicamente. Ya lo

dijo Giuseppe Falco: "La identificación personal es función médico-legal". Ese servicio existe ya en multitud de instituciones norteamericanas. Mazorra, de la Habana, es el primer manicomio del mundo donde se ha establecido un Gabinete Dactiloscópico. Lo pedimos para México. Lo exige la tendencia científica y avanzada que persigue en la actualidad la Beneficencia Pública.

TOPICOS NOSOCOMIALES.

Praxiterapia y Laborterapia.—En este aspecto de la terapéutica de los enfermos mentales, México ha adelantado algo. Siendo médico del Pabellón de Enfermos Trabajadores, el Dr. Gómez Robleda, se fundó el campo deportivo y se establecieron diferentes labores, en el Manicomio General. Las escuelas y talleres han hecho en este establecimiento más que los medicamentos; los muchos profesores, mucho más que los pocos médicos con que cuenta la numerosa población enferma del Manicomio de La Castañeda. Es insuficiente el número de médicos, pero es casi suficiente el de profesores, y, aunque éstos deberían estar asesorados por el médico, éste no puede centuplicarse y mucho menos por el sueldo que percibe. Más lógica es la distribución de talleres en el Asilo de Alienados de Oliva, (Córdoba, Rep. Argentina), pero no podemos compararnos todavía con Brasil y Argentina en asuntos de Psiquiatría; México tiene un puesto eminentísimo en Cirugía, pero no lo tiene en Psiquiatría, porque ha tropezado con obstáculos tremendos. Aquí, por ejemplo, sería imposible establecer el tratamiento de los enfermos en casas particulares adecuadas, en colonias de alienados, como en Uruguay y Argentina.

Organización en los Manicomios. Ojalá no esté lejano el día en que alguno de nuestros psiquiatras distinguidos logre el establecimiento de un frenocomio modelo, pues en nuestro Manicomio General, las necesidades del presupuesto y los vaivenes de la política, no permiten a los escasos médicos con que cuenta, organizar debidamente los servicios. Es doloroso, pero podría decirse lo que dijo el Dr. Recio y Forns, a propósito de un "Plan Técnico de Hospitalización" en la Habana: "No existe la menor clasificación ni la más elemental forma científica de hospitalización". Por ejemplo, para hacer estadística en La Castañeda,

(México), hay que proceder como en Mazorra, (Cuba): ¡revisar todos los historiales de los enfermos! El Dr. Rodríguez Machado, decía en 1930, ("Rev. de Psiq. y Neur. de la Habana", tomo 1, Núms. 9-10), que si no se puede juntar a todos los melancólicos y a todos los esquizofrénicos, v. gr., en cambio sí a los epilépticos. Ejemplo de clasificación en el Pabellón de Observación, para su ulterior distribución: agudos, crónicos, epilépticos, médicos, quirúrgicos, pensionistas, presos y niños. Otro aspecto interesante, es el asunto de las fugas de los alienados. Próximamente trataremos ese tema en esta Revista.

NUEVA SECCION.

A cargo del Director Dr. Ramírez Moreno, quedará la sección titulada "Alienistas y Frenocomios de Hispanoamérica". En ella nuestra Revista hará labor de divulgación, de acercamiento, de información y de conmemoración. Aparecerán notas biográficas de nuestros primeros especialistas: Peón Contreras, Ruiz Erdozáin, Lazo de la Vega, Peón del Valle, Alvarado; notas históricas y descriptivas de nuestros Manicomios: Cholula, Zappopan, etc.; datos de los psiquiatras y asilos de Centro y Sur-América, etc. Esto vendrá a llenar una necesidad, el conocimiento de lo nuestro, y un fin noble, el tributo a los nuestros.

"OBSESO".

En el periódico "Criminalia", año II, número 2, octubre 1934, el culto abogado Carlos Franco Sodi, con el título de "Obseso", relata en forma amena y elegante, la historia de un criminal. No da a los vocablos el valor que le asignamos en Patología Mental (por ejemplo, el concepto de obsesión), pero sí da una interesante interpretación de la génesis del acto delictuoso, engendrado por choques psíquicos en la infancia e incubado por complejos subconscientes.

LA HISTORIA DE CLINICA CRIMINOLOGICA.

De mucho interés para nuestros colegas del Consejo de Defensa y Prevención Social, para jueces y médico-legistas, debe ser el artículo que el Dr. Osvaldo Loudet, publica con aquel título

en la "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal" de Buenos Aires, junio 1934, año XXI, número 123. Especialmente los esqueletos y machotes que se usan en la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, Instituto de Criminología, para las historias clínicas criminológicas, creo que serían dignos de adoptarse aquí, con las modificaciones correspondientes. Las conclusiones a que llega el Prof. Loudet, son las siguientes:

1º—El estudio científico del delincuente mediante el método experimental (antropológico-clínico), debe objetivarse en una "historia de clínica criminológica".

2º—La historia de clínica criminológica es una investigación cronológica de los factores endógenos y exógenos que llevan a un sujeto al delito, considerado este último, como un fenómeno biológico-social.

3º—Las etapas de dicha historia, deben ser en sus grandes líneas, las de una historia de clínica médica, en el sentido de integrar una "anamnesis" antropológica y social; un "estado actual", la personalidad fisio-psíquica del delincuente y su sintomatología antijurídica: el delito; y la evolución ulterior del sujeto bajo la acción del tratamiento penitenciario.

4º—El levantamiento de dicha historia, en sus dos primeras etapas, deben efectuarla peritos médico-legistas y ser previa al juzgamiento criminal. Después de la sentencia, la historia debe completarse en los establecimientos de reforma, para la mejor individualización del tratamiento.

5º—Todos los establecimientos penales deben adoptar el mismo modelo de historia criminológica, a los efectos de organizar una estadística científica y uniforme de la criminalidad.

EL DOCTOR FRANCISCO C. CANALE.

Escribo estas líneas embargado por un dolor profundo y sincero: el fallecimiento del doctor Canale. No sólo por los recios lazos de amistad que lo unieron con mi padre, quien lo preceñó en la tumba 25 años ha; Rafael Silva, Peón del Valle, Sánchez Gavito, Canale... fueron buenos compañeros y eminentes alumnos durante la carrera y se disputaron lealmente las mejores notas en la Facultad de Medicina. No sólo por la gratitud que como discípulo le profesé; fué mi maestro de patología del

sistema nervioso, puso en sus lecciones sabiduría, bondad, experiencia. No sólo como médico, expreso la pena por la pérdida del doctor Canale: Sino como mexicano y como hombre, y especialmente en nombre del personal de esta Revista. En efecto; no hay muchos ejemplos como el del preclaro desaparecido, modelado en el formidable crisol del pasado. Dijo bien el Dr. Leopoldo Escobar, Canale fué "hombre del pasado"; realmente fué superior, no se contaminó con esta época disolvente, desorientada, de sabor oligotímico.

Su cátedra fué enseñanza; su ejercicio clínico, consuelo; su hogar, cristianismo; su criterio, amplitud; su cerebro, rectitud; su corazón, bondad.

Por eso, sin ocupar puestos oficiales de gran importancia en el momento de su muerte, se vió rodeado de una pléyade de asistentes entristecidos en verdad; por eso, la muerte no triunfó, y, como dijo uno de los oradores, no pudo matarlo en nuestros corazones; por eso, siempre vivirá.

El doctor Canale, nació en Guaymas, Sonora, en 1874. Se graduó de Médico Cirujano, en la Facultad de México, en 1897. Fué profesor de Patología Interna y de Clínica Propedéutica Quirúrgica en nuestra Universidad, Secretario de la Escuela Nacional de Medicina, profesor de Historia General y de Botánica en la Escuela Nacional Preparatoria, médico del Hospital Juárez, Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia de la Lengua, correspondiente a la Española y de otras muchas asociaciones científicas y literarias. Buen conocedor del griego y del latín, culto viajero y, en fin, médico y cirujano completo, —como su gran amigo, nuestro llorado maestro, don Fernando Zárraga— y, además, enciclopedista.

Mucho dió y mucho se esperaba de él todavía.

Su pérdida es irreparable.

CLINICA DEL DR.

SAMUEL RAMIREZ MORENO

ENFERMEDADES MEN-
TALES Y NERVIOSAS

1a. Calle de Génova, 39

T E L E F O N O S :

Eric., 4-20-62 Mex., L-72-30

M E X I C O , D . F .



EDIFICIO PRINCIPAL Y EL ANEXO PARA SEÑORAS