

REVISTA MEXICANA DE
PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA
Y MEDICINA LEGAL



Propiedad de la **BIBLIOTECA CENTRAL**
Academia N. de Medicina
de México

SUMARIO:

DIFERENCIAS DE LA SUSCEPTIBILIDAD
CONVULSIVA EXPERIMENTAL EN EL
PERU Y EN LOS PAISES EUROPEOS.
—Por *Federico Sal y Rosas*.

CONTRIBUCION EXPERIMENTAL A LA
PATOGENIA DE LA EPILEPSIA Y DE
LA HISTERIA.—Por *Federico Sal y Rosas*.

NOTAS SINTETICAS.

VOL. X

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 58

1º DE NOVIEMBRE DE 1943.

MEXICO, D. F.

ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

ANTI - INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampollitas de 5 c. c.

FORMULA:

PLATA COLOIDAL ELECTRICA	0,00225 Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO.....	0,00025 "
Goma arábica purificada.....	0,05 "
Glucosa pura	0,2375 "
Agua destilada, e.b.p.	5 c. c.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Para los ADULTOS, una inyección de 5 a 10 c. c. intramuscular o endovenosa todos los días o de 2 en 2 días.

Para los NIÑOS, 1 c. c. por año de edad.

Reg. Núm. 4186. D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

●
Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS
64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres. París, Francia.

●
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Ave. Chapultepec, 276.

MEXICO, D. F.

Apartado 399

El tratamiento arsenical

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

por:

el Acétylsarsan

*rigurosamente indoloro
discreto, fácil
neurotónico y eutrófico*

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

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

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC frères et USINES DU RHONE

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

BREVILLÉ

VITAMINA

B₁

Simple 0.02 Gr.

Fuerte 0.05 Gr.

Extrafuerte . . 0.25 Gr.

"HORMONA"

a precios razonables



Neumopiridina "Hormona"

20 Tabletas de 0.50 Gr. de Sulfopiridina



Laboratorios Hormona, S. A.

Laguna de Mayrán, 411

México, D. F.

LA SOLUCION
DE SALICILATO
DEL DR. CLIN
SE ADAPTA A TODAS LAS
POSOLOGIAS.

LA ACTIVIDAD DEL
SALICILATO DE SOSA CLIN
QUEDA CONSAGRADA POR LA
FRECUENCIA DE LAS
PRESCRIPCIONES.

REG. N° 7290, D. S. P.

5409-1054

HECHO EN MEXICO POR
WALTZ & Cia, S. en C.
BALNERAS N° 133 MEXICO, D.F.



VALERIANATO PIERLOT

Reg. Núm. 5453. D. S. P.

Prop. Núm. 2847

**SEDANTE DEL SISTEMA NERVIOSO Y ANTIESPASMÓDICO
EFICAZ INOFENSIVO**

ES NEUROTROPO

SE FIJA CON PREFERENCIA EN LA SUPERFICIE
EXTERIOR DE LA CELULA NERVIOSA

TIENE TODOS LOS PRINCIPIOS SEDATIVOS
DE LA VALERIANA OFICINAL

, ACTIVO — SEDATIVO

AYUDA A RESTABLECER EL EQUILIBRIO DEL SISTEMA NERVIOSO

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.
Rhin Núm. 37. México, D. F.

B - E N D O - V I T

VITAMINA B₁

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B₁ POR C. C.

Reg. D. S. P. 23402



LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

INSURGENTES Núm. 35.

MEXICO, D. F.

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas

Funcionales - Metabolismo Basal

Vacunas Autógenas - Antígeno metílico tuberculoso

Eric. 13-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República Núm. 52

MEXICO, D. F.

Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS
A 0,10, 0,05 Y 0,01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

N° 3467 D. S. P.

CALCIO DIURETINA "KNOLL"

Medicamento cardiovascular bien tolerado.

FUERTE DIURETICO,

Especialmente indicado en los casos de:

Debilidad del miocardio, espasmos vasculares, hipertensión

Es un medicamento de especial importancia para aquellos casos en que está indicado el uso prolongado de un preparado de teobromina.

CALCIO DIURETINA "KNOLL"

(Tubos de 20 tabletas de 0,05 gramos)

Registro Núm. 9204, D. S. P. Prop. Núm. 10013

DEPTO. CIENTIFICO "KNOLL"
Apartado Postal 8619

Atenas, 4.
México, D. F.

Esta empresa opera bajo el control de la Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

POMADA "MERCK" DE EFETONINA

En las afecciones nasales, rinitis vasomotora, resequedad de la nariz provocada, por ejemplo, por la calefacción, viajes en automóvil, etc.

También de máxima utilidad en las sinusitis y después de operaciones de la cavidad naso-faríngea

Usese exclusivamente por prescripción médica.

MERCK-MEXICO, S. A.
Sección Científica

Apartado 8619
México, D. F.

"Efetonina": marca reg. Reg. N° 6829, D. S. P. Prop. N° 6513

Esta empresa opera bajo el control de la Junta de Administración y Vigilancia de la Propiedad Extranjera.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN X. NUM. 58. 1º DE NOVIEMBRE DE 1943. MEXICO, D. F.

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

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella, pueden enviar su dirección para que se les remita. A los que cambien su dirección se les suplica lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova número 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

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

**TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A:
SECCION EDITORIAL - LUIS A. HERRERA**

GENOVA, 39.

MEXICO, D. F.

Propiedad de la
**Academia N. de Medicina
de México**

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

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

RAMAS AFINES

Neuro-Endocrinología: Dr. Fernando Ocaranza. Histología del Sistema Nervioso: Prof. I. Ochoterena. Psicopedagogía: Dr. Lauro Ortega. Criminología: Dr. José Gómez Robledo. Neuro-Cirugía: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández. Higiene Mental: Dr. Fernando Rosales. Psiquiatría Infantil: Dr. Manuel Neimann. Paludoterapia: Dr. Luis Vargas. Toxicomanías: Dr. Juan Peón del Valle y Varona. Terapéutica del Sistema Nervioso: Dr. Antonio Tena. Neurología Ocular: Dr. Raúl A. Chavira. Fisioterapia: Dr. Guido Torres Martínez. Laboratorio: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lesama. Psiquiatría Jurídica: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

Distrito Federal: Dres. José León Martínez, Arturo Baledón Gil, Antonio Tena Ruiz y Miguel Lavalle. Aguascalientes: Dr. Salvador Martínez Morones. Campeche: Dr. Tomás Quijano. Coahuila: Dr. M. Elizondo C. Chihuahua: Dres. Carlos González Fernández y Roberto Castañeda. Durango: Dr. José Peschard. Guanajuato: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado. Guerrero: Dr. Alejandro Aguirre. Hidalgo: Dr. José Efrén Méndez. Jalisco: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva. Morelos: Dr. Carlos Merino E. Nuevo León: Dr. Manuel Camelo. Oaxaca: Dr. Fernando Bustillos. Puebla: Dres. Ignacio Rivera Caso y Gustavo Domínguez V. Querétaro: Dr. Salvador López Herrera. San Luis Potosí: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundía. Tamaulipas: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza. Tabasco: Dr. J. A. Mansur. Veracruz: Dr. Vicente Ortiz Lagunes. Yucatán: Dr. Eduardo Urzáiz. Zacatecas: Dr. Arnulfo Rodríguez.

COLABORADORES EXTRANJEROS

Argentina: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr. Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey, Dr. Mario A. Sbarbí y Dr. Julio R. Obiglio. Brasil: Dres. Plinio Olinto, Heitor Peres, José Mariz, José Lucena y Armando Neves. Cuba: Dr. Manuel Galigarcía. Costa Rica: Dr. Roberto Chacón Paut. Chile: Dres. Juan Garafulic, Isaac Horvitz, Iturra Moreira y Quiroga Arenas. Ecuador: Dr. Julio Endara. España: Dr. Antonio Torres López. Estados Unidos: Dres. I. S. Wechsler, M. M. Kessler, G. S. Waraich, William C. Menninger, Ralph M. Fellows, Leo Stone, Karl Menninger, Maurice N. Walsh y Charles A. Burlingame. Francia: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Genil-Perrin, Dr. Paul Schiff, Dr. Ajuriaguerra y Dr. Hadji-Dimo. Islas Filipinas: Dr. Sixto de los Angeles. Nicaragua: Dr. Emilio Lacayo. Perú: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo. Uruguay: Dr. Antonio Siccó y Dr. Elio García Ausst. Venezuela: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

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.

Diferencias de la Susceptibilidad Convulsiva Experimental en el Perú y en los Países Europeos



BIBLIOTECA
CENTRAL

COMUNICACION A LA SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIA-
TRIA Y MEDICINA LEGAL, SESION DEL 7.IV.43

Por FEDERICO SAL Y ROSAS.

Habiendo experimentado en estos últimos 5 años acerca del umbral convulsivo ante el Cardiazol en unos 240 enfermos, hemos comparado nuestros resultados con los de numerosos autores extranjeros que han realizado parecidas investigaciones en el intento de aplicar el método de *Von Meduna* al diagnóstico de la epilepsia. Un hecho que nos ha llamado la atención y constituye el tema de este trabajo es el siguiente: los valores del umbral convulsivo verificados por nosotros resultan ser —a igualdad de condiciones experimentales y clínicas— siempre inferiores a los obtenidos por los autores extranjeros (todos ellos europeos), como si la susceptibilidad convulsiva del organismo fuera mayor en nuestro medio que en los países de Europa.

Desde que *Schönmebl* (20), propusiera el método convulsivante como medio diagnóstico de la enfermedad comicial se han empleado dos procedimientos para la diferenciación de los epilépticos y de los no epilépticos: el primero consiste en inyectar una

determinada dosis de Cardiazol a los enfermos de distintos grupos clínicos, y calcular después el porcentaje de sujetos epilépticos y no epilépticos que reaccionan con ataque (*Schönmehl, Langeluddeke, Duensing, Muyle, Grubel, Langsteiner, y Stiefler, Hoyer*). El segundo método consiste en la determinación del dintel convulsivo ante el Cardiazol, dintel expresado por la dosis más baja de dicha substancia capaz de producir un ataque (*Langeluddeke, Meduna, Langsteiner y Stiefler*); después se calcula la frecuencia de sujetos epilépticos y no epilépticos que reaccionan con dosis mínimas variables en 0.50 c. c.

Nosotros hemos medido el umbral inyectando al comienzo 2 c. c. en los epilépticos y 3 c. c. en los no epilépticos (13, 14 y 16); según el efecto inmediato producido, hemos aumentado o disminuído la dosis en fracciones de centímetro cúbico (0.10-0.20 c. c.). De este modo nuestra escala de umbrales es mucho más extensa, pero debiendo comparar nuestros resultados con los de los autores mencionados, hemos reducido nuestras cifras a la escala con un $\frac{1}{2}$ c. c. de diferencia. De otro lado, para la comparación según el método de las dosis fijas, hemos considerado como respuestas positivas a todos los umbrales cuyo valor sea igual o inferior a la dosis adoptada. A continuación señalamos los resultados numéricos de la comparación según ambos métodos.

I. *Susceptibilidad convulsiva según dosis fijas de Cardiazol*

Ofrecemos en las tablas 1 y 2 la comparación de nuestros resultados con los de varios investigadores de la Europa Central, que han adoptado la dosis de 3 c. c. como dosis límite. Nuestras cifras corresponden a los porcentajes de epilépticos y no epilépticos que tienen umbral de 0.50 a 3 c. c.: en la fila superior apuntamos los porcentajes hallados en el total de sujetos de cada grupo sin tener en cuenta la administración de luminal; las cifras de la fila inferior corresponden a la experiencia en privación completa de sedativos.

TABLA NUM. 1

Porcentajes de respuestas positivas obtenidas con 3 c. c. de Cardiazol en los no epilépticos

Autores	Núm. de casos	Respuesta positiva	Por ciento
Duensing	59	22	37.28
Langsteiner y Stiefler	184	12	6.52
Langeluddeke (I)	7	3	42.85
Langeluddeke (II)	53	17	32.07
Hoyer	6	6	100
Janz	12	4	33
<hr/>			
<i>Autores europeos</i>	321	64	19.93

NUESTRA EXPERIENCIA:

Total	105	48	45.71
Sin luminal	66	35	53.03

Es fácil ver que nuestros porcentajes son muy superiores a los de los autores extranjeros. Sumando los resultados de los autores europeos se ve (cifras del rubro "autores europeos", Tabla Núm. 1), que de 321 enfermos no epilépticos cardiazolizados, sólo 64 respondieron con ataque, es decir, el 19.93%. Frente a esto, en nuestra experiencia, de un total de 105 no epilépticos, 48 respondieron con ataque, es decir, el 45.71%; cifra considerablemente mayor. Tal diferencia es aún más notable en la comparación con nuestros sujetos privados de luminal, como puede verse en la Tabla: de 66 individuos, 35 tuvieron ataque, es decir, el 53%, proporción casi el triple de la obtenida por los autores europeos.

En la Tabla Núm. 2, ofrecemos la comparación de los porcentajes obtenidos en los epilépticos:

TABLA NUM. 2

Porcentajes de respuestas positivas con 3 c. c. de Cardiazol en los epilépticos

Autores	Núm. de casos	Respuesta positiva	Por ciento
Duensing	31	21	68
Langsteiner y Stiefler	72	54	75
Langeluddeke	70	55	79
Hoyer	8	7	88
Grubel	17	14	83
Janz	16	7	44
<i>Autores europeos</i>	214	158	73.8

NUESTRA EXPERIENCIA:

Total	114	93	81.58
Sin luminal	63	60	95.23

La comparación de los resultados en los epilépticos (Tabla Núm. 2), demuestra diferencias del mismo sentido que las verificadas en los no epilépticos: es decir, que el porcentaje de sujetos que reaccionan con dosis hasta de 3 c. c. de Cardiazol es mayor en nuestros epilépticos que en los de los autores europeos, tanto en el conjunto de los casos como en los privados completamente de luminal. De 214 epilépticos estudiados por los autores europeos, 158 respondieron positivamente a la inyección de 3 c. c. de Cardiazol, es decir, el 73.8%, cifra siempre menor a las obtenidas por nosotros en el conjunto de los casos (81.58%) y en la experiencia en privación de luminal (95.23%).

Tales diferencias se destacan nitidamente en la figura número 1, en la que las proporciones porcentuales se representan por la altura de las columnas. Una gradación porcentual en el mismo orden se repite en los epilépticos y en los no epilépticos, a pesar de la mayor proporción relativa de sujetos epilépticos con respecto a los no epilépticos.

La noción general que se desprende de la comparación que acabamos de hacer, es que tanto en el campo epiléptico como en el no epiléptico, reaccionan a una determinada dosis de Cardiazol mayor número de sujetos de nuestra población que la de otros países, como si en nuestro medio el individuo fuera más susceptible a las causas convulsivantes.

II. Comparación de los porcentajes obtenidos en diferentes grados de umbral convulsivo

1. En primer lugar, comparamos nuestras cifras con las de *Langeluddeke* y *Langsteiner y Stiefler*. Como estos autores han obtenido los umbrales sin tener en cuenta la administración de luminal, nos vemos obligados nuevamente a traer al cuadro nuestros resultados en el conjunto de los casos y separadamente los encontrados en privación completa de anticonvulsivos. En la Tabla Núm. 3 damos las cifras obtenidas por *Langeluddeke* en 53 enfermos no epilépticos, frente a 105 igualmente no epilépticos correspondientes a nuestra experiencia, de los cuales 66 en privación completa de luminal.

TABLA NUM. 3

Comparación de los umbrales obtenidos por Langeluddeke en los no epilépticos, con los de nuestra experiencia

	Langeluddeke		NUESTRA EXPERIENCIA			
	Núm.	%	Conjunto		Sin luminal	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1 c. c.	0	0	0	0	0	0
1.50	2	3.8	5	4.76	4	6.06
2.00	3	5.7	8	7.61	8	12.12
2.50	6	11.3	17	16.19	13	19.69
3.00	6	11.3	18	17.14	10	15.15
>3 c. c.	36	67.9	57	54.28	31	46.96
Suma	53		105		66	

Se advierte fácilmente que los umbrales bajos son mucho más frecuentes en nuestros enfermos que en los naturales de Alemania observados por *Langeluddeke*; en cambio, los umbrales altos, por encima de 3 c. c., son más frecuentes en los pacientes europeos. El contraste es más acentuado, como es explicable, en la comparación con nuestros resultados en privación de luminal. En la Tabla Núm. 4 ofrecemos los resultados de igual comparación en 98 pacientes epilépticos de diversos autores europeos y de 114 epilépticos nuestros.

TABLA NUM. 4

Comparación de los umbrales obtenidos en los epilépticos por varios autores europeos, con los de nuestra experiencia

	Langsteiner y Stiefler		Langeluddeke		NUESTRA EXPERIENCIA			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1	0	0	4	5.71	6	7.01	7	11.11
1.50	4	14.28	11	15.71	19	16.66	14	22.22
2.00	10	35.71	21	30.00	25	21.92	17	26.98
2.50	2	7.14	13	18.57	27	23.68	14	22.22
3.00	8	28.56	6	8.57	14	12.28	8	12.69
3.50	1	3.57	5	7.14	8	7.01	0	0
4.00	3	10.71	6	8.57	11	9.64	3	4.76
4.50	0	0	1	1.42	0	0	0	0
5.00	0	0	2	2.85	2	1.75	0	0
5.50	0	0	1	1.42	0	0	0	0
Suma	28		70		114		63	

Las cifras de la Tabla Núm. 4 expresan el mismo fenómeno observado en la comparación de los no epilépticos, esto es, que los umbrales bajos son más frecuentes en nuestra experiencia que en la de los autores extranjeros; y que al contrario los umbrales altos por encima de 3 c. c., son más raros en nuestros casos que en los europeos. Las diferencias son de mayor grado cuando la comparación recae en nuestros casos privados completamente de luminal.

2. Ultimamente *L. von Meduna* (10), ha obtenido el umbral sistemáticamente bajo la influencia de un régimen anticonvulsivo de 3 gramos de bromuro y 0.10 gramos de luminal al día en 39 enfermos, de los cuales 16 epilépticos, cuyos resultados hemos comparado con los hallados por nosotros bajo la acción de 0.20 gramos de luminal por día en 90 enfermos, de los cuales 51 epilépticos. Los datos aparecen en la Tabla Núm. 5.

TABLA NUM. 5

Comparación de los umbrales obtenidos por Von Meduna y los nuestros, bajo la influencia de los anticonvulsivos

	MEDUNA		epilépticos		NUESTRA EXPERIENCIA		epilépticos	
	No epilépticos		No epilépticos		No epilépticos		No epilépticos	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1.00	0	0	0	0	0	0	0	1.96
1.50	0	0	0	0	1	2.56	5	9.83
2.00	0	0	3	18.75	0	0	8	15.68
2.50	0	0	6	37.50	4	10.25	13	25.49
3.00	0	0	0	0	8	20.51	6	11.76
3.50	0	0	2	12.50	4	10.25	8	15.68
4.00	0	0	1	6.25	7	17.94	8	15.68
4.50	0	0	3	18.75	1	2.56	0	0
5	0	0	1	6.25	12	30.76	2	3.92
5.50	1	4.34	0	0	1	2.56	0	0
6	6	26.04	0	0	1	2.56	0	0
>6	16	69.56	0	0	0	0	0	0

La comparación de la Tabla Núm. 5 revela el mismo hecho notado en las anteriores: tanto en los epilépticos como en los no epilépticos, hay mayor proporción de umbrales bajos en nuestra población; y al contrario, frecuencia más considerable de umbrales altos en los pacientes europeos. En la experiencia de *Von Meduna* no existen umbrales por debajo de 5.50 c. c. en los no epilépticos; en cambio, en los nuestros hay un 95% por debajo de dicho nivel, desde 1.50 c. c. En los epilépticos, el umbral más bajo

encontrado por *Meduna* bajo la influencia de los anticonvulsivos, es de 2 c. c.; y en nuestra experiencia hay cifras de 1 y 1.50 c. c. en proporción apreciable.

Una vista de conjunto de la comparación de los umbrales ofrecemos en la gráfica número 2, según una escala de dosis mínimas, que va de 0.50 a más de 3 c. c. Los umbrales por encima de 3 c. c. están representados en barras a rayas horizontales; los umbrales bajos, hasta 1.50, en barras diagonales; los índices medianos están representados por barras a puntos. Esta comparación se hace separadamente para los epilépticos (lado izquierdo) y los no epilépticos (lado derecho de la figura). Uniformemente en las cuatro secciones de la gráfica se observa que los umbrales altos (a rayas horizontales), son en nuestra experiencia en proporción inferior a la de la experiencia en sujetos europeos; y por el contrario, los umbrales bajos (a rayas diagonales), son más frecuentes en nuestros enfermos.

III. Promedios aritméticos

Finalmente, hemos tratado de comparar los promedios aritméticos de nuestra experiencia con los que hemos logrado extraer de otros autores a través de las cifras de umbral. La Tabla Núm. 6 expresa esta comparación:

TABLA NUM. 6

Comparación de los promedios de umbral

	NO EPILEPTICOS	EPILEPTICOS
<i>Langsteiner y Stiefler</i>	—	2.51 c. c.
<i>Langeluddeke</i>	—	2.49 c. c.
Nuestra experiencia (conjunto)	3.46 c. c.	2.37 c. c.
Nuestra experiencia (sin luminal)	3.18 c. c.	2.03 c. c.
<i>Meduna</i> (régimen con anticonvulsivos)	7.28 c. c.	3.15 c. c.
Nuestra experiencia (con luminal)	3.92 c. c.	2.85 c. c.

En todos los aspectos de la comparación el umbral medio de nuestros casos es inferior al de los observados en Europa en análogas circunstancias.

COMENTARIO

Los resultados concretos de la indagación son los siguientes:

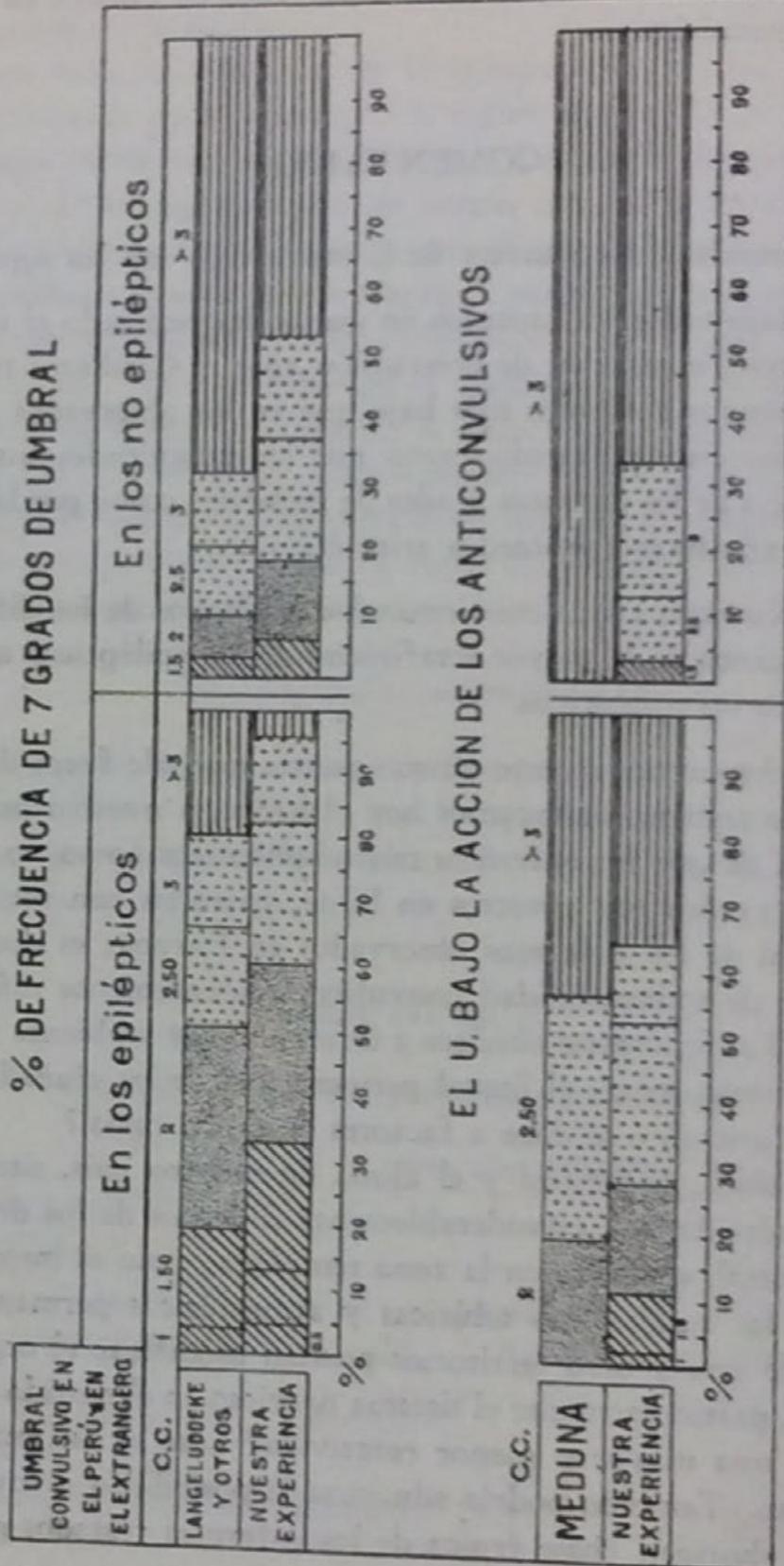
1º Bajo todos los aspectos en que se ha realizado el examen comparativo, el umbral de convulsión ante el Cardiazol tiende a ser en nuestros enfermos más bajo que en los observados en Europa. Esto está expresado tanto por las magnitudes intensivas (frecuencia de los distintos grados de umbral), como por las magnitudes extensivas (promedio aritmético).

2º Nuestras cifras confirman los resultados de los diferentes autores acerca de la mayor ictafinidad de los epilépticos con respecto a los no epilépticos.

Sin detenernos en este último punto, que sale fuera del marco de este trabajo, destacamos hoy el hecho, a nuestro juicio interesante, de que los enfermos tanto epilépticos como no epilépticos observados por nosotros en Lima, aparecen con un umbral inferior al de los enfermos observados en Europa; es decir, con un grado de vulnerabilidad convulsiva evidentemente más acentuado. ¿Tal fenómeno obedece a diferencias de ambiente geográfico y cósmico entre el litoral peruano y el de las ciudades de la Europa Central, o se debe a factores de orden racial?

Sin duda, la latitud y el clima de nuestro país, situado en la zona tórrida, son considerablemente distintos de los de la Europa Central, ubicados en la zona templada; y no es improbable, así, que las condiciones telúricas y atmosféricas permanentes y típicas de uno y otro territorios puedan modificar el organismo humano, particularmente el sistema nervioso en el sentido de condicionar una mayor o menor reactividad ante el estímulo convulsivante. También podría admitirse la posibilidad de que nuestra raza aborígen (base étnica de los enfermos tratados por nos-

% DE FRECUENCIA DE 7 GRADOS DE UMBRAL



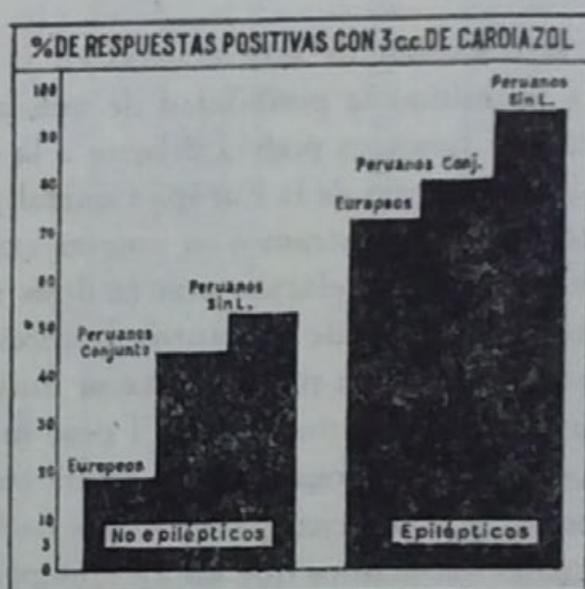
otros), sea más sensible que la raza blanca a la noxa convulsivante, pese a que en último término la influencia de lo racial no es extraño a la de los factores mesológicos.* Para dilucidar esta cuestión estamos averiguando actualmente los resultados de la experiencia en diversos otros países; y por otra parte están bastante avanzadas nuestras investigaciones sobre el grado de susceptibilidad convulsiva en función de las razas blanca e indígena y de las regiones costera y serrana del Perú, iniciadas con la intención de determinar, dentro de nuestra realidad nacional, si alguna influencia apreciable tienen el clima nativo (sobre todo el clima de altura) y el tipo étnico sobre el fenómeno que nos ocupa.

NOTA.—En la discusión de este trabajo en la Sociedad de Neuro-Psiquiatría se insinuó la posibilidad de que las diferencias de umbral halladas por nosotros podría deberse a la diferencia de peso medio entre los habitantes de la Europa Central y los de nuestro país. Evidentemente, encontramos en nuestra experiencia que el peso corporal tiene alguna relación con la dosis mínima convulsivante; pero el peso es uno de los tantos factores de variación del umbral, sin ser su influencia ni constante ni muy importante. De este mismo parecer es *Duensing* (2). El peso medio de nuestros 219 enfermos es de 51 kilogramos en cifras redondas. Pero por otra parte, tomando como ejemplo las cifras dadas por *Duensing* (2), de las cuales deducimos que en 58 epilépticos y no epilépticos alemanes el peso medio es de 61 kilogramos, habría unos 10 kilogramos de diferencia entre el promedio ponderal de nuestros casos y el de los autores europeos citados. Ahora bien, según nuestros cálculos, por cada 10 kilogramos de aumento del peso medio, la dosis mínima convulsivante sube aproximadamente en un 5%, alcanzando en los epilépticos sólo el 3,5% y en los no epilépticos el 6,5%. Si comparamos los promedios de la Tabla Núm. 6 de este trabajo, encontramos diferencias del 10 al 85% en la comparación de nuestros resultados con los de *Meduna*; y

* Ligterink, Webster, Biehler, Stryjenski y Dretler, han notado variaciones de la susceptibilidad convulsiva atribuibles a cambios atmosféricos; y Nachtsheim y Biehler registran variaciones de la misma en función de las razas de los animales de experiencia.

del 5.50 al 23% en la comparación con las cifras de *Langelud-deke* y *Langsteiner* y *Stiefler*.

Esto en lo que se refiere a las cifras de umbral. Si hacemos la comparación de los porcentajes de enfermos que reaccionan con 3 c. c. de Cardiazol, encontramos análogas relaciones. Los porcentajes apuntados en las tablas 1 y 2 expresan diferencias de más del 10% en los epilépticos y de más del 20% en los no epilépticos; y refiriéndonos particularmente a los resultados de *Duensing* encontramos que de 31 epilépticos, 21 respondieron con ataque, es decir, el 68%; y de 59 no epilépticos respondieron 22, es decir, el 37.28%. Frente a esto, en nuestra experiencia tenemos



que de 114 epilépticos (luminalizados y en privación de sedativos), 93 respondieron con ataque, es decir, el 81.58%; en la experiencia con privación de luminal, de 63 sujetos, 60 respondieron con ataque, es decir, el 95.23%. En los no epilépticos: de 105 (entre luminalizados y abstinentes), respondieron 48 con ataque, es decir, el 45.71%; y de 66 en privación completa de luminal, obtuvimos 35 respuestas positivas, es decir, el 53.03%.

La comparación de estos porcentajes no deja ninguna duda sobre las considerables diferencias que hay entre el grado de ic-tafinidad de los sujetos europeos y de los cardiazolizados en el Perú, diferencia muy superior a la que es posible atribuir a la

simple diferencia de peso medio. Entonces cabe la suposición de que hay uno o más factores ajenos al volumen somático, que son diferentes en el sujeto europeo y en el sujeto nacido en nuestro país, que determinan una mayor susceptibilidad convulsiva en este último. Tales factores nos parecen de orden mesológico o racial. Y de hecho, nuestra investigación acerca de las variaciones del umbral convulsivo entre costeños y serranos, y entre blancos e indígenas del Perú, dan por resultado —como lo expresaremos documentadamente en un próximo trabajo— que los sujetos de raza indígena son más susceptibles que los de raza blanca; y que los sujetos costeños son más susceptibles que los sujetos serranos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) W. BIEHLER: "Phänomenologie Pharmakologie des Cardiazol-Krampfes", *Allgemeine Zeit. f. Psych. u. ih. Grenzgebiete*, 1940, t. 110, Núms. 3-4.
- (2) F. DUENSING: "Darf der Cardiazol-Krampfanfall diagnostisch verwertet werden?", *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1937, Núm. 26.
- (3) R. GRUBEL: "Der Wert der Auslösung von Cardiazolkrämpfen für die Erbgesundheitspflege", *Munch. Med. Wochenschrift*, 1937, Núm. 12.
- (4) H. W. JANZ: "Zur diagnostischen Verwertbarkeit der Cardiazolkrämpfe", *Munch. Med. Wochenschrift*, 1937, Núm. 12.
- (5) KNOLL, A. G.: "Cardiazol", Ludw. del Rhin, 1937.
- (6) H. KOST: "Ist mittels des Cardiazolkrampfes bei Anwendung gefässpasmen verhindernden Mittel (Amilnitrit) eine Diagnose der Epilepsie möglich?", *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1938, Núm. 14.
- (7) A. LANGELUDDEKE: "Die diagnostische Bedeutung experimentell erzeugter Krämpfe", *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1936, Núm. 39.
- (8) ———. "Die Bedeutung des Cardiazol-Krampfes für die Epilepsiediagnose", *Nervenarzt*, 1938, Núm. 9.
- (9) L. VON MEDUNA: *Die konvulsionstherapie der Schizophrenie*. Halle. a. S., 1937.
- (10) ———. "El diagnóstico de la epilepsia", *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima*, t. 22, Núm. 2.
- (11) M. MULLER: "Die insulin und Cardiazolbehandlung in der Psychiatrie", *Fortschritte der Neur. Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1939, Núms. 8, 9, 10 y 11.

- (12) G. MUYLE: "De la valeur de l'épreuve au Cardiazol en tant que est diagnostique de l'épilepsie", *Journ. Belge de Neur. et de Psych.*, 1938, Núm. 7.
- (13) F. SAL Y ROSAS: "Experiencias sobre el diagnóstico de la epilepsia por el Cardiazol", *Comunic. a la II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas*.
- (14) ———. "Nota previa sobre el diagnóstico de la epilepsia por el Cardiazol", *Actualidad Médica Peruana*, 1940, Núm. 3.
- (15) ———. "El Cardiazol en la epilepsia", *Actas de la II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas*, tomo 2; y *Rev. de Psiq. y Criminología*, 1939, Núm. 24.
- (16) ———. "Observaciones sobre el dintel de excitabilidad convulsiva en la epilepsia y la histeria", *Com. para la III Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas*.
- (17) ———. "Contribución experimental a la patogenia de la epilepsia y de la histeria", *tesis de Doctor en Medicina. Rev. de Neuro-Psiq.*, 1942, Núm. 4.
- (18) E. SCHILLING: "Zur Differentialdiagnose der Epilepsie", *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1936, Núm. 46.
- (19) C. SCHNEIDER: "Behandlung und Vehütung der Geistes-krankheiten", Berlin, 1939.
- (20) C. SCHÖNMEHL: "Provokation von epileptischen Krämpfanfällen Versuche und Ausblick", *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1936, Núm. 18.
- (21) R. STERN: "Zur Differentialdiagnose der Epilepsie", *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1936, Núm. 43.

Contribución Experimental a la Patogenia de la Epilepsia y de la Histeria

Tesis para el doctorado en Medicina.
por FEDERICO SAL Y ROSAS, Lima,
Perú.

(Resumen)

1. El tema de este trabajo se desprende de una serie de observaciones que he venido realizando en estos últimos 5 años en mi experiencia personal con el método convulsivante en el servicio del profesor *Delgado*, y consiste fundamentalmente en la comprobación de modos especiales de reacción ante el Cardiazol comunes a los epilépticos y a los histéricos hipercinéticos, y que por su constancia a través de varios puntos de vista de la observación parecen corresponder a cierto terreno biológico ligado a la convulsividad e igualmente común a la epilepsia y a la histeria convulsivas.

2. El punto de partida de estas observaciones es el haber notado ya desde el comienzo de nuestra experiencia que los epilépticos reaccionaban con dosis muy bajas de Cardiazol, hecho éste ya observado anteriormente por *Schonmebl*, *Langeluddeke* y otros; pero a la vez ofrecían igual tendencia los histéricos, dato éste no registrado por ningún otro experimentador.

De otro lado, nos llamó grandemente la atención (y éste es también original de nuestra experiencia), el hecho de que los epilépticos y también los histéricos ofrecieran una tendencia manifiesta al alargamiento del tiempo de latencia, esto es, del intervalo entre la inyección y el acceso provocado; y también igual tendencia en los mismos a la mayor duración del ataque.

3. Entonces planteamos la siguiente hipótesis de trabajo: Si es evidente que el ataque cardiazólico puede variar en uno o muchos aspectos bajo la influencia de circunstancias experimentales, más o menos eventuales, como la dosis del preparado, la velocidad de la inyección, etc., es probable que pueda también ofrecer variaciones particulares y constantes como efecto de propiedades intrínsecas de los sujetos tratados; y que así una observación en grandes masas de material podrá aislar ciertos caracteres experimentales típicos según que los sujetos sean convulsivos o acinéticos, teniendo en cuenta que la convulsividad es una calidad biológica permanente capaz de exteriorizarse de algún modo en el momento del ataque.

En suma, planteamos la posibilidad de que los estados convulsivos clínicos tendrían una expresión peculiar en el ataque experimental, que podía ser definida por la comparación de la reacción experimental entre los epilépticos y los no epilépticos y entre los histéricos y los sujetos de control sin manifestaciones convulsivas.

4. Como señales para la comparación escogimos tres aspectos de la reacción convulsiva fácilmente mensurables: 1º, el umbral de convulsión, medido por la dosis mínima de Cardiazol necesaria para producir ataque; 2º, el tiempo de latencia; y 3º, la duración del ataque, estos dos últimos expresados en segundos.

5. La medición de estos aspectos en un gran número de casos y su apreciación estadística, según las magnitudes extensivas (promedios), e intensivas (porcentaje de frecuencia), nos han proporcionado cifras numéricas que pueden ser consideradas co-

mo índices o coeficientes con los cuales es cómodo comparar los estados convulsivos entre sí y con sus controles.

Para verificar la exactitud de los coeficientes hemos propuesto como elementos de control tres condiciones experimentales que ejercen, según hemos probado separadamente, modificaciones ponderables sobre la reacción que estudiamos. Ellos son: 1º, el aumento de la dosis de Cardiazol en la serie de inyecciones; 2º, la presencia o ausencia de luminal en el organismo durante la aplicación del convulsivante; 3º, la repetición de los ataques en el mismo sujeto, los cuales nos permiten ver si los coeficientes conservan su valor y relaciones a través de los cambios que aquéllos originan.

6. El trabajo está dividido en tres partes: la primera destinada al estudio comparativo de la reacción convulsiva de los epilépticos y de los no epilépticos; la segunda, a igual comparación entre los histéricos y los sujetos de control, acinéticos; y la tercera, al compendio e interpretación de los hechos.

7. Dos nociones generales se desprenden de la primera parte: 1ª Hay, bajo todos los puntos de vista considerados, diferencias constantes entre la reacción convulsiva experimental de los epilépticos y de los no epilépticos. Ello consiste en que en los epilépticos el umbral es más bajo en un 33% con respecto a los no epilépticos; el tiempo de latencia es en los mismos epilépticos más largo en un 100%, y la duración del ataque igualmente más prolongado. Estos caracteres, que pueden considerarse como típicos de la reacción epiléptica (exigüidad del umbral y amplitud del tiempo de latencia y de la duración del ataque), se muestran constantes a través de las modificaciones que imprimen al ataque las circunstancias de prueba, como se demuestra en el texto y en las cinco primeras gráficas que ilustran el trabajo.

2ª La intensidad de los caracteres de la reacción epiléptica que acabamos de señalar es directamente proporcional a la intensidad del cuadro convulsivo clínico; pues se muestran al máxi-

mum en los epilépticos con accesos espontáneos muy frecuentes e intensos y al *mínimum* en los que tienen accesos distanciados o en quienes predominan las crisis de *petit-mal*, lo cual parece indicar que aquellas características reactivas corresponden a propiedades ligadas a las manifestaciones convulsivas, y no a otras, de la epilepsia.

8. En cuanto a la segunda parte del trabajo, destinada a la reacción histérica, se desprenden de ella tres nociones importantes: La primera es que bajo todos los puntos de vista propuestos la reacción de los histéricos se diferencia de la reacción de los sujetos de control acinéticos por variaciones de igual sentido que las que diferencian a los epilépticos de los no epilépticos, es decir: umbral de convulsión más bajo; tiempo de latencia y duración del ataque más amplios.

Estos caracteres mantienen su valor y relaciones a través de las modificaciones de las tres circunstancias de prueba, como puede verse por las cifras y gráficas correspondientes del trabajo.

La segunda noción es que el contraste de magnitudes en la comparación de la histeria con los controles, es de menor grado que el de la comparación de la epilepsia con los estados no epilépticos, lo cual está de acuerdo con la intensidad del fenómeno convulsivo, máximo en la epilepsia y leve en la histeria.

La tercera noción es que la intensidad de los caracteres de la reacción histérica es directamente proporcional a la intensidad del proceso convulsivo clínico, pues clasificando a los histéricos en convulsivos y no convulsivos, las cifras de estos últimos son semejantes a las de los sujetos de control acinéticos; y de otro lado, entre los histéricos convulsivos, las magnitudes son más intensas en los histéricos con ataques frecuentes y graves, y mínimas en los que presentan ataques leves y distanciados.

9. Confrontando los resultados generales de la investigación, se destacan dos nociones de primer plano:

1º Hay, según los tres puntos de vista considerados, y verificado a través de los tres elementos de prueba, un paralelismo constante entre la reacción convulsiva experimental de los epilépticos y la de los histéricos convulsivos, pudiendo aislarse tres caracteres típicos comunes a ambas clases de enfermos: 1º, mengua del umbral convulsivo; 2º, amplitud del tiempo de latencia; 3º, amplitud de la duración del ataque provocado.

2º La intensidad de tales caracteres experimentales es directamente proporcional a la intensidad del proceso convulsivo clínico; pues: a), es mayor en la epilepsia que en la histeria; y b), es mayor en los cuadros graves que en los cuadros leves de la epilepsia y de la histeria convulsivas.

Estos hechos se demuestran de las gráficas 11, 12 y 13. La 11, comparación de valores globales; la 12, constancia de los valores a través de las variaciones que imprimen las tres circunstancias de prueba; y la 13, escala de magnitudes experimentales, según la gravedad convulsiva clínica.

10. En el texto dedicamos un extenso capítulo final a la interpretación fisiopatológica y patogénica de los hechos, según el siguiente cuestionario:

1º Significación biológica de los fenómenos experimentales típicos descritos;

2º Relaciones entre la reactividad experimental y las condiciones de terreno biológico;

3º Relaciones experimentales y patogénicas entre la epilepsia y la histeria.

11. Con respecto al primer punto examinamos la significación fisiopatológica de las variaciones del umbral, el tiempo de latencia y la duración, fenómenos que se relacionan tanto con el mecanismo de la epilepsia cardiazólica cuanto con las propiedades profundas de la epilepsia y de la histeria patológicas. Entre los nu-

merosos hechos que examinamos en el texto, destacamos los siguientes: 1° En los sujetos convulsivos el umbral es más bajo, indicando una mayor vulnerabilidad ante el Cardiazol; pero a la vez el tiempo de latencia es más largo, hecho este último que parece indicar lo contrario. Además, cuando se repiten las inyecciones el umbral aumenta y el tiempo de latencia disminuye. Estos hechos, apoyados en razones que exponemos en el trabajo, nos llevan a pensar que el umbral y el tiempo de latencia son expresiones de dos procesos o realidades distintos: el umbral exponente de una propiedad fundamental específica del tejido nervioso en el sentido de una mayor o menor excitabilidad a las causas convulsiógenas; y el tiempo de latencia exponente de la mayor o menor facilidad con que el tejido nervioso ya excitado organiza la respuesta. En los organismos previamente convulsivos el tiempo de latencia es más prolongado, sin duda, a causa de condiciones consistentes ya en una mayor extensión o complejidad de las áreas o mecanismos nerviosos o humorales comprometidos en la preparación de la respuesta; ya en una mayor lentitud de los procesos de combinación y propagación de influjos nerviosos entre los centros y hacia la periferia.

2° La duración más larga del ataque en los sujetos convulsivos puede considerarse como la señal de una reacción más intensa ante el estímulo convulsivante, debido ya sea a una mayor dispersión espacial de la excitación, ya a una violencia mayor de la descarga neuro-motriz.

12. Pero estas consideraciones sólo tocan particularidades del problema patogénico que nos ocupa. Lo fundamental de él es lo siguiente: Si hay relaciones constantes entre determinadas variaciones de la reacción ante el Cardiazol y el estado convulsivo previo de los sujetos tratados, es que sin duda existe un nexo causal entre la convulsividad y tales variaciones típicas. En otros términos: la exigüidad del umbral y la amplitud del tiempo de latencia y de la duración del ataque resultan ser trasunto de propiedades de terreno ligadas al estado convulsivo clínico; y de este modo

pueden ellas revelar condiciones latentes del sistema nervioso. Entre otras que se analizan en el texto del trabajo podemos señalar como cualidades del sistema nervioso de los sujetos convulsivos: una excitabilidad convulsiva fácil y una reactividad a la vez retardada y violenta, fenómenos éstos que pueden aclarar algunos aspectos de la patogenia de la convulsividad.

13. Finalmente, examinamos la semejanza de reacciones experimentales entre los epilépticos y los histéricos convulsivos de nuestra experiencia. Si, como acabamos de decir, tales caracteres experimentales corresponden a propiedades biológicas íntimas, constantes, es dable inferir que la asimilitud experimental entre la epilepsia y la histeria traduce una semejanza de naturaleza entre ambas afecciones.

Esto se roza con la patogenia de la histeria, afección consistente comúnmente como de origen y mecanismo puramente psicológicos, existiendo, según la concepción clásica de *Babinski*, una oposición absoluta entre lo orgánico y lo histérico.

Nuestras observaciones conducen a no excluir la intervención de causas somáticas en la etiología y patogenia de la histeria. Pero ello no quiere decir que todo sea orgánico en esta afección; y mucho menos que la histeria tenga una localización neurológica, como propugnan, entre otros, *Radovici* y *Papastratigakis*. Sin duda hay condiciones psicológicas de orden general actuando sobre condiciones de terreno orgánico, de orden más particular, susceptibles de canalizar la histerogenia hacia tal expresión motriz o cual sensitiva o sensorial, merced a circunstancias de umbral de excitabilidad y de reactividad de los aparatos correspondientes.

De este modo, la semejanza experimental entre la epilepsia y la histeria no expresaría una identidad completa entre una y otra, sino la existencia de una arista común de naturaleza hipercinética, y exclusivamente entre la epilepsia convulsiva y la histeria convulsiva.

14. Como noción general de hipótesis de trabajo concebimos una realidad patogénica de orden genérico, la convulsividad, sus-

tratum de las manifestaciones crítico-convulsivas clínicas, y de la cual serían expresiones particulares la convulsividad epiléptica y la convulsividad histérica.

Conclusiones

1. Hay caracteres típicos de la reacción convulsiva experimental comunes a los epilépticos y a los histéricos convulsivos;
2. Hay proporcionalidad entre la intensidad de tales caracteres y la intensidad del proceso convulsivo clínico;
3. Aquellos caracteres experimentales se presentan así como expresiones de un terreno biológico, común a la epilepsia convulsiva y a la histeria convulsiva; y
4. El análisis de dichos caracteres experimentales permite intuir algunas propiedades y mecanismos del estado convulsivo patológico.

NOTAS SINTETICAS

Por J. P. V.

ASISTENCIA DEPLORABLE

Así como el Hospital Militar y el Hospital Infantil de México son modelos de los que debemos estar orgullosos, el Manicomio General y los asilos de alienados del interior son cosas de las que debemos avergonzarnos. Salvo dos o tres clínicas particulares para enfermos mentales, en que la iniciativa y el esfuerzo privados han logrado magníficos establecimientos, los demás lugares donde se recluye a los enfermos de la mente son deplorables.

En reciente trabajo presentado con motivo de un congreso asistencial, el doctor Ignacio Avila Cisneros, actualmente Jefe del Centro de Asistencia Infantil en Ciudad del Carmen (Campeche), pinta con negros colores la situación moral y material de aquel lugar. Sin mencionar la higiene mental, deja entrever lo nefasto de las costumbres y la incultura, así como la carencia de medios, que probablemente mantiene las anomalías de la personalidad y abre las puertas a las psicosis. La gente en esos lugares baila en forma exagerada, en todas las edades; se ve el aborto provocado como algo habitual; las parasitosis hacen presa en todos los sujetos; los enfermos mentales ocupan un local junto con las mujeres encarceladas, los ancianos incurables y los tuberculosos en un llamado "hospital civil".

TRABAJOS BRASILEÑOS

Se recibieron:

"Estudio anatómico-clínico de un síndrome de Brown-Sequard de naturaleza sifilítica", por T. Tolosa, H. S. Mindlin y W. E. Maffei, sobretiro de la Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia, número 13, febrero 1943; "Conducta general en los traumatismos craneo-encefálicos", por el doctor Osvaldo Lange, sobretiro de la Revista Paulista de Medicina, vol. XXI, número 3, septiembre 1942; "Consideraciones clínicas y fisiopatológicas sobre el síndrome de Brown-Sequard", por Adherbal Tolosa, de los Archivos de Cirugía Clínica Experimental, vol. V, agosto 1941, y "Consideraciones semióticas sobre el automatismo medular", por Tolosa y Caetano da Silva, remitidos por el Servicio de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

ESENCIA Y GNOSEOLOGIA DE LA HISTORIA

Un interesante trabajo de Carlos Scudellari, publicado en la *Revista de la Universidad Católica del Perú*, tomo XI, número 1, Lima, abril de 1943, aparece con el título "Esencia y Gnoseología de la Historia". Por los momentos tan graves que pasamos, se hace muy oportuno recordar que frente a la *res gestate*, es decir, los hechos históricos, existe una *sciencia rerum gestarum*, o sea la investigación, reflexión y narración de esos hechos históricos. Explica el autor la unidad interna de la Historia Universal a pesar de la infinita variedad de los acontecimientos históricos. Nuestros descendientes leerán con interés los acontecimientos actuales, y se asombrarán de ver cómo juzgábamos nosotros a las personas y las cosas dentro de la hoguera. Será la Historia, dentro de muchos años, la que esclaresca (en parte), la sangrienta etapa que vivimos.

AUMENTO DEL NUMERO DE INTERNADOS

El trabajo del doctor Baltasar Caravedo, analizando las causas posibles del aumento del número de internados en el Hospital

"Víctor Larco Herrera", de Lima, Perú, es importante porque se presta a interesantes comparaciones, y muchos de los factores que él señala, concurren en otros lugares. Es muy cierto que las enfermedades mentales constituyen un problema que va en aumento y que las pérdidas económicas producidas por ellas suben continuamente. El doctor Caravedo, que leyó su trabajo en diciembre de 1942, abrigaba esperanzas para las generaciones futuras y confiaba en la higiene mental. No creemos que piense lo mismo en agosto de 1943, ya que parece el mundo de acuerdo en acrecentar el loco festín del robo, el incendio y la matanza. Un filósofo inglés dijo que detrás de cada guerra había como motivo el robo. Desde cierto punto de vista, triste es confesarlo, la cosa tiene mucho de verdad. Pero, lo que sí es indiscutible, es que seguirán aumentando los internamientos por enfermedades mentales en cifras absolutas y en cifras relativas, y por muchos años, y por muchas generaciones. Si esto no es así, tanto mejor, pero al tiempo nos remitimos.

DEFENSA NACIONAL E HIGIENE MENTAL

Con motivo de las diversas tareas emprendidas para colaborar con la Defensa Civil, muchos médicos hemos dado cursos o conferencias de Primeros Auxilios, hemos examinado a reclutas o conscriptos para el servicio militar nacional, etc., y nos hemos dado cuenta de la gran impreparación general que existe, así como del número (ya sospechado), muy crecido de neurópatas y psicópatas. Esto viene a confirmar, una vez más, la necesidad imperiosa de consultorios de higiene mental, pues si mal estaremos con ellos, peor estamos sin ellos.

TOXICIDAD DEL SUERO GLUCOSADO

L. A. Castro, de Lima, Perú, señala en la Revistan *San. Pol.*, II, 17, 1942, que el suero glucosado, sobre todo en soluciones hipertónicas, no es inocuo por razones bioquímicas del metabolismo del K y del pH en relación con la desoxicorticosterona, la hor-

mona cortical. Recomienda usarlo con precaución, y en casos de adisonismo, añadir solución de cloruro de sodio hipertónico.

LA COLABORACION MAS ENTUSIASTA

La colaboración más entusiasta que está prestando el Continente Americano es la de los médicos y enfermeras. Los países de América, en una forma o en otra, se han colocado en un mismo bando en la contienda actual, y con mayor o menor eficacia colaboran en distintas esferas. Pero queremos señalar un hecho: en el terreno de la medicina y la enfermería todos los países de América han respondido brillantemente. México, en estos momentos, con su actitud basada en muchos hechos y pocas palabras, ocupará en la historia un lugar envidiable, y justo es señalar que la colaboración médica, si no ha sido mencionada ni premiada públicamente como a los alcaldes y jefes municipales de reclutamiento, en cambio ha sido más meritoria por más modesta y desinteresada y patriótica. Que sean estas líneas un estímulo para el sector médico que labora en la Defensa Civil. Que el médico desprecie las burlas y perdone la indiferencia con que su tarea es vista: en la paz, pero sobre todo en la guerra, ocupa siempre el más noble lugar.

PSIQUIATRIA MILITAR

De la revista *Psychiatry*, Washington, D. C. (U. S. A.), vol. VI, mayo 1943, número 2, escrito por el doctor William C. Menninger, ahora con una comisión en Atlanta, Georgia, tomamos el dato de que aproximadamente la tercera parte de los muchachos desalojados de la Armada, lo es por desórdenes psiquiátricos. Muchos individuos que en la comunidad sólo pasaban por excéntricos, nerviosos, etc., en el Ejército y la Marina tienen manera de que se les produzca una eclosión. Al mismo tiempo que es de admirarse la rapidez y eficacia con que en los Estados Unidos se ha podido movilizar un contingente tan grande de hombres, maravilla, asimismo, el cuidado que se ha tenido en la selección y

causa satisfacción el papel que se ha confiado a los psiquiatras. Entre lo poco bueno que puede dejar esta guerra, se encuentran estos ejemplos.

SADISMO Y MASOQUISMO EN LA CONDUCTA

Editado por la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1943, la Biblioteca de Psicoanálisis, de Buenos Aires, publica una obra distribuida por *El Ateneo*, de la cual es autor el doctor Angel Garmá, titulada "Sadismo y Masoquismo en la Conducta".

En el capítulo relativo a las guerras menciona los conocidos conceptos económicos, la afirmación de que las naciones luchan por defender sus riquezas o para apoderarse de las ajenas, o por motivos de orgullo nacional herido, creencias religiosas, en fin. Pero señala en seguida de manera concreta un factor de tipo biológico-psíquico: la agresividad humana.

El deseo de sufrir y hacer sufrir, manifiesto en forma desbordante en las guerras, es resaltado por el autor en las páginas dedicadas a los suicidios. Aquí, como en las siguientes dedicadas a las neurosis obsesivas, la lectura es sumamente sugestiva y amena; el autor da muestras de estilo, cultura y buen gusto, tanto para la exposición de los temas como para la selección de ejemplos y grabados.

Termina el libro con un estudio acerca del poeta Arthur Rimbaud, comprendiendo la familia de éste, su infancia, pubertad, relaciones con Verlaine, sus años de madurez (recuérdese que Rimbaud dejó de producir versos desde los 18 años de edad) y finalmente nos obsequia una interesante interpretación psicoanalítica.

CONTRA EL JUEGO DE AZAR

El vicio del juego revela, en el jugador, aparte desolador vacío espiritual, escasa o ninguna capacidad para el trabajo. Decía Dumas padre, a uno que le instaba a jugar: "No soy tan pobre que necesite ganar, ni tan rico que pueda perder."

En forma infinitamente menos espiritual e ingeniosa he contestado yo siempre casi lo mismo:

—Aborrezco los juegos de azar precisamente por igual motivo que a usted le seducen: por interés. Porque sólo el trabajo procura sólidas y confesables ganancias. Además, el sentimiento de mi propia estima reprocharía el morboso afán de desvalijar a amigos y contertulios.

(“Charlas de Café”. *Santiago Ramón y Cajal*.)

NEUROSIS EN SOLDADOS. UN ESTUDIO CONTINUADO

Se ha hecho una comparación de la incidencia de diversos atributos que es probable sean de valor pronóstico, en dos grupos de 150 casos cada uno, que habían sido tratados en uno de los centros de neurosis. Los soldados de uno de los grupos se hallaban prestando servicio activo en sus unidades, algunos meses después de ser dados de alta del hospital, y los del otro grupo habían sido dados de baja del Ejército más pronto o más tarde, después de su reincorporación a filas. El estudio se hizo antes de introducir el procedimiento, mediante el cual el soldado neurótico podía ser trasladado a servicios más adecuados, siguiendo la recomendación del psiquiatra. Se hallaron diferencias que fueron estadísticamente significativas en la incidencia de los diez factores siguientes:

1. Una historia de trastorno mental, incluyendo la neurosis de los padres o hermanos;
2. Historia de trabajo anterior al ingreso en filas poco satisfactoria;
3. Rasgos de personalidad psicopática;
4. Síntomas de la enfermedad actual antes de alistarse;
5. Resentimiento o profundo desagrado por la vida militar;
6. Mala gana de regresar a los deberes militares;
7. Presentación de la enfermedad sin haber sido precipitada por exposición a bombardeo, peligro constante, u otros esfuerzos propios del servicio activo;

8. Hipocondriasis quejumbrosa;
9. Fugas o amnesia;
10. Actitud no cooperadora o paranoide. Para cada apartado la diferencia fué favorable al grupo de "servicio completo". Diferencias más pequeñas, pero constantes, se encontraron, asimismo, en cierto número de otros atributos.

El experimento fué un experimento controlado. Sin embargo, los datos se obtuvieron de los registros compilados por muchos psiquiatras y cada grupo consistió en 50 casos de un hospital y 100 de otro. Aunque los términos se definieron lo más rigurosamente posible, la decisión en cuanto a si un factor especial debería ser descrito como presente o ausente, fué necesariamente arbitraria, y hubo diferencias significativas en la incidencia registrada de algunos de los factores en los dos hospitales. La combinación de las dos colecciones no altera la seguridad de las diferencias en los grupos "servicio completo" y "dados de baja".

En 50 casos de cada grupo procedentes de un hospital, 72% de aquellos que se comportaron bien en el Ejército no tenían más de cuatro de los atributos malos, pero 68% de los que fueron dados de baja tenían cinco o más. Este resultado tiene un alto grado de significado estadístico. Si los cuatro atributos que pudieran tener una influencia directa sobre el ajuste a la vida del Ejército quedan omitidos, la diferencia de los números de factores malos es menos notable, pero sigue siendo significativa. Cuantos menos de dichos atributos tiene un paciente, mayores probabilidades existen de que permanezca en "servicio completo" en el Ejército. Pero no basta con considerar solamente el número de malos atributos que se hallen presentes. La intensidad con que cada uno de ellos se muestra, su naturaleza, así como los atributos favorables que se descubran deben ser tomados en consideración.

(Resumen adaptado del "Bulletin of War Medicine", 3, 103, octubre, 1942.) "British Medical Information Service", número 841.

H E P A T O - V I T

REGISTRO NUM. 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado y Vitamina C.

INYECTABLES

(INDOLORO)

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

(FUERTE)

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

DEBILES

(NIÑOS)

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

(ADULTOS)

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

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES NUM. 35.

MEXICO, D. F.

B E T O R M O N

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

HIPOAVITAMINOSIS B₁, NEURALGIAS,
POLINEURITIS, Etc.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables.

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles).

Comprimidos.

FABRICADO EN LOS

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES NUM. 35.

MEXICO, D. F.

Registro Núm. 22047, D. S. P. Prop. Núm. 18754, D. S. P.

LABORATORIOS KÖCH
INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL
SULFO-MAGNESIO KÖCH

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

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

Reg. Núm. 18,800 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

Dr. MANUEL F. CASTILLO

MANUEL MARIA CONTRERAS NUM. 106

Ericsson 16-16-24.

México, D. F.

LABORATOIRES BEYTOUT-FRANCE

VERYL

Reg. Núm. 15649, D. S. P.

Nitrilo Metileno aminato de mercurio

ANTISIFILITICO

DIURETICO

1 c. c. corresponde a 1 centigramo de cianuro de mercurio

Caja con 20 ampolletas de 1 c. c.

Vía intravenosa o intramuscular.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

VARSOVIA Núm. 19.

MEXICO, D. F.

PROFILAXIA y
TRATAMIENTO
"PER OS"
DE TODAS LAS
ESPIROQUETOSIS
DISENTERIA
AMIBICA
PALUDISMO

POR EL

Stovarsol

**TRATAMIENTO
ARSENICAL
DE LOS ESTADOS
DE ANEMIA Y
DE ASTENIA**

PRESENTACIÓN

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS • 0 25

FRASCOS DE 70
COMPRIMIDOS • 0 05

FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS • 0 01

**EL EMPLEO DEL
STOVAR SOL
DEBE EFECTU.
ARSE BAJO LA
VIGILANCIA
DEL MÉDICO**

Reg. N° 10249-D S.P.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUE POULENC FRÈRES & "USINES du RHONE"

86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DREVIL

O P O S T E N O L

Registro Núm. 9325 D. S. P.

Moderno tratamiento de la **ASTENIA** en los casos de trastornos del recambio lípideo o electrolítico de los centros nerviosos. Disfunciones endocrinas. Hiperexcitabilidad o labilidad constitucional del sistema nervioso.

FORMULA :

Cada grajea contiene:

Lípidos cerebrales.....	0.025	Glicerofosfato de sodio.....	0.05
Suprarrenal cortical.....	0.025	Glicerofosfato de magnesio..	0.05
Substancia testicular.....	0.025	Lactato de cal.....	0.05
Extracto de levadura vitamínica	0.025	Haba de San Ignacio.....	0.001
		Pasionaria	0.025

Frascos de 80 grajeas.

Dosis: de 6 a 10 grajeas al día.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona Núm. 26.

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

NEUROTONINE

Registro Núm. 15314

SEDANTE - HIPNOTICO - ANTIESPASMÓDICO

FORMULA :

Sal sódica de ácido dietilbarbitúrico.....	3.00
Extracto de raíz de valeriana fresca.....	97.00

Utilísimo en insomnios, agotamiento nervioso, espasmos, estado de ansiedad, etc., etc.

DOSIS :

SEDANTE: Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche
HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS"

Antonio Sola Núm. 58.

MEXICO, D. F.

Dr. Roberto F. Cejudo

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli, 85.

Teléfonos: 13-34-50 y L-43-74

Dr. Teodoro Flores Covarrubias

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

Génova Núm. 39.

Tels.: 14-20-62 y L-72-30

Dr. José Torres Torija

Avenida Madero Núm. 66

TELEFONOS:

Mexicana J-11-33

Ericsson 12-45-48

Dr. Guido Torres Martínez

RAYOS X. TERAPIA PROFUNDA. ELECTROPIREXIA.

Londres Núm. 13

Teléfonos: Eric. 14-65-66 y Mex. L-72-68

Laboratorio médico del

Dr. Alberto Lezama

Regina Núm. 7

Teléfonos: Eric. 12-60-02 y Mex. J-33-06

INTERNADO BINET

CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

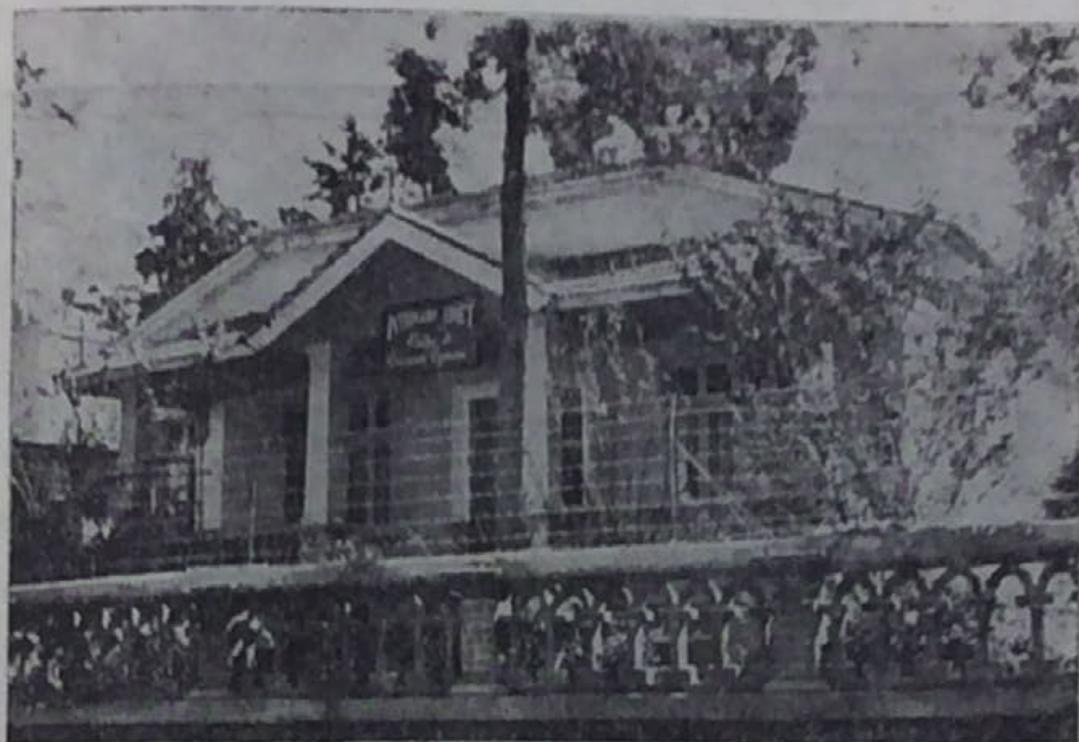
Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Juárez, 140.

Eric. 19-56-49

Coyoacán, D. F.



DIAGNOSTICOS CLINICOS — ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES
Y PEDAGOGICOS — TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora *Lilia Alfaro Vega*.

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: *Dr. Francisco Núñez Chávez.*

Neurología: *Dr. Francisco Elizarraras G.*

Oto-Rino-Laringología: *Dr. Fernando Meléndez.*

Oftalmología: *Dr. José Carlos Fernández McGregor.*

Odontología: *Dr. Enrique Encinas Vélez.*

Pediatría: *Dr. Jorge Muñoz Turnbull.*

Cirugía niños: *Dr. Roberto Portillo Gómez.*

Laboratorio: *Dr. Alberto Lezama.*

Laboratorio Psicotecnia: *Profa. Soledad Crail Reyes.*

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor *Miguel Huerta Maldonado.*

Profesoras: *Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma,*

Laura Alva Iniesta.

ACTIVIDADES ESPECIALES:

Señoritas *María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besseter.*

Administración: Sres. *Claudio Beltrán W. y David Rangel.*

Clínica Neuropsiquiátrica

"Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39.

México, D. F.

Teléfonos L. 72 30 y 14-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

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

Neurocirugía: *Dr. Conrado Zuckermann.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

Gabinete de neurobiología: *Dr. Teodoro Flores Covarrubias.*

Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*

Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto Cejudo.*

Oftalmología: *Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

Odontología: *Dr. Manuel Villalpando Moreno.*

Metabolismo basal: *Dr. Luis Gaytán.*

Masoterapia: *Prof. Heliodoro Maldonado.*

Clínica Neuropsiquiátrica
"Dr. Samuel Ramírez Moreno"
SANATORIO PARA ENFERMOS MENTALES
Y NERVIOSOS

Av. México, 10. Axotla, Villa Obregón, D. F.
Teléfonos F-06-50 y 15-59-59



DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

MEDICO INTERNO RESIDENTE:

DR. ANTONIO LUNA OLIVARES

PRACTICANTE:

JESUS URRIZA

TODO EL PERSONAL ESPECIALIZADO