

Arch Mex Neut y Psiq.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

◆

SUMARIO:

LA SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS NEUROPSIQUIIATRICAS.

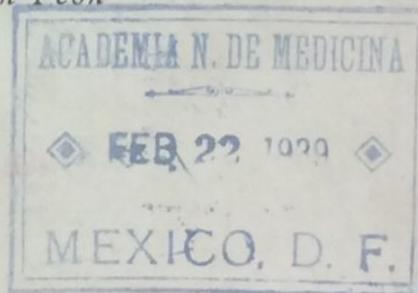
CISTICERCOSIS QUISTICA DEL CEREBRO, CURADA POR INTERVENCION QUIRURGICA.—*Por los Dres. José Rojo de la Vega y Samuel Ramírez Moreno.*

OSTEOMA INTRACRANEANO DEL TEMPORAL IZQUIERDO.—*Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

TUMOR DEL HEMISFERIO IZQUIERDO DEL CEREBELO.—*Por Manuel Velasco y Juan A. Sanen.*

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

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



VOL. V

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 29

1o. DE ENERO DE 1939

MEXICO, D. F.

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



BILUSAN

Registro D. S. P. No. 18373.

Novísimo preparado bismútico en solución acuosa.

Lipótropo. Prácticamente Atóxico.

De fácil absorción, segura eliminación.

Soluble tanto en medios alcalinos como ácidos.

Para inyecciones intramusculares e intravenosas.

Dosificación exacta. Aplicación indolora.

Para el tratamiento de Neuro-sífilis.

Aplíquese solo o en combinación con

NUCLEOPROTIN

Registro No. 17216 D. S. P..

Unico producto proteínico elaborado

de leche de vaca del país,

No precipita al ser mezclado con

BILUSAN

en la misma jeringa.

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

Distribuidores:

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

México

— Veracruz —

Guadalajara

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

EDITOR Y JEFE DE REDACCION:

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN V NUM. 29. 1o. DE ENERO DE 1939. MEXICO, D. F.

Registrado como artículo de 2a. clase el 22 de febrero de 1938.

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

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

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION:

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

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

RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.

HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.

PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.

CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.

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

HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.

PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.

PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.

TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.

TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.

NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.

FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.

LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.

PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES

EN LA REPUBLICA:

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

AGUASCALIENTES: Dr. Salvador Martínez Morones.

BAJA CALIFORNIA: Dr. Raúl López Engellking.

CAMPECHE: Dr. Tomás Quijano.

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

COLABORADORES EXTRANJEROS:

ARGENTINA: Prof. Dr. Osvaldo Loudet, Dr. Helvio Fernández, Dr.
Gonzalo Bosch, Dr. José Belbey y Dr. Mario A. Sbarbi.
BRASIL: Dres. Plinio Olinto, Heitor Péres, José Mariz y José Lucena.
CUBA: Dr. Manuel Galigarcía.
COSTA RICA: Dr. Roberto Chacón Paut.
CHILE: Dr. Juan Garafulic.
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 Men-
ninger y Maurice N. Walsh.
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin y Dr. Paul
Schiff.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
NICARAGUA: Dr. Emilio Lacayo.
PERU: Dr. Honorio Delgado y Dr. Baltasar Caravedo.
URUGUAY: Dr. Antonio Sicco.
VENEZUELA: Dr. León Mir y Dr. J. N. Palis.

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

LUMINAL

M. R.

en la epilepsia, corea, eclampsia,
estados de excitación e insomnio grave

LUMINALETAS

M. R.

Para el tratamiento prolongado de la
epilepsia, en la vasoneurosis, Basedow,
hipertonía, angina de pecho, neurastenia

LUMINAL

M. R.

EN SOLUCION AL 20%

en la epilepsia, eclampsia, tétanos, curas de
desalcaloidización, vómitos de las embara-
zadas. Preparación estable en ampollas para
inyecciones intramusculares

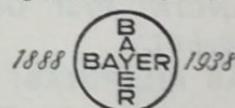
Envases originales:

Luminal, Tubo de 10 tabletas de 0,10 y 0,30 g.

Luminaletas, Frasco de 30 tabletas de 0,015 g.

Luminal (Solución), Caja de 10 ampollas de 1 c. c.

Cincuenta Años



PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS

Regs. Nos. 10946, 1645, 11485 D. S. P

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Casa Bayer, S.A. México, D. F. Apartado 45 bis

La segunda reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas

Del día 20 al 25 de marzo del presente año se celebrará en la capital de la República del Perú la segunda reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas, a las cuales concurrirán distinguidos médicos neurólogos y alienistas de casi todos los países de América. La primera reunión tuvo efecto en Chile, del 4 al 12 de enero de 1937, por iniciativa del Dr. Oscar Fontecilla, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de ese país, quien murió trágicamente a manos de un enfermo mental en el ejercicio de su noble profesión.

El objeto de la primera reunión, fué el de agrupar a los neuro-psiquiatras de las repúblicas occidentales de América, pero por el hecho de haber asistido también especialistas argentinos y uruguayos, se acordó darles el carácter de Pan-Americanas a las siguientes, para que estuviesen representadas en ellas, la totalidad de los países del Continente. En la última sesión, y a propuesta del distinguido catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Buenos Aires, Dr. Nerio Rojas, se designó la ciudad de Lima como sede de la segunda reunión, la cual se ha venido preparando bajo el auspicio del Presidente del Perú, del Ministro de Salubridad Pública, Trabajo y Previsión Social, de la Universidad Mayor de San Marcos y de la Facultad de Ciencias Médicas.

Es altamente significativo, el hecho de que en la propia capital del Perú coincidan con poco tiempo de diferencia dos congresos de gran importancia: uno que consistió en la Octava Conferencia Pan-Americana que hace poco tiempo celebróse, y que tuvo como fin principal buscar el mayor acercamiento de los pueblos americanos, la lucha en pro de la paz, y la adopción de medidas comerciales, políticas y diplomáticas que tienden a alcanzar la armonía y la amistad recíproca

de los países del Continente; la segunda se refiere a estas Jornadas Neuro-Psiquiátricas cuyo objetivo fundamental es que los médicos que consagran su vida al ejercicio de la Neurología, de la Psiquiatría y de la Medicina Legal, den a conocer sus experiencias, sus estudios y sus investigaciones sobre estas disciplinas y también para estrechar más las ligas de camaradería que unen a los especialistas de América, por lo que tal vez, los resultados de la reunión sean más firmes, más sinceros y quizás más nobles que los de los congresos de carácter político o diplomático.

Para México, que espiritual y racialmente está vinculado con las naciones latinas, pero que debido a la distancia y a la carencia de comunicaciones fáciles no tiene con ellas mayor contacto, especialmente en el terreno intelectual, constituye un motivo de complacencia la celebración de estas Jornadas, pues la labor médica que en ellas se desarrollará, pondrá más en contacto a nuestros especialistas con los países hermanos y afirmará más nuestras relaciones fraternales.

En las Jornadas se van a presentar trabajos y ponencias de especial importancia, entre las cuales podemos citar: "Fundamento Biológico de la Incapacidad Civil de los Enfermos Mentales"; "La Anatomía, la Fisiología y la Cirugía del dolor"; "Hipocondría y Manifestaciones Hipocondríacas"; "Tratamiento de la Esquizofrenia"; "Servicio Social en la Asistencia de los Enfermos de la Mente" y "Deontología en la Práctica del Seguro Social".

Concurrirán distinguidos neurólogos, psiquiatras y médicos legistas como son los siguientes: Profs. Dres. Nerio Rojas, Manuel Balado, V. Dimitri, José Odoriz, Arturo Ameghino, Juan Ramón Beltrán y Gonzalo Bosch, de Argentina; Gonzalo Olaechea, Oscar Trelles, Honorio Delgado, Baltasar Caravedo, G. Hernández Dávila y Luis Angel Ugarte, del Perú; Hugo Lea Plaza, Fernando de Allende Navarro, Arturo Vivado O., Elías Malbrán y Baldomero Arce Molina, de Chile; E. Vampré, A.C. Pacheco e Silva y H. Tanner de Abreu, del Brasil; David Capriles y Juan Mendoza, de Bolivia; Maximiliano Rueda y Guillermo Uribe Cuala, de Colombia; Raimundo de Castro, de Cuba; José María Estapé y Antonio Sicco de Uruguay; y Julio Endara, del Ecuador.

Las ponencias oficiales encomendadas a médicos mexicanos son:

"Deontología en la Práctica del Seguro Social".—Dr. José Torres Torija.

"Hipocondría y Manifestaciones Hipocondriacas".—Dr. Juan Peón del Valle.

"Tratamiento de la Esquizofrenia".—Dr. Samuel Ramírez Moreno.

La "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal", se complace en desear el mayor éxito a esta reunión científica y no duda que los interesantes trabajos que van a presentarse repercutan en beneficio de la práctica neurológica, psiquiátrica y ramas afines. Igualmente felicita a los Profs. Dres. Honorio Delgado y Oscar Trelles organizadores de las Jornadas, por el interés y la eficacia con que las han venido preparando.

S. R. M.

REG. N° 7168 D.S.P.



**PEPTONA - BOLDO -
SULFATO DE MAGNESIA**

PEPTOCHOL
MARCA REG. U.M.M.

*agente de canalización
médica de las*
VIAS BILIARES
POLVO FACILMENTE SOLUBLE

UNION MEDICA MEXICANA, S.A.
MEXICO, D.F.

Maneul María Contreras 26
Prop. núm. 13156



RECONSTITUYENTE FOSFORADO
UTIL COMO



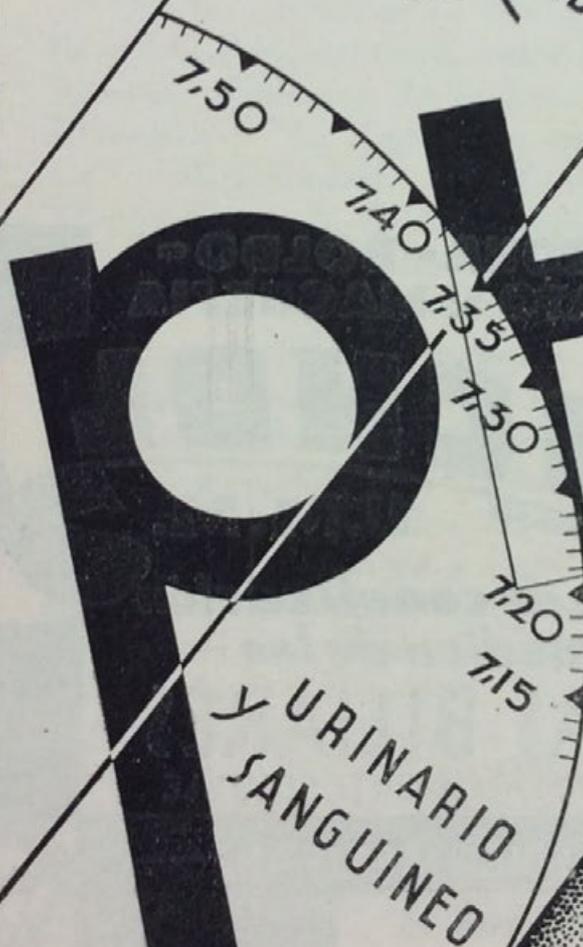
TONICO NERVIOSO Y GENERAL

AUXILIAR POR SUS PROPIEDADES EN LAS
PERTURBACIONES DE LA NUTRICION

DISPEPSIAS
FOSFATURIA
DERMATOSIS
CIERTAS JAQUECAS
PRETUBERCULOSIS
NEURASTENIA
INAPETENCIA

ciertas formas de
REUMATISMO CRONICO
ciertas
CONVALENCIAS

PHOSOFORME
MODIFICADOR
del



PROP. No. 12010

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

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

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

Cisticercosis Quística del Cerebro curada por Intervención Quirúrgica

Por los Dres. JOSE ROJO DE LA VEGA
y SAMUEL RAMIREZ MORENO

El caso a que nos vamos a referir fué presentado a uno de nosotros (Ramírez Moreno) para su estudio, por la Srta. Dra. Lucía Aburto, pues el paciente, que había sido sometido a tratamientos intensos antilúéticos por otros colegas —quienes pensaron se tratase de sífilis cerebral—, empeoraba cada día. La historia clínica resumida es la siguiente:

J. E. de 32 años de edad, casado, comerciante y natural de la ciudad de México, donde siempre ha vivido; tiene como antecedentes patológicos haber sufrido blenorragia, disentería y absceso rectal, posiblemente de origen hemorroidario y que ha dejado una fístula.

Cuatro meses antes de nuestro examen, de modo paulatino, se ha venido instalando hemiparesia derecha con paresia facial del mismo lado; además, sensación de compresión en la región occipital que se presentaba varias veces al día con duración aproximada de una hora, y que poco a poco ha seguido en aumento hasta hacerse continua, al grado de que en los últimos tiempos le impedía dormir, o lo despertaba durante la noche; torpeza mental, lentitud en la asociación de sus ideas, disminución de la memoria, afasia en forma de afemia y agrafia.

En la exploración comprobamos la hemiparesia derecha con paresia facial central del mismo lado, incoordinación ligera en la marcha, trastornos afásicos motores, en la expresión oral y gráfica; hiperreflexia tendinosa y osteoperióstica del lado derecho, reflejos abdominales y cremasterianos exaltados, movimientos espontáneos, torpes del lado parético, to-

no muscular aumentado, sensibilidad normal, cefalea de poca intensidad que se acentuaba un poco a la percusión del cráneo y a los movimientos bruscos de la cabeza; bradicardia intermitente e hipoestesia corneal y conjuntival izquierda. Desde el punto de vista psiquiátrico apreciamos obnubilación mental con marcada bradipsiquia, amnesia de fijación, cierta indiferencia y sugestibilidad.

Con los datos anteriores formulamos el diagnóstico de *tumor cerebral fronto-parietal-izquierdo*.

El examen del líquido céfalo-raquídeo practicado dos meses antes de nuestra observación dió los siguientes datos:

Aspecto: agua de roca.

Presión inicial: 53 cms. manómetro de Claude.

Presión final: 30 cms. (sentado el paciente).

Coagulación: nula.

Formación de película: Negativa.

Globulinas:

Reacción de Pandy: Negativa.

Reacción de Nonne Apelt: Negativa.

Reacción de Noguchi: Negativa.

Dosis de albúmina: 0.22 X 1000 c. c.

Examen citológico: 1 leucocito X m. m.. c.

Reacción de Wassermann: Gradual. Negativa con 1 cc. de líquido céfalo-raquídeo y cantidades menores. (Antígeno Bordet-Ruelens). Reacción de Lange: 0001010000 (Dr. Gutiérrez Villegas).

Reacción de fijación para la T: Dió un resultado negativo. (Dr. Gutiérrez Villegas).

Le practicamos al paciente la pneumoencefalografía por vía lumbar y al tomar la tensión del líquido encontramos que había descendido considerablemente en relación a lo que acusaba la tensión anterior, pues en esta vez sólo marcaba 10 c. c. con manómetro de Claude en posición vertical, lo que nos hizo temer un asentamiento del encéfalo, y con la maniobra de Queckensteadt subió la tensión a 11 c. c., por lo que tuvimos la precaución de sólo inyectar 20 c. c. de aire estéril, extrayendo 30 c. c. de líquido, pero abrigábamos temores de que no hubiera ascendido a los ventrículos; sin embargo, los encefalogramas nos dieron datos importantísimos, pues como se puede apreciar en las figuras, hay marcado rechazo de los ventrículos laterales hacia el lado derecho, con deformación y disminución de tamaño del ventrículo izquier-

do, lo cual revela proceso compresivo por un tumor de gran volumen situado en el cuadrante supero-externo-izquierdo de la cavidad cefálica. (Dr. Flores Covarrubias).

El encefalograma en posición occipucio-placa puede conceptuarse como casi patognomónico de tumor cerebral.

Se aprovechó el líquido extraído para hacer un nuevo análisis cuyos datos principales fueron los siguientes:

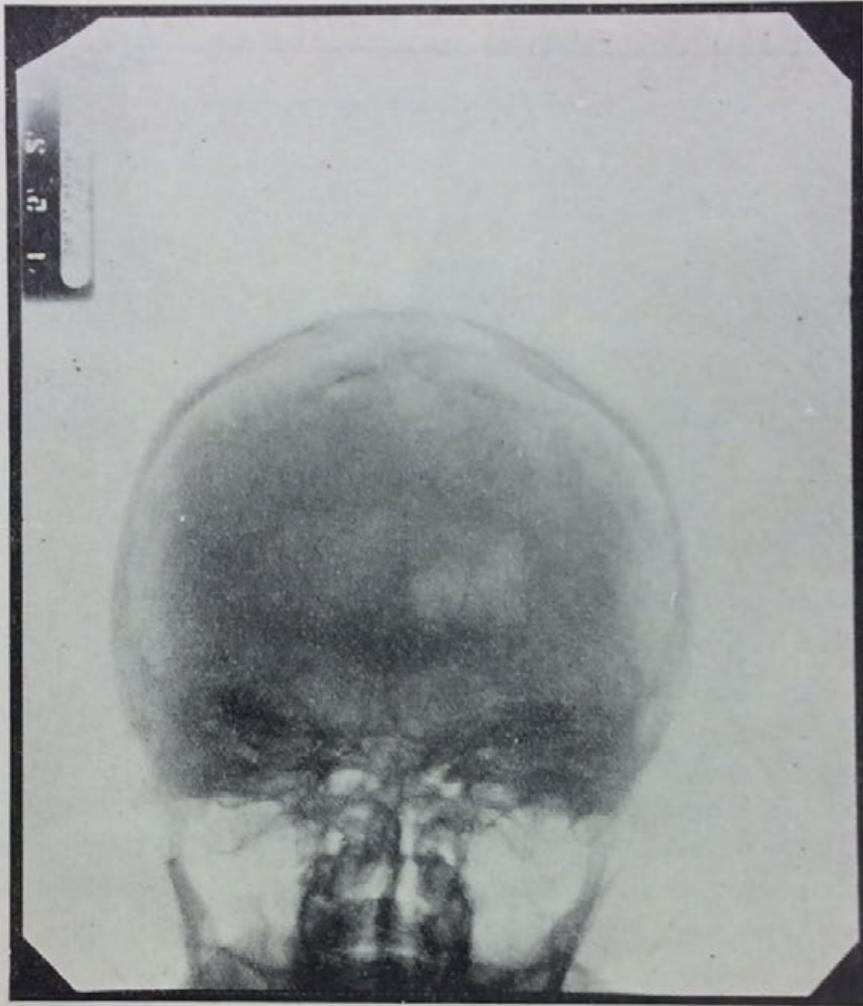


Fig. 1.—Encefalograma en posición occipucio-placa. Desalojamiento del sistema ventricular hacia el hemisferio cerebral derecho con compresión del ventrículo lateral izquierdo.

Dosificación de glucosa: 77 mlgrms. por 100 c. c. de líquido.

Cloruros: 850 mlgrms. por 100 c. c. de líquido.

Pues todos los demás fueron sensiblemente iguales a los del primer examen.

El estudio encefalográfico asociado a los resultados del

examen clínico, nos aseguró la existencia del tumor por lo cual señalamos como único tratamiento adecuado el operatorio.

El procedimiento quirúrgico fué el siguiente (Rojo de la Vega): Se administraron cucharadas polibromuradas durante tres días antes de la operación, dándosele la noche anterior y en la mañana misma una cápsula de Nembutal; una hora antes de que fuera llevado a la sala de operaciones se

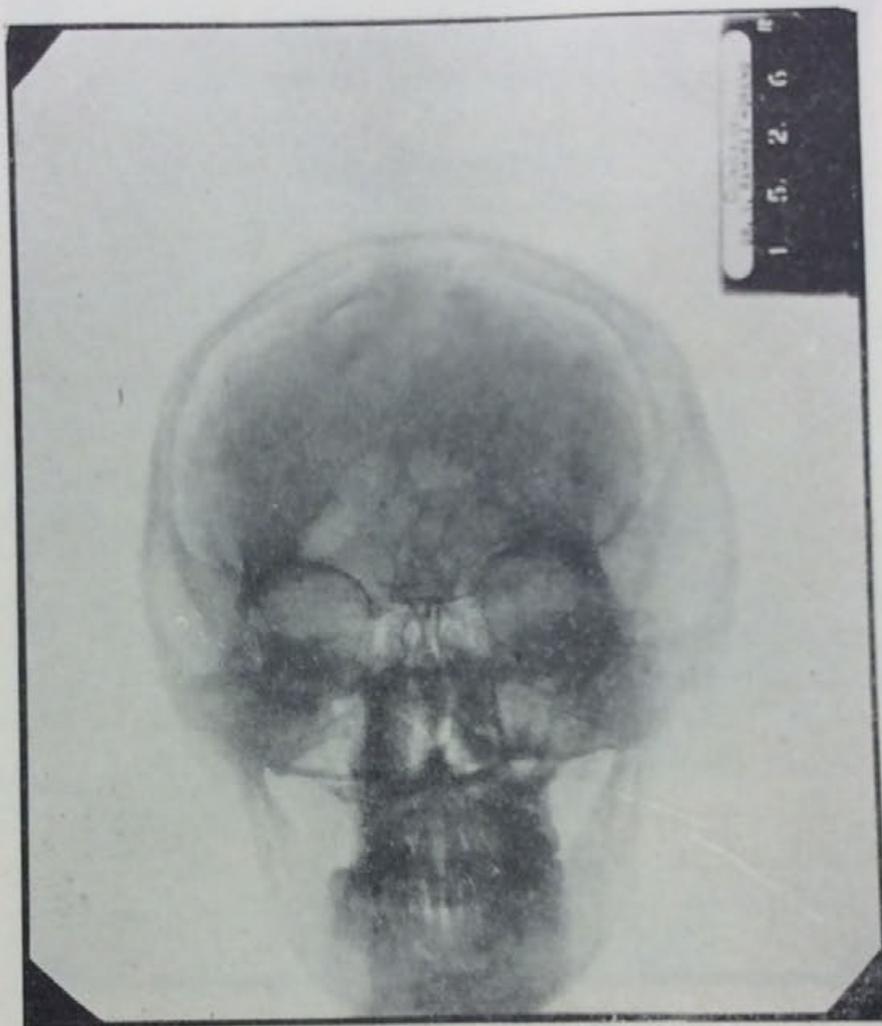


Fig. 2.—Encefalograma en posición frente-placa. Se hace muy aparente la deformación del ventrículo lateral izquierdo.

le puso una ampolleta de Sedol (debemos añadir, que durante varios días estuvo recibiendo 20 cms. de solución hipertónica salada).

Llevando en el hemicráneo izquierdo marcada de una manera práctica las zonas por intervenir, tras antisepsia y aislamiento del campo, se infiltraron sesenta centigramos de

novocaina; espera de diez minutos; colgajo de grande curvatura hecho en todo el espesor de las partes blandas, siguiendo la línea que de antemano se había trazado, despegamiento de periostio, seis trépanos circulares que se unieron a los superiores con cinco cortes de sierra de Gigli; corte de cincel en cada uno de los de la base; levantamiento del colgajo osteo-músculo-cutáneo por medio de dos palancas; durante estas maniobras solamente observamos cierto grado de dolor en una pequeña zona del colgajo blando; al descubrirse la ca-

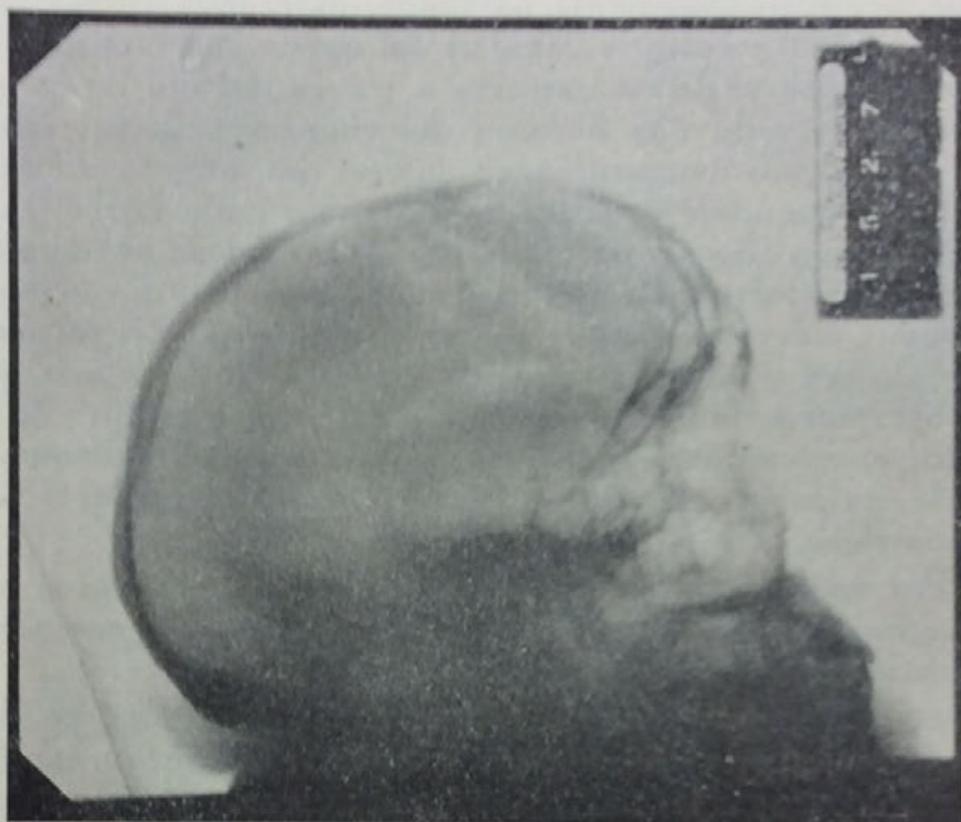


Fig. 3.—Encefalograma en posición lateral-derecha-placa. Igualmente se nota la deformación del ventrículo lateral izquierdo.

vidad craneana no observamos ni percibimos latidos cerebrales; punción sobre la zona descubierta; extracción superficial de líquido color agua pura, sensación de cavidad libre, lo que nos hizo pensar en un quiste seroso; levantamiento de la capa del quiste con un punto de catgut atraumático; desbridación de tres centímetros crucialmente; referencia de cada uno de los cuatro colgajos con sendos puntos de catgut; extracción con jeringa de cristal de 15 cms. de líquido límpido; en una de tantas aspiraciones se adhirió al extremo una especie de nata blanquizca que con mucho cuidado extrajimos

y con gran sorpresa miramos que se trataba de un parásito que, por el momento y dada la gran cantidad de líquido estimamos se trataba de hidátide y que después de examen hecho por el Dr. Perrín se identificó como *Cisticerco celulosae*; la cavidad en relación al cráneo era enorme, el dedo no alcanzó su fondo hacia la línea media interior, las paredes internas eran lisas, lustrosas, dejando percibir muy gruesos vasos, sobre todo en su parte superior hacia donde se encontraba rechazado y comprimido el hemisferio cerebral izquierdo; era imposible, quirúrgicamente hablando, extraer la bolsa; rellenamos a poca presión la cavidad del quiste con una gasa yodoformada, sacando un extremo a través de uno de los trépanos óseos y de una incisión del cuero cabelludo; reposición del colgajo ósteo-cutáneo; sutura con surgete de seda; apósito con vendaje de capelina sostenido en la barba y cuello; a los tres días se extrajo la gasa colocándose un tubo delgado con dos valvas al exterior, el cual cada tercer día se iba recortando; cicatrización por primera intención. La recuperación psíquica y motriz fué rápida y admirable. La evolución post-operatoria, fuera de un estado de sopor que duró 48 horas, fué enteramente satisfactoria y cada día observábamos así decirlo, palpable y gradual mejoría. Actualmente está sano por completo.

Por tratarse de un caso interesante, pues son muy poco frecuentes en México las cisticercosis del cerebro nos parece adecuado señalar los siguientes datos:

Según Brumpt, la tenia solium tiene generalmente de 2 a 3 metros, puede llegar hasta 8 metros; la cabeza, globulosa, mide cerca de un milímetro de diámetro, tiene una doble corona de 25 a 30 ganchos, cuatro ventosas salientes, arredondadas, cuello corto, delgado, poros genitales regularmente alternos; los huevos (embrióforos globulosos) de 31 a 56 micras; esta tenia vive generalmente sola en el intestino, es un animal tan cosmopolita como el cerdo, que le sirve de habitación intermediaria, su frecuencia ha disminuído muchísimo en los países civilizados.

Los huevos de tenia solium pueden ser ingeridos en las materias fecales directamente o de manera indirecta por muchos mamíferos, su habitación normal es el cerdo, accidentalmente el hombre; los huevos diseminados en el suelo pueden vivir largo tiempo; ingeridos por el intermediario su corteza se disuelve por los jugos digestivos, poniéndose en libertad

el embrión hexecantho de 20 micras; son capaces de viajar en las más finas ramificaciones capilares del aparato circulatorio y linfático; ayudados por sus poderosos ganchos atraviesan al principio la pared del tubo digestivo, para entrar en los vasos porta o en los linfáticos que los llevan al corazón derecho, después al corazón izquierdo, de donde son lanzados

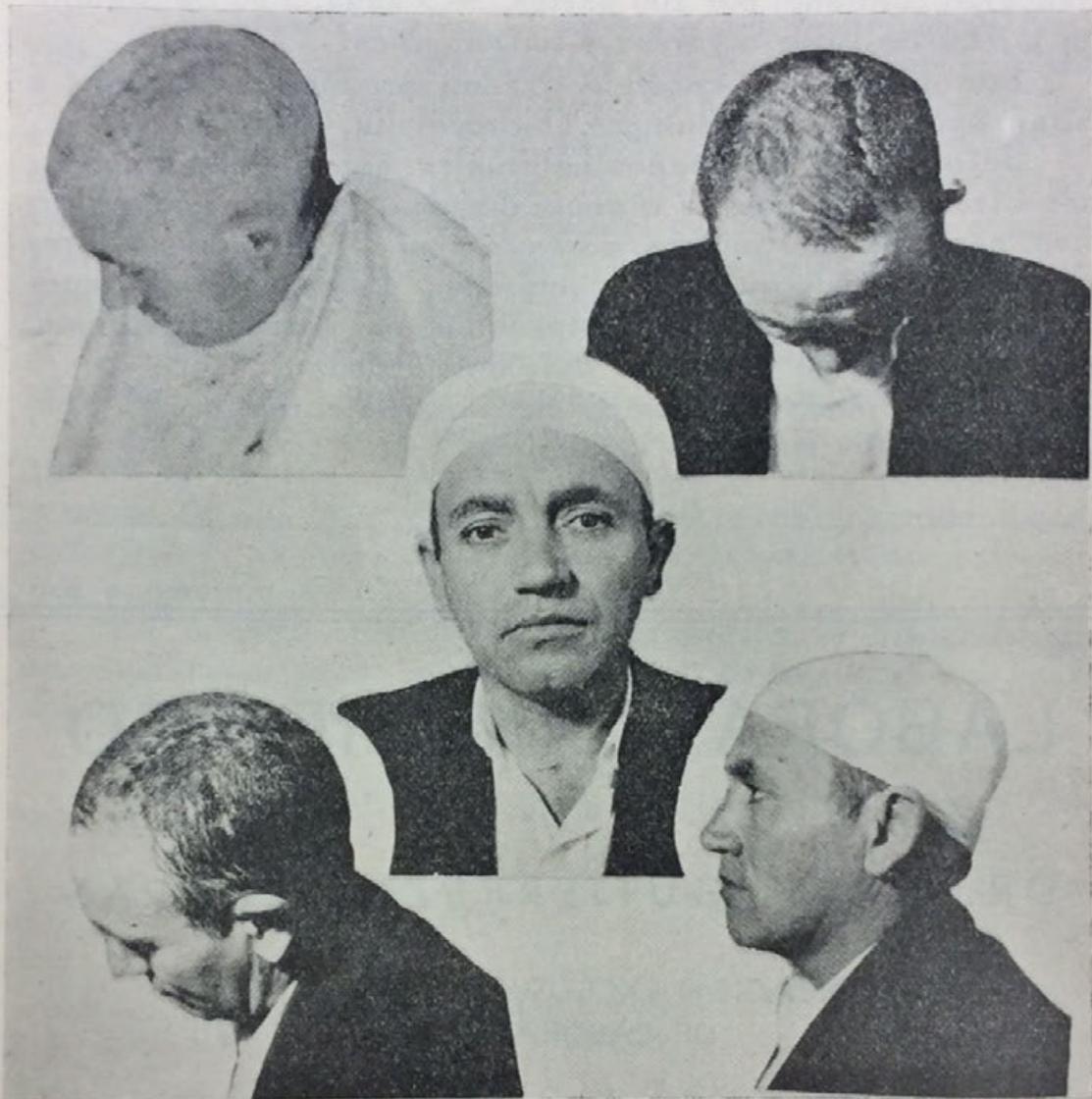


Fig. 4.—Diversos aspectos del enfermo después de la operación

por la circulación mayor al tejido conjuntivo, músculos y vísceras donde penetran activamente. Una vez fijos en estos diversos puntos, crecen rápidamente, se vuelven hidrópicos, se les forma cabeza y al fin de cuatro meses el cisticerco maduro entra en una fase de reposo.

La larva es conocida bajo el nombre de *Cysticercus cellulosae*; en los órganos que ejercen presiones iguales en todos sentidos es esférica (piel), en los órganos donde no puede desarrollarse libremente toma forma irregular. (*Cysticercus racemosus del cerebro*), en la mayoría de los casos, esta larva tiene una envoltura quística que proviene de la reacción del tejido parasitado, el líquido que llena la vesícula caudal del cisticercos contiene, por 100 partes, 96.5 agua, 2.90 de albúmina y 0.60 de sales diversas y leucomainas.

Los quistes del encéfalo pueden producir congestión e inflamación de las meninges, hidrocefalia, ependimitis.

Se observan fenómenos habituales, cefalalgia, convulsiones diversas localizadas o generalizadas, ataques epileptiformes, parálisis, contractura, corea, ataxia, temblores y alteraciones de la palabra y de la marcha. Estos diversos fenómenos están a menudo acompañados de vómitos, vértigos, algunas veces de estrechez del campo visual.

En 197 observaciones de cisticercosis cerebral, Y. Vosgien revela los síntomas siguientes:

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas
Funcionales - Metabolismo Basal

Vacunas Autógenas - Antígeno metílico tuberculoso.

Eric. 3-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

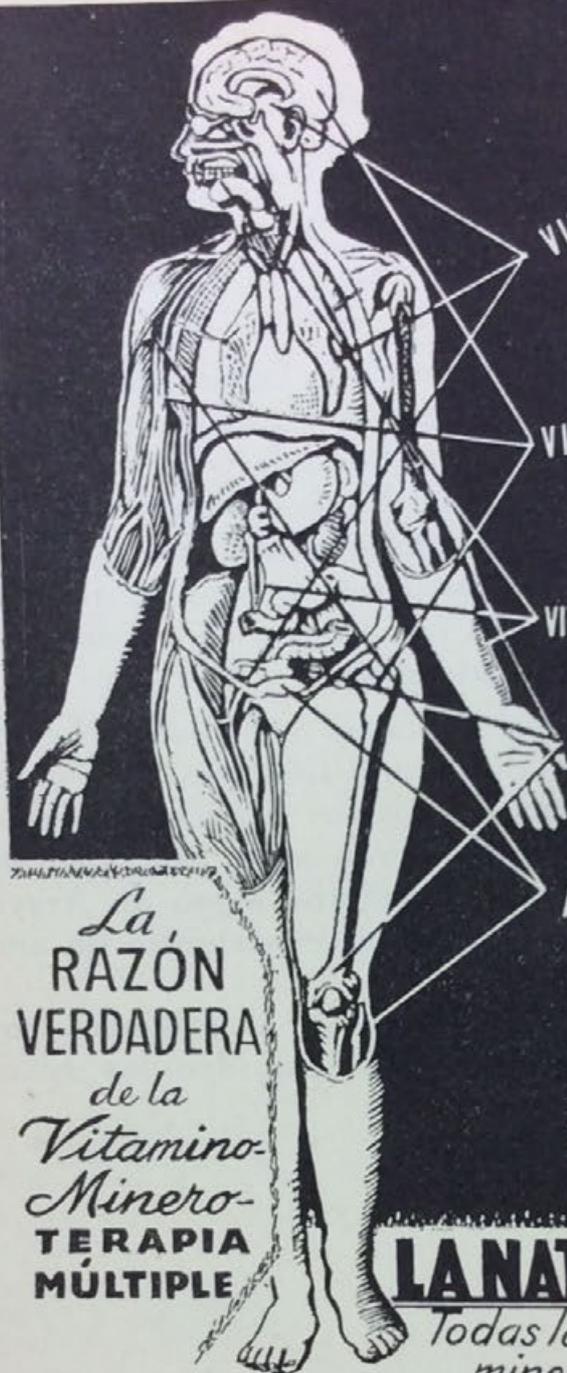
Cefalalgia, 115. Parálisis, 62. Epilepsia, 52. Convulsiones, 46. Vómitos, 42. Vértigos, 41. Síncopes, 40. Debilidad de las piernas, 30. Agitación, 26. Alteraciones de la inteligencia, 25. Alteraciones de la vista, 25. Debilidad general, 20. Anorexia, 20. Calambres, 20. Relajación de los esfínteres, 18. Zumbidos, 19. Pérdida de la memoria, 17. Alteraciones mentales, 17. Somnolencia, 17. Alteraciones de la palabra, 14. Sin síntomas, 20.

El Dr. Isaac Horvitz (1) presentó a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal de Chile, un enfermo semejante al nuestro, que presentaba hemiplejía derecha con afasia pero en quien los exámenes de Wassermann y Khan en la sangre fueron positivos, por lo que se pensó en trombosis cerebral de origen sifilítico, mas el padecimiento se acentuó y en un ictus murió el enfermo. A la autopsia se encontró la existencia de cisticercosis cerebral difusa.

El Dr. Horvitz hace hincapié en casos como éste de cisticercosis cerebral que se prestan a confusión con lúes cerebral por haber signos serológicos positivos y en otra observación hecha con el Dr. Fontecilla vieron a un paciente que además de los datos serológicos, presentaba signo de Argyll Robertson. (Pudo haberse tratado de la coexistencia de ambos padecimientos).

En nuestro caso hubo esta confusión al principio por otros colegas, pero en el líquido céfalo-raquídeo las reacciones luéticas fueron negativas.

(1) Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas, Año 2, No. 7, Santiago de Chile.



VITAMINA A

Senos etnóideos, ojos, nariz, dientes y encías, vasos sanguíneos, nervios, hígado, cápsulas suprarrenales, vejiga, riñones, músculos, piel, oídos, lengua, tiroides, pulmones, corazón, mamas, tubo digestivo, órganos sexuales.

VITAMINA B₁

Cerebro, vasos sanguíneos, nervios, cápsulas suprarrenales, páncreas, músculos, piel, hipófisis, lengua, tiroides, timo, pulmones, corazón, mamas, bazo, huesos y articulaciones, tubo digestivo, órganos sexuales.

VITAMINA B₂ (G)

Cerebro, dientes y encías, músculos, nervios, vasos sanguíneos, piel, pelo, tubo digestivo.

VITAMINA C

Ojos, dientes y encías, vasos sanguíneos, nervios, huesos y articulaciones, hígado, cápsulas suprarrenales, músculos, piel, tiroides, pulmones, corazón, huesos, tubo digestivo, órganos sexuales.

VITAMINA D

Dientes y encías, vasos sanguíneos, nervios, huesos y articulaciones, vejiga, riñones, músculos, paratiroides, pulmones.

SUBSTANCIAS MINERALES

Calcio, fósforo, yodo, hierro, manganeso, cobre, magnesio, zinc.

La
RAZÓN
VERDADERA
de la
Vitamino-
Minero-
TERAPIA
MÚLTIPLE

LA NATURALEZA EXIGE

Todas las vitaminas y sustancias minerales enumeradas

EL VI-SYNERAL *Proporciona*

(FUNK-DUBIN)

Vitaminas A, B₁, B₂ (G), C, D, E, en potencias terapéuticas equilibradas y combinadas sinérgicamente con sales minerales.

U. S. Vitamin Corporation, Nueva York, E. U. de A.

Representantes:

DISTRIBUIDORA PRODUCTOS BALDACCI

Regina No. 49.

MEXICO, D. F.

Eric. 3-40-85

Osteoma Intra-Craneano del Temporal Izquierdo

Por el Dr. SAMUEL RAMIREZ
MORENO

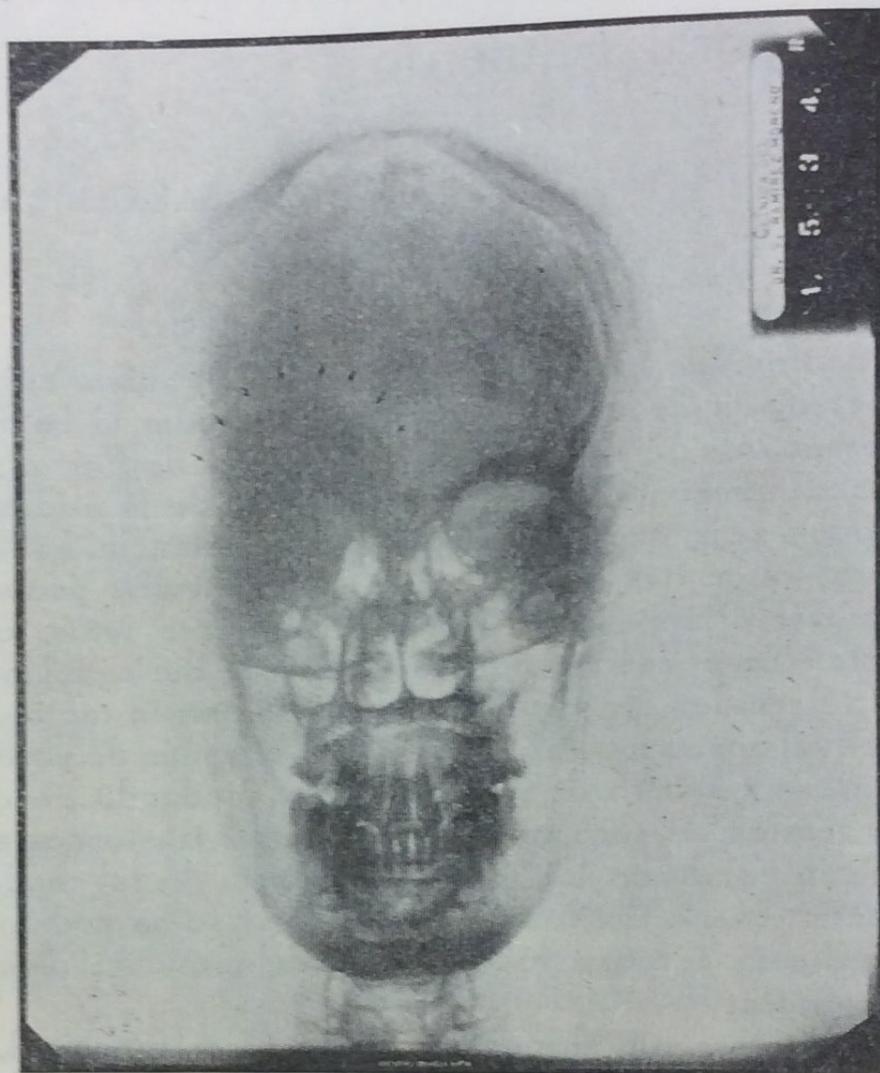
El distinguido cirujano Dr. Fernando Valdés Villarreal, tuvo la atención de enviarnos, para su estudio, a la Sra. G. B. V., persona de 56 años de edad, originaria de Parras, quien desde hace muchos años sufrió la pérdida de la audición en ambos oídos, pero que, fuera de esta circunstancia, había sido en general sana, hasta 4 ó 5 años en que viene padeciendo diversos trastornos nerviosos, principalmente ictus, que se manifiestan en el caso, por pérdida brusca del conocimiento, caída con flaccidez del sistema muscular y por lo tanto, carencia de convulsiones tónicas o clónicas, y después de poco tiempo, la enferma recobra el conocimiento quedando en ocasiones, con cefalea de poca intensidad. Estos trastornos se han venido acentuando en los últimos tiempos, de tal modo, que se presentan casi a diario, pero además se le ha podido apreciar manifiesta torpeza mental, con disminución ostensible de la memoria.

A la exploración minuciosa orgánica y funcional, solamente se encontraron como datos interesantes: bradicardia moderada, 68 pulsaciones por minuto; hiperreflexia tendinosa y osteoperióstica generalizada, principalmente de los reflejos patelares, retardo en la percepción de la sensibilidad táctil, dismetría apenas esbozada, así como insignificante incoordinación en la marcha.

La enferma nos manifestó que apreciaba su torpeza mental acompañada de apatía, dificultad para engranar sus ideas y evocar recuerdos.

Teniendo estos escasos datos, se recogieron otros de

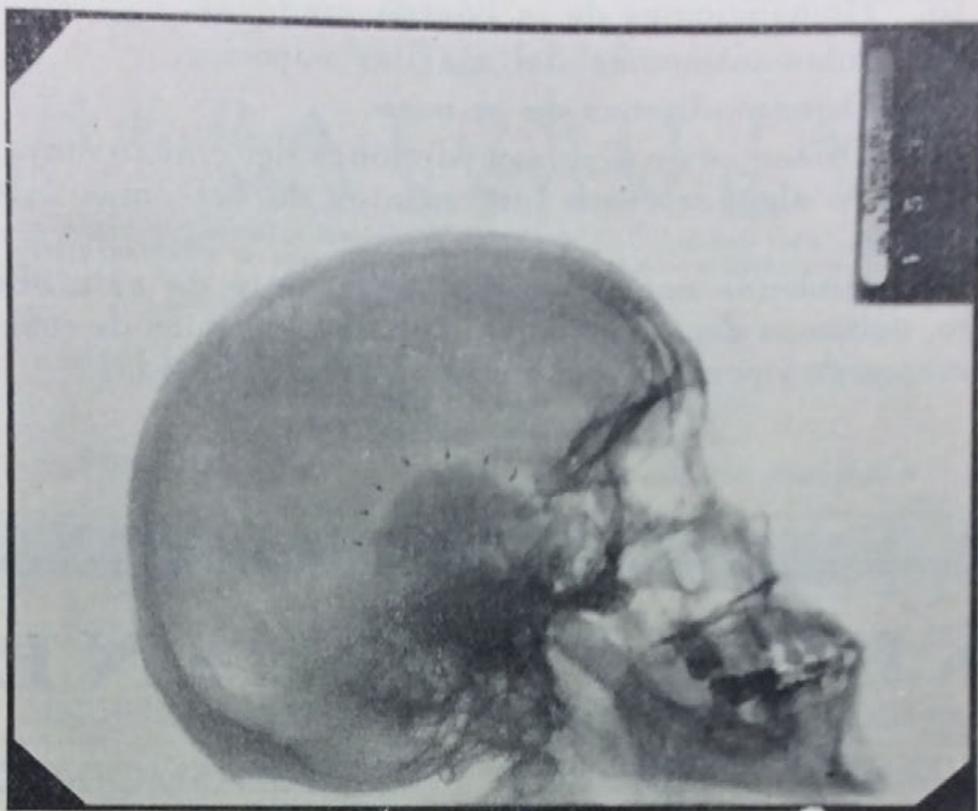
laboratorio entre los cuales figuran la presencia de albúmina en la orina, 0.71 grs. de linfocitosis sanguínea, pero los más importantes fueron proporcionados por el examen radiográfico. Se intentó que la paciente aceptase le fuera practicada la encefalografía, pero tanto ella como sus familiares se opusieron, y entonces sólo se le tomaron radiografías simples de cráneo, en las cuales se pudo comprobar la existencia de una



(1) Osteítis fibrosa de la roca izquierda. Vista frente-placa.

sombra de bastante opacidad a los rayos Roentgen, situada en la cara endo-craneal del temporal izquierdo, precisamente sobre el peñasco. Esta imagen radioscópica de forma arredondada y de contornos netos, como se puede ver en las radiografías, que fueron hechas por el Dr. Teodoro Flores, por sus características corresponden a un tumor óseo de naturaleza benigna (osteoma), probablemente extra-meníngeo.

La existencia de este proceso nos explica el cuadro clínico y los ictus, motivados por hipertensión craneana y trastornos de la circulación cerebral, por lo que aconsejamos fuese sometida la enferma a intervención quirúrgica, cuando menos para favorecer la descompresión cerebral, a lo cual es un principio los familiares se opusieron, pero debido a la insistencia del médico de cabecera, Dr. Valdés Villarreal, se llevó a cabo



(2) Osteítis fibrosa de la roca izquierda. Vista lateral-izquierda-plana

la operación por el mismo cirujano con resultados tan brillantes, que la enferma ha quedado completamente restablecida, ya que han desaparecido los síntomas que antes narramos y de modo especial los ictus.

El referido Dr. Valdés Villarreal, que seguramente publicará los detalles de la intervención, nos informa que el estudio histopatológico del tumor extirpado corresponde a una forma de osteítis fibrosa.

En el presente caso se demuestra que este tumor óseo que estaba produciendo síntomas serios, operado convenientemente por manos hábiles, conjuró el cuadro clínico y ha mejorado notablemente a la paciente, por lo que es demostrativo en lo que se refiere a la indicación operatoria en casos análogos, si

éstos se apoyan en el diagnóstico adecuado y en la intervención correcta. En efecto, la mayor parte de los osteomas intracranianos, tratados quirúrgicamente dejan en satisfactorias condiciones a los pacientes, y así por ejemplo, Cushing en alguna de sus estadísticas refiere que en 29 intervenciones solamente tuvo un caso desfavorable. Las formas principales de osteomas encontrados por este autor han sido:

- 1o. Hemangiomas de la bóveda craneana.
- 2o. Adamantinomas del maxilar superior.
- 3o. Osteocondromas de la base.
- 4o. Osteomas de diversas porciones del cráneo entre los que observó algunos casos interesantes de osteomas orbito-etmoidales.

Refiriéndonos nuevamente a la paciente de esta observación, debemos decir que, hasta la fecha, después de más de dos meses de operada, continúa en perfecto estado.

NEUROTONINE

Registro No. 15314

SEDANTE HIPNOTICO ANTIESPASMODICO

FORMULA :

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

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

DOSIS :

Sedante.—Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche.
Hipnótica.—Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS", PARIS

Representante para la República Mexicana:

JUAN DE OLLOQUI

Antonio Sola No. 58.

México, D. F.

¡Industria Argentina!

EXTRACTO

HEPATO-GASTRICO MASSONE

1,000% entre ambas glándulas

Asociación de los principios antianémicos extraídos del hígado de ternera y de la mucosa gástrica (región antro-pilórica) a una concentración elevada, reforzada por sales de cobre, hierro y manganeso.

Reg. No. 19319 D. S. P.

HEPATO BILIAR MASSONE

Colagogo y Colerético Racional. Estimulante Fisiológico de las Funciones Hépatobiliares a base de Productos Opo-, Fito- y Quimioterápicos.

Reg. No. 19301 D. S. P.

INSTITUTO MASSONE

Buenos Aires (Rep. Argentina) Director Científico: Dr. F. Piccaluga

Solicite Muestras y Literatura al Distribuidor:

VICTOR MESTER

Av. Madero 40, Desp. 208-10

Ap. 1250, México, D. F.



EL MEDICAMENTO DE ELECCION EN LA EPILEPSIA

T A B L E T A S D E

EPILAMINA RICHTER

Asocia el bromuro de potasio y el feniletilbarbiturato sódico, produciendo UNA POTENCIACION DE EFECTOS y permitiendo reducir la dosis. El calcio y la vitamina D DISMINUYEN LA ALCALOSIS, regulan el sistema neurovegetativo y aumentan la capacidad desintoxicante de los leucocitos.

INDICADA TAMBIEN EN TODOS LOS ESTADOS DE HIPEREXCITABILIDAD NERVIOSA Y PSIQUICA

DOSIS: DOS A CINCO TABLETAS DIARIAS

Doctor Carlos Pavón A.

Enfermedades Nerviosas y Mentales

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

Dr. Roberto F. Cejudo

Transfusiones Sanguíneas

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

Dr. Teodoro Flores Covarrubias

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO.

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

Dr. Jorge Torres Martínez

CIRUJANO DENTISTA.

Av. Hidalgo No. 19. Teléfono: L-33-15

Dr. Guido Torres Martínez

Rayos X. Terapia profunda.
Electropirexia

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

Dr. Guillermo Dávila G.

Enfermedades Nerviosas y
Mentales

Regina No. 58.
Teléfonos:
Eric. 2-69-39. Mex. J-14-41.

Tumor del Hemisferio Izquierdo del Cerebelo

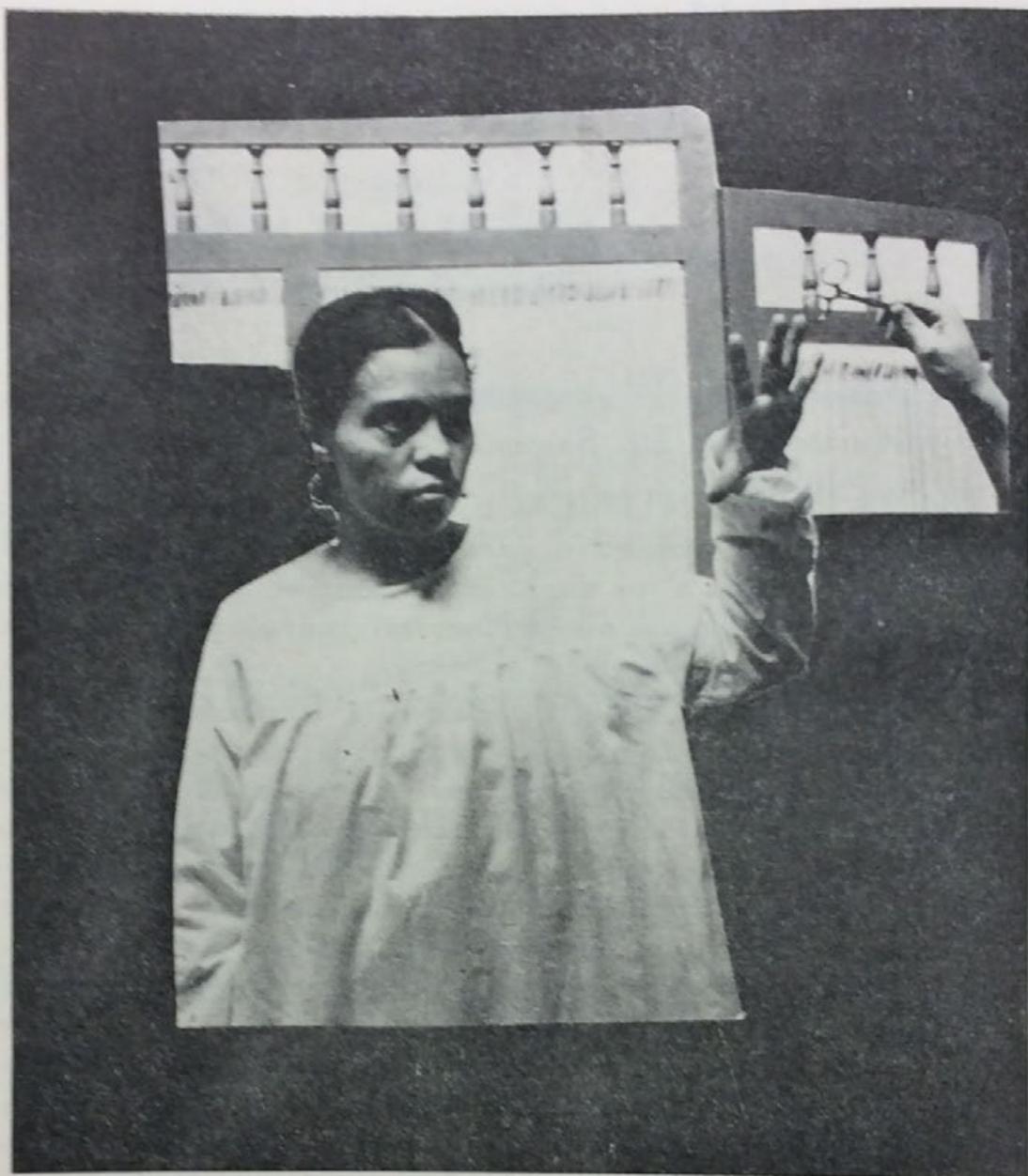
Por los Alumnos de Medicina MANUEL
VELASCO y JUAN A. SANEN.

(Historia clínica de un caso estudiado en la Cátedra de Neuro-psiquiatría del Dr. Samuel Ramírez Moreno).

FICHA DE IDENTIFICACION.—Petra Avalos, del sexo femenino, de 38 años de edad, casada, originaria de Hostotipaquillo, Jal., dedicada a los quehaceres domésticos; durante su estudio estuvo internada en el Hospital Juárez, y después en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno.

FICHA DE ANTECEDENTES.—*a).* *Personales no patológicos:* sus costumbres, género de vida, alimentación y sitios de residencia, no ofrecen importancia; es casada desde la edad de 22 años; tiene dos hijos que nacieron a término y son sanos. *b).*—*Personales patológicos:* en su infancia padeció sarampión, catarros y frecuentes trastornos del aparato digestivo; por interrogatorio indirecto me informa que también en su infancia, presentó un "ataque nervioso" de caracteres que no pudieron precisarse y que sus familiares relacionan con un choque emotivo; posteriormente padeció paludismo. *c).*—*Familiares:* su padre, trabajador minero, murió de un padecimiento del aparato respiratorio; fué siempre sano y aparentemente no hay datos en él que hagan sospechar la herencia patológica de nuestra enferma; su madre ha sido sana hasta la fecha. Tres tíos maternos han padecido "ataques nerviosos" cuyos caracteres se ignoran; ella es la tercera de cuatro hermanas; la menor de sus hermanas padece "ataques" muy semejantes a los que presenta la enferma y ofrece, además, alteraciones mentales de tipo deficitario.

INTERROGATORIO.—*Enfermedad actual.* Hace tres años y a consecuencia de un choque emotivo (presencia de un cadáver), según refiere la propia enferma, sufrió bruscamente pérdida del conocimiento; al recuperarlo sintió dolor intenso de cabeza, principalmente en las regiones occipital y

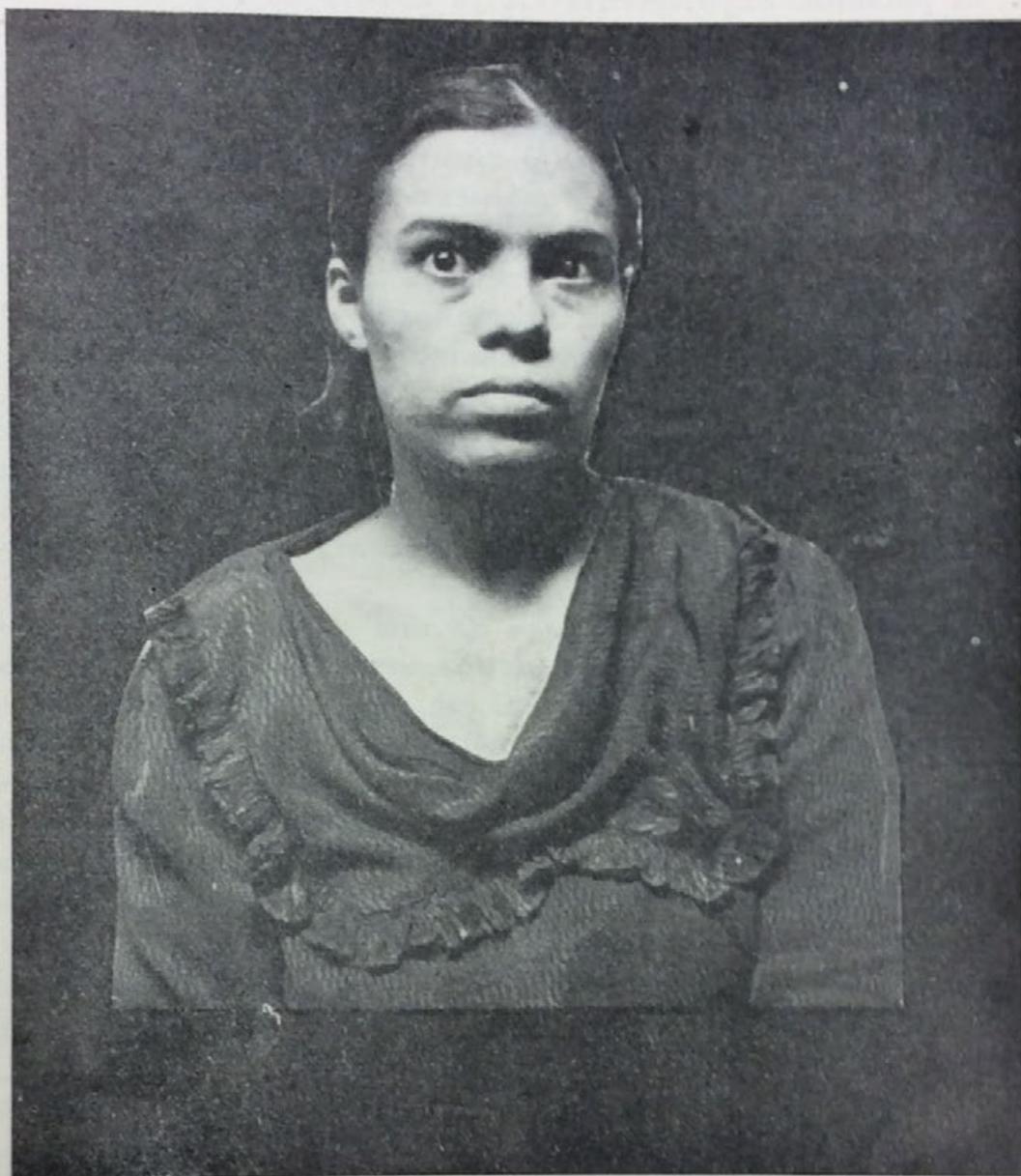


(1) Incoordinación y adiadochocinesia.

de la nuca, con irradiaciones hacia la espalda. Acompañaron a estas molestias, vómitos amargos, fáciles, sin esfuerzo; tuvo, según sus familiares, una crisis convulsiva.

Seis meses después, presentó un nuevo ataque coinci-

diendo cronológicamente con el segundo mes de su embarazo último; ataque nocturno, que hace irrupción mientras la enferma duerme y del cual sólo se da cuenta al despertar, porque vomita mucho, tiene dolor de cabeza, "atarantamiento" y molestias semejantes a las que presentó después del primero.



(2) Estrabismo y ambliopía.

A partir de entonces los ataques se hacen más frecuentes, aparecen en la noche, durante el sueño, son irregulares en tiempo, aunque en general presentan cierto ritmo con la

menstruación. Casi siempre la enferma se da cuenta de dichos ataques por la secuela señalada.

Hace ocho meses aproximadamente, que los ataques se presentan también durante el día y la enferma tiene conciencia del trastorno, cuando menos en su principio; por otra parte, se han hecho más frecuentes. Antes de principiar la crisis, la paciente experimenta cierto estado de inquietud y de angustia (aura psíquica), trastornos que le hacen buscar un lugar seguro para no golpearse al caer, como le ha sucedido en otras ocasiones; el aura se presenta en forma variable en relación con el ataque, horas o minutos antes del mismo; éste se inicia con convulsiones clónicas en ambos miembros del lado izquierdo, que rápidamente se generalizan a todo el cuerpo, los ojos se desvían hacia arriba, la boca se llena de saliva sanguinolenta, ya que frecuentemente se muerde los labios y la lengua; después de las convulsiones queda en un estado de somnolencia profunda; al despertar aprecia disminución acentuada de la visión, cefalea occipital, vómitos y obnubilación psíquica, trastornos que duran algún tiempo y que persisten muchas veces, hasta algunos días después del ataque. A últimas fechas ha tenido las crisis en forma subintrante, constituyendo estado de mal epiléptico.

Hace quince días, después de una serie de ataques, como los referidos antes, notó al despertar, además de los vómitos, torpeza psíquica, cefalea, etc., que había perdido casi completamente la visión, percibiendo apenas la luz; por otra parte, la deambulación era torpe y dificultosa, porque el miembro inferior izquierdo "le flaqueaba" y porque tendía a caerse sobre el lado derecho; aún más, la cefalea, en esta ocasión, fué sumamente intensa, especialmente en las regiones frontal y occipital, irradiándose el dolor hacia la nuca y la espalda. Las molestias indicadas, que persisten hasta la fecha, aumentan con los movimientos bruscos y la enferma los refiere a los planos profundos (dice que le duele el cerebro).

INTERROGATORIO POR ARARATOS.—*Digestivo.*— Conserva el apetito y distingue el sabor de los alimentos; padece de estreñimiento habitual, tanto horario como cuantitativo, necesitando un laxante o enema para poder defecar; dicho estreñimiento data de su primera infancia.

Los vómitos que se presentan después de los ataques como ya se dijo, son de sabor amargo y se producen sin esfuerzo.

Preparados de Hígado

tienen que ser

Preparados de confianza

La marca **Merck**

garantiza:

- Materia prima intachable y controlada
- Fabricación cuidadosa y esmerada
- Mayor concentración de las sustancias activas
- Tolerancia perfecta

Ponemos a la consideración del estimable Cuerpo Médico tres tónicos hepáticos por excelencia:

Hepractón Merck

para el tratamiento de la anemia perniciosa

Inheptón Merck

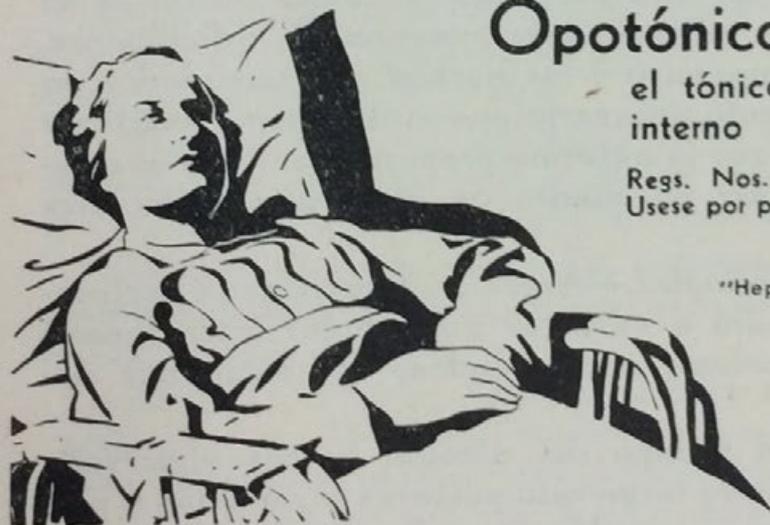
para el tratamiento de las anemias secundarias

Opotónico Merck

el tónico de elección para uso interno

Regs. Nos. 8804, 13551 y 14323. - D.S.P.
Usese por prescripción médica.

"Hepractón" "Inheptón" "Opotónico"
marcas registradas



E. Merck
DARMSTADT

Prop. No. 15.597

MERCK-MEXICO, S. A. Versalles 15 MEXICO, D. F.

Respiratorio.—Tiene frecuentemente trastornos del mismo: tos, catarros, etc.

Circulatorio.—No hay datos anamnésicos de importancia.

Urinario.—Existe disuria que se acentúa después de los ataques, al grado que en ocasiones, imposibilita la micción siendo necesario que la enferma sea sondeada para evacuar la vejiga. En la mayoría de las veces, durante el ataque, se presenta micción involuntaria por relajación del esfínter; la orina es escasa, de color subido y "rebotada".

Genital.—Menarquia a los 16 años; irregular y escasa en un principio, la menstruación se normalizó después del matrimonio; actualmente se ha presentado de nuevo oligomenorrea.

Síntomas generales.—Ha disminuído de peso durante el curso de su enfermedad; igualmente ha presentado períodos en los que se observa ligera elevación de temperatura. El sueño ha sufrido grandes alteraciones: después de varios días de insomnio, se ha presentado sueño exagerado; últimamente la enferma permanece en estado soporoso de día y de noche; se ha vuelto apática e indiferente; se despreocupa de todo hasta de sus hijos; es, sin embargo, dócil y obediente.

EXPLORACION FUNCIONAL Y FISICA.—*Examen mental.*—Hemos indicado ya que la paciente se ha vuelto indiferente y apática; por otra parte las funciones mnésicas se encuentran bastante perturbadas; comprende difícilmente, responde de modo impreciso y los hechos son recordados en forma poco clara, siendo necesario que su hermana rectifique muchos de los datos que la enferma proporciona; todo el estado mental hace pensar en cuadro de obnubilación psíquica marcado.

Exploración neurológica.—Antes de comenzar la exploración física, se procedió a verificar un estudio intencionado sobre la serie cerebelosa, encontrándose los siguientes datos:

Durante todo el tiempo del estudio hemos observado que la enferma conserva largo rato posturas incómodas y permanece en una misma actitud por mucho tiempo, fenómeno que constituye la *catalepsia cerebelosa* o *inercia estática* y que ha sido descrito por Babinsky como un aumento del equilibrio volicional.

Invitando a la enferma que se pusiera en pie, comproba-

mos una perturbación marcada del equilibrio, cierto estado de titubeación con inclinación de todo el cuerpo hacia el lado derecho, posición que trata de rectificar constantemente.

En extensión forzada, echando el tronco hacia atrás, adopta actitudes de compensación muy marcadas para poder conservar el equilibrio; del mismo modo, se presentan los movimientos compensadores cuando se hace flexionar exageradamente el tronco.

Observación de la marcha.—Los movimientos necesarios que requiere la marcha, dan la apariencia de ser faltos de energía, incompletos y desiguales; la enferma titubea, camina con desconfianza y se nota marcada desviación del cuerpo hacia el lado derecho; cuando se le hace atravesar el salón varias veces, se presenta la marcha "en estrella", es decir, que la enferma se desvía continuamente. Estos fenómenos de asinergia, anisostenia y disimetría, también se hacen evidentes cuando se le hace andar "en cuatro pies".

Al explorar las diversas pruebas de compensación estática no encontramos movimientos reaccionales de equilibrio, cuando se coloca a la enferma bruscamente en diferentes planos.

Las diferentes pruebas quinéticas acusan hipermetría o disimetría.

Prueba del índice: en el lado izquierdo hay marcada titubeación, el movimiento es incoordinado y hay franca tendencia a la desviación hacia afuera; en el lado derecho el dedo se desvía hacia afuera.

Prueba de Holmes-Stewart o de la resistencia: no existe rebote del antebrazo y la mano va a chocar con el hombro; la respuesta es más ostensible del lado izquierdo.

Prueba de la presión: La enferma abre desmesuradamente la mano y "analiza" el movimiento cuando se le ordena tomar alguna cosa.

Prueba del talón: Cuando se hace tocar a la enferma la rodilla con el talón del miembro opuesto, se observa el fenómeno clásico del cerebeloso: el talón bien dirigido al principio, va a chocar más arriba de la rodilla, la cual es "localizada" después de tomar varios puntos de referencia.

Es prudente hacer notar que todas estas pruebas de equilibrio, disimetría, etc., no se modifican cuando la enferma cierra los ojos; por otra parte, en el caso particular esta compro-

bación es de escasa importancia, ya que como veremos, la visión está casi abolida.

Los mayores trastornos se presentan en los movimientos que exigen coordinación de grupos musculares antagónicos; así por ejemplo, cuando se ordena a la paciente verificar movimientos sucesivos de supinación y pronación o de flexión y extensión de los dedos y antebrazos, se comprueba que están bastante dificultados, son lentos, desiguales, y a veces no pueden llevarse a cabo, es decir, existe adiadococinesia, fenómeno más ostensible del lado izquierdo.

Tonicidad muscular y pruebas de pasividad: La tonicidad está disminuía en ambos miembros superiores, más en el lado izquierdo; la verificación de movimientos pasivos indica una exageración de ellos, por hipotonía muscular y ligamentosa; igual fenómeno de hipotonía se observa en los miembros inferiores y siempre existe mayor alteración en el lado izquierdo.

Por el contrario, la motilidad de los miembros es perfectamente correcta y la fuerza muscular conservada.

Las pruebas de pasividad de André Thomas, verificadas para el hombro, el codo y los puños, indican una mayor pasividad y balanceo que lo normal, exageración un poco más notable del lado izquierdo.

OTROS DATOS DE EXPLORACION DEL SISTEMA NERVIOSO.—*Cara:* La facies es indiferente, inexpresiva; está notablemente disminuía la mímica (hipomimia), pero revela cierto grado de obnubilación psíquica. Existe desviación discreta de la comisura labial hacia la derecha y disminución de la fuerza muscular del lado izquierdo (paresia facial izquierda de tipo central). Encontramos ligero temblor peribucal; en la lengua se encuentra fibrilación, marcada torpeza de los movimientos de propulsión y desviación hacia la derecha, de la punta.

Ojos.—Abertura palpebral normal; nistagmus espontáneo pendular con marcada predominancia dextrogira; los músculos extrínsecos del ojo funcionan correctamente; pupila en midriasis; isocoria; abolición del reflejo a la luz; desaparición del reflejo consensual; disminución del movimiento a la acomodación. La visión está muy disminuía, la enferma puede, apenas, distinguir un foco luminoso intenso.

Sensibilidad.—La sensibilidad de la cara está conserva-

da con excepción de la correspondiente a la sensibilidad de la conjuntiva que se encuentra muy disminuída, especialmente del lado izquierdo (reflejo conjuntivo-palpebral o del pestaño, abolido del lado izquierdo, disminuído del derecho).

En los restantes territorios orgánicos la sensibilidad superficial se encuentra normal.

Las diversas sensibilidades profundas (al peso, vibración, sentido de las actitudes), y el sentido estereognóstico (identificación psíquica de los objetos), están normales.

Reflejos.—Maseterino, normal; reflejos tendinosos de los miembros superiores (bicipital, tricipital y estíleos), conservados normales; los reflejos rotuliano y aquileo, conservados normales en ambos lados. Todos los reflejos cutáneos se encuentran correctos, con excepción del conjuntivo-palpebral, cuya alteración hemos señalado.

Pares craneanos.—Excluyendo las alteraciones visuales, no encontramos manifestaciones anormales en los restantes pares.

Lenguaje.—Voz monótona y pastosa, lenta, se nota ligera dificultad para pronunciar y expresar las palabras.

Pruebas vestibulares.—1).—Prueba giratoria: la rotación izquierda-derecha, originó una crisis epiléptica fugaz, inclinación de la enferma hacia la izquierda y nistagmus derecho; la rotación derecha-izquierda determinó igualmente crisis epiléptica pasajera, inclinación derecha y nistagmus izquierdo; en ambos casos la enferma tuvo vértigo hacia el lado izquierdo. 2). La prueba calórica de Barany no determinó ninguna respuesta. 3). La prueba voltaica, tampoco determinó reacción.

Datos de exploración física general.—Cráneo. Implantación del pelo, normal, es poco abundante. Existe una ligera tumefacción en la región occipital izquierda; este aumento de volumen se comprueba por la palpación, se trata de una tumoración discreta, ovoidea, aproximadamente de seis centímetros cuadrados de extensión; dicha tumoración es dolorosa a la presión. No existen signos de edema en el cuero cabelludo. Al verificar la percusión del cráneo la enferma acusa dolor marcado sobre todo del lado izquierdo, detrás de la mastoides y en la tumefacción indicada.

Al imprimir a la cabeza movimientos de sacudida, la enferma se queja de dolor y dice que siente su "cerebro como si estuviera suelto dentro del cráneo".

Al ejecutar movimientos de flexión y extensión de la cabeza se comprueba rigidez de la nuca; se tiene la sensación que dichos movimientos fueran escalonados e interrumpidos a corto trecho, simulando un signo de rueda dentada.

El estudio de los diversos aparatos acusa datos de anormalidad. Pulso: 66 por minuto; tensión arterial: Mx. 125 Mn. 80; respiraciones: 22 por minuto.

EXAMENES DE LABORATORIO.—*Orina*. Ningún dato patológico.

Sangre.—Tiempo de sangrado: 3 minutos (Duke). Normal: 2 a 3 minutos. Tiempo de coagulación: 5 minutos (Millian) Normal: 7 a 10 minutos.

Líquido céfalo-raquídeo.—Líquido claro, agua de roca. Leucocitos: 4 por mm³. Linfocitos: 98 por ciento; neutrófilos: 2 por ciento. Numerosos eritrocitos (punción roja). Albúmina: 0.30 gramos. por 1000.

Globulinas: Reac. de Pandy: muy ligeramente positiva; reacciones de Weibrochdt y Nonne-Appelt: negativas. R. Marchionini: 1 c.m.:1. Reacción del oro coloidal: 012 210 0000. Reacción del mastic bicolorido: 343 210 0000. Reacción de Bordet-Wassermann, desde 01 hasta 1 c.c.: negativa. Reacción de Müller: con 0.6 y 1 c.c.: negativa.

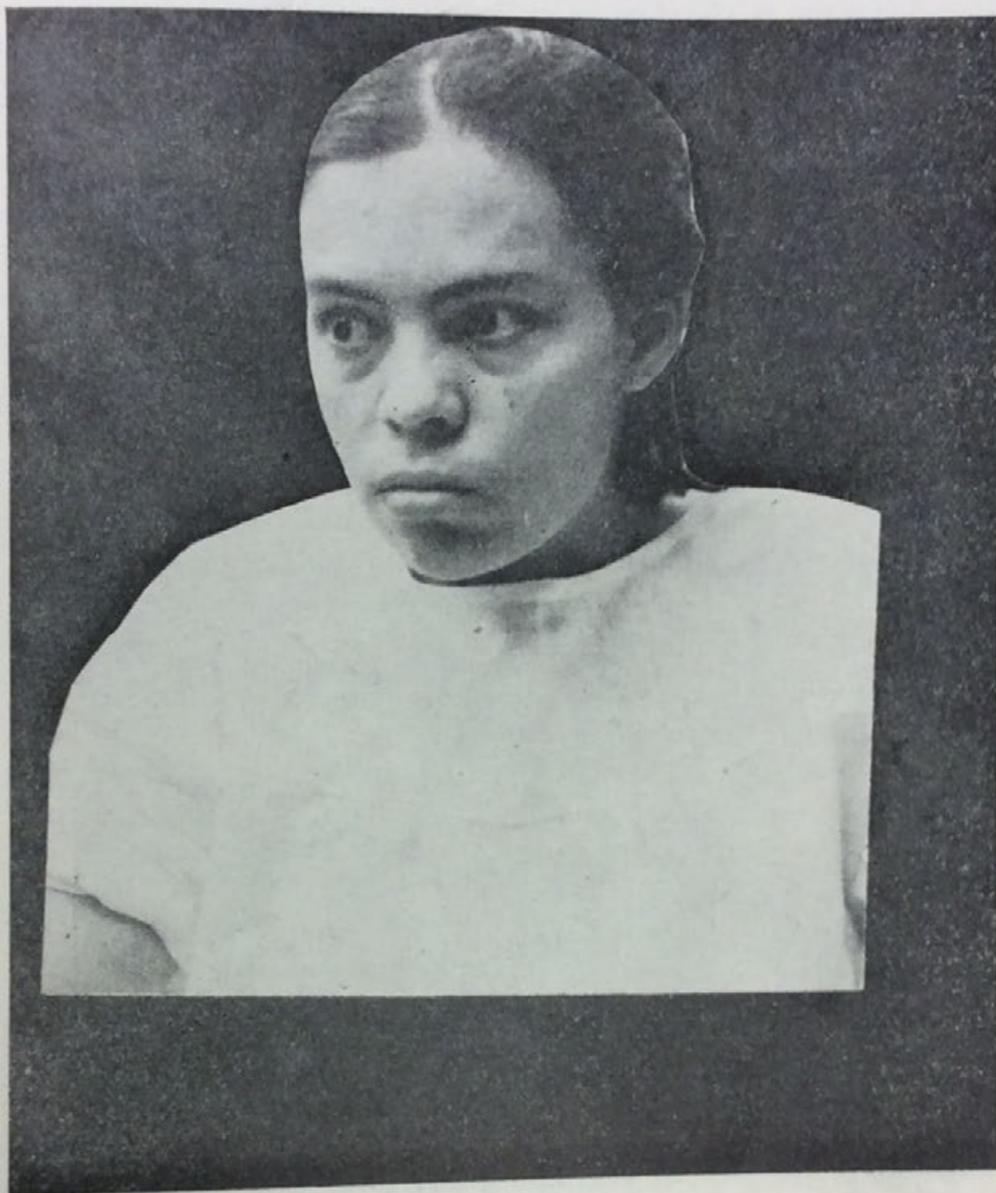
Examen del fondo del ojo.—Papiledema exagerado bilateral; contornos difusos de la papila; abundantes focos hemorrágicos, vasos arteriales muy delgados; vasos venosos muy flexuosos. Estas alteraciones se marcan más en el lado izquierdo.

Estudio radiológico.—a). Radiografía simple de cráneo: solamente se encuentra, como dato patológico, engrosamiento marcado de la pared ósea de la región occipito-parietal izquierda. b).—Ventriculografía: Trépano-punción e inyección de aire directa a los ventrículos cerebrales (operación verificada por el doctor Conrado Zuckermann). Ventrículo lateral izquierdo aumentado de tamaño, rechazado hacia arriba y adelante; se observa una sombra de "cabellera" vascular en la porción occipital izquierda (congestión localizada).

DIAGNOSTICOS.—Se pueden distinguir, desde el punto de vista sindrómico, tres grupos sintomáticos: el epiléptico, el de hipertensión intracraneana y el cerebeloso.

Síndrome epiléptico.—Encontramos elementos sintomáticos suficientes para integrarlo: a).—El aura: la enferma se-

ñala claramente la existencia de trastornos psíquicos que preceden a la crisis. b).—El ataque: corresponde a un cuadro epiléptico atípico, el período de contracciones tónicas es muy corto, a veces fugaz, incompleto, segmentario y consciente, la enferma siente contracturados los músculos maseteros, no



(3) Obnubilación.

puede hablar ni abrir la boca; inmediatamente se presenta el período clónico, el más largo y evidente, las contracciones se inician en los miembros izquierdos y se acompañan de pérdida de la conciencia; los familiares relatan que las convulsiones se generalizan, hay respiración estertorosa, salivación

abundante y después de la crisis la enferma entra en un sueño profundo quedando, al despertar, un estado de obnubilación mental, náuseas y cefalea, síntomas que persisten durante algunos días.

Síndrome de hipertensión intracraneana.—Encontramos los siguientes síntomas: cefalea, vómitos, vértigos y el cuadro de obnubilación psíquica, que evolucionan separadamente o en forma de cortejo después de las crisis epilépticas, mismas que constituyen también un dato en apoyo de la hipertensión;

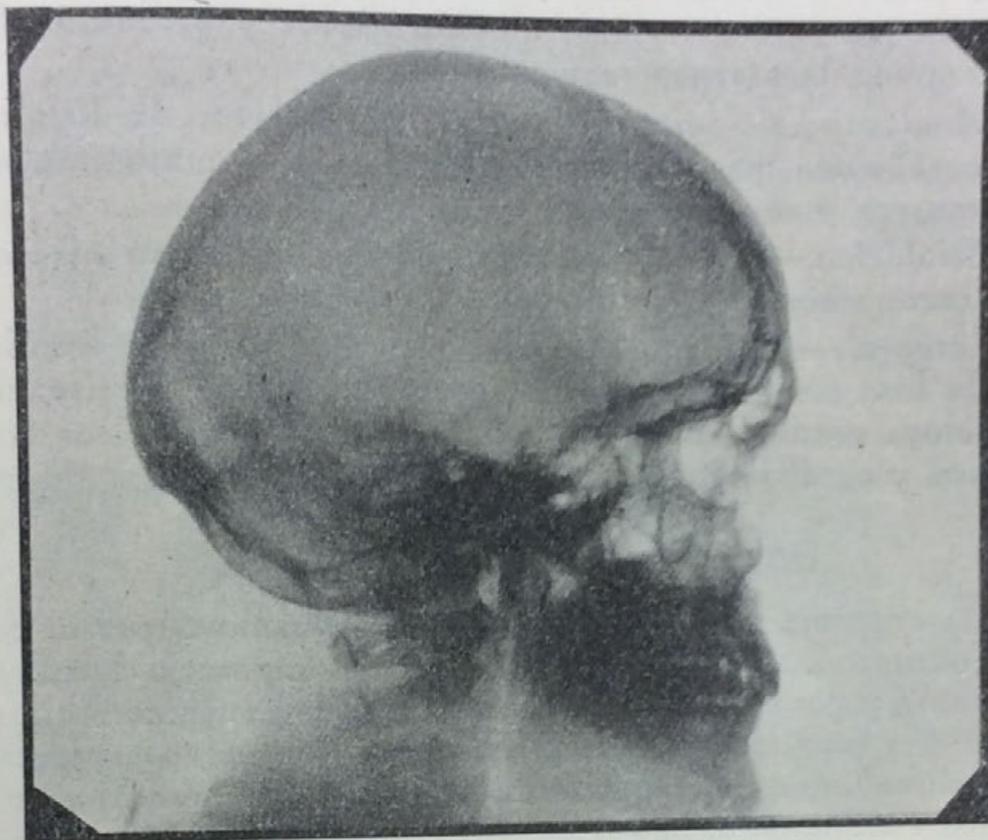


(4) Retropulsión.

por otra parte, existe bradicardia, disminución de la visión y trastornos evidentes en la circulación del fondo de ojo (papiledema, pequeñas hemorragias, etc.).

Síndrome cerebeloso.—Queda formado por los siguientes datos: trastornos en la estática (astasia) del cuerpo; lateropulsión derecha y nistagmus espontáneo pendular; mar-

cha ebria, en estrella; manifestaciones de asinergia; anisostenia, hipostenia, y aumento de la acción muscular agonista, lo que determina hipermetría y adiadococinesia; fenómenos de inercia estática o catalepsia y por último, la ausencia de varias alteraciones nerviosas, cuya negatividad confirman el síndrome: No hay alteraciones en la motricidad propiamente dicha; no se observan datos anormales en la sensibilidad, no hay alteraciones en los reflejos ni datos de atrofia muscular y por último, la serie vestibular no se presenta, ni los tras-



(5) Encefalograma en posición lateral-izquierda-placa.

tornos amiostáticos del equilibrio se modifican con la oclusión de los ojos.

Anatomo-clínico.—Padecimiento localizado a la fosa occipital posterior, que por los órganos que lesiona ha ocasionado sintomatología cerebelosa, y determinado hipertensión intracraneal y un síndrome epiléptico como reacción de irritación o como sintomático de la hipertensión.

Anatomo-topográfico.—Dolencia probablemente tumoral de localización cerebelosa, preferentemente de situación lateral izquierda y superficial (hemisferio izquierdo); esta lo-

calización se presume, por los siguientes datos: sintomatología de predominancia homolateral, la cefalea es de más intensidad en el lado izquierdo, la percusión del cráneo determina mayor dolor de este lado y abolición de la sensibilidad corneana del mismo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.—Con los datos anotados anteriormente, quedan eliminadas otras localizaciones: en el ángulo ponto-cerebeloso, los neurinomas, evolucionan de ordinario, en forma crónica y su sintomatología es ostensiblemente acústica y vestibular; los tumores del cuarto ventrículo tienen por el contrario, evolución rápida y presentan frecuentemente trastornos respiratorios.

Anatomo-fisiológico.—Proceso compresivo, de localización cerebelosa, predominante que explica la sintomatología hipertensiva y cerebelosa.

Etiológico.—Padecimiento neoplásico o quístico cuyo origen desconocemos.

Integral.—Padecimiento del sistema nervioso localizado a la fosa occipital posterior; proceso tumoral de situación cerebelosa cortical izquierda con fenómenos epilépticos compresivos y cerebelosos.

DATOS COMPLEMENTARIOS

La enferma fué operada en el mes de mayo por el doctor Conrado Zuckermann. Después de anestesia local con novocaína y general con balsoformo, se hizo craniectomía occipital con resección amplia y definitiva del hueso (resección de Cushing), que dejó al descubierto los dos hemisferios cerebelosos (después de la verificación de los otros tiempos operatorios). En la superficie de los hemisferios no se encontró nada anormal, excepto pequeña congestión y mayor vascularización especialmente del lado izquierdo; la punción del lóbulo izquierdo, en su parte inferior, dió salida a un líquido sanguinolento en cantidad aproximada de 50 cc. que confirmaba la naturaleza quística del proceso, situado a tres o cuatro centímetros de profundidad.

La operación duró dos horas veinte minutos y fué soportada bien por la enferma.

La evolución post-operatoria no ofreció complicaciones de importancia; solamente hubo fiebre los cinco primeros días siguientes y además, se observó hemiparesia derecha pasa-

jera; por otra parte, los síntomas principales desaparecieron poco a poco: la enferma dejó de tener cefalea y vómitos, no volvió a presentar ataques epilépticos y recuperó bastante la visión. Veinte días después de la operación pudo levantarse de la cama. Desgraciadamente y en plena convalecencia, un mes después, presentó bruscamente un cuadro de edema agudo cerebral y falleció dos días más tarde. Es de lamentarse que los familiares no hayan permitido que se verificase la autopsia.

NOTA:—Agradecemos muy sinceramente al Dr. Conrado Zuckermann su valiosa cooperación, por haber verificado la técnica operatoria ventrículo-gráfica y después la intervención quirúrgica, pues habiéndose puesto a discusión, en la cátedra, el caso presente, se determinó llevar a cabo aquélla; la intervención fué hábilmente verificada por el mencionado y distinguido cirujano.

Igualmente expresamos nuestro agradecimiento al Sr. Dr. Teodoro Flores C., por haber tomado los ventriculogramas de la paciente.

Sifilis

SULFARSENOL

REG. NO.
3145-D.S.P.

*Menor
Toxicidad.*

*Eliminación
ideal.*

*Tratamiento
arsencide intenso,
con dosificaciones para
Mujeres y Niños.—*

Representante: **FARMAMEX** Productos Farmacéuticos, S. A.

Apartado No. 1257.

México, D. F.

ARSEBENYL

Reg. No. 11056 D.S.P.

Prop. 12710.

DIOXIAMINOARSENOBENZONOMETILENO SU-FOXILATO DE
SODIO

(914)

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

PRESENTACION

En ampolletas de 0.15. 0.30, 0.45, 0.60 0.75, 0.90

El ARSEBENYL es un Novarsenobenzeno fabricado por la:

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.

Bruselas, Bélgica.

REPRESENTANTE PARA LA REPUBLICA MEXICANA:

MAX ABBAT

Lucerna Núm. 47.

Apartado 62.

México, D. F.



Sigma
PRODUCTO
Sanyn

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

COMODO, ECONOMICO,
TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyn CIA. MANUFACTURERA QUIMICA, S.A.
APARTADO -2612-MEX. D.F.
REG. N° 13146.D.S.P.

MUESTRAS Y LITERATURA A
DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

Usese exclusivamente
por prescripción y bajo la
vigilancia médica.

REVISTA CLINICA

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

Por el Dr. CARLOS PAVON A.

ZONA DEL TRIGEMINO

El zona o herpe zóster (fuego sacro, fuego de San Antonio) es una erupción herpética aguda, de forma neurálgica, de distribución topográfica radicular y cuya aparición va precedida de fenómenos infecciosos diversos.

SINTOMATOLOGIA.—Clínicamente el zona tiene tres elementos constitutivos: *los fenómenos generales, los síntomas sensitivos y la erupción cutánea*; en la evolución del padecimiento los fenómenos generales de tipo infeccioso, inician siempre el cuadro, pero los sensitivos y cutáneos guardan distintas relaciones cronológicas en su aparición.

a). *Síntomas generales.*—Se manifiestan en forma aguda y consisten en malestar general, mialgias, artralgias discretas, a veces raquialgia, anorexia, constipación, estado saburral de las vías digestivas y elevación de la temperatura, de ordinario poco intensa, 39 grados como excepción; la fiebre es de tipo continua, con pequeñas remisiones matutinas, habitualmente poco intensos y pasajeros, los síntomas infecciosos duran como máximo cuatro o cinco días.

b).—*Fenómenos sensitivos.*—I. *Algias:* Aparición.—Aunque excepcionalmente, el dolor puede aparecer desde un principio con los fenómenos generales, pero generalmente comienza al desaparecer éstos, precediendo a la fase cutánea, se agudiza al brotar la erupción, dura todo el tiempo de ella y muchas veces persiste después que ha desaparecido; estas algias post-cicatriciales son particularmente intensas y rebeldes en las personas de edad avanzada, en las cuales es posible observarlas meses y años después de la erupción.

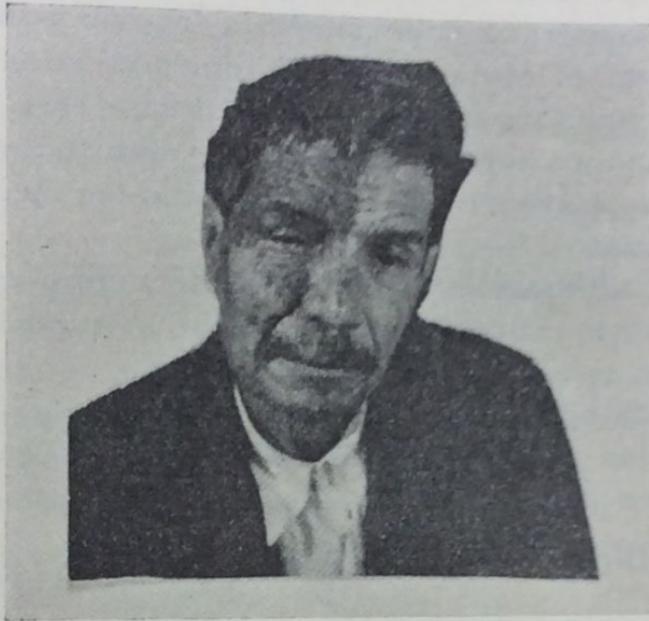
Caracteres.—Los dolores pre-eruptivos comienzan por sensaciones pruriginosas y parestésicas en el sitio afecto, que rápidamente, a veces en el mismo día, se transforman en verdaderas algias intensísimas y adquieren la forma de radiculalgia (ganglio-radiculalgia zosteriana o herpética): es un dolor lancinante o terebrante, muy agudo, espontáneo, con exacerbaciones fugaces ocasionadas por los movimientos, la tos, el estornudo, la defecación; *el dolor es exclusivamente unilateral*. ofrece un trayecto francamente radicular y su sitio y extensión varía según la topografía del zona. Durante el período eruptivo, se agregan además, dolores locales en la región vesiculosa, por irritación "in situ", de los filetes nerviosos.

II.—*Fenómenos sensitivos objetivos*: Durante los primeros días puede observarse marcada hiperestesia en todo el territorio radicular atacado, este aumento de la sensibilidad superficial se intensifica al aparecer la erupción; posteriormente, se forman zonas de hipoestesia coincidiendo con las placas cutáneas y más tarde regiones de anestesia que alternan con otras de hiperestesia; la anestesia generalmente es completa, para todas las sensibilidades, pero se han citado casos de anestesia electiva para el frío y el dolor; excepcionalmente se ha encontrado disociación siringomiélica (Barranquer). Estos trastornos sensitivos se distribuyen igualmente siguiendo una topografía radicular.

c).—*Erupción*. Se localiza en el territorio de distribución de una o más raíces medulares posteriores o de los nervios sensitivos craneanos coincidiendo casi siempre con el sitio de las algias; afecta la forma radicular (bandas longitudinales en los miembros, circulares en el tórax y abdomen); es estrictamente unilateral y tiene por característica su *delimitación exacta en la línea media* (excepto cuando existen algunas vesículas aberrantes en el lado opuesto o en los casos rarísimos de zona bilateral).

La erupción tiene gran analogía con la del herpe común y ofrece tres etapas en su evolución: 1a.—Aparición de placas rojas, eritematosas, a veces pseudo-erisipelatosas, ligeramente prominentes, de forma elíptica, que desaparecen a la presión y que están separadas entre sí por espacios de piel sana; el número de placas es muy variable y no está en relación con los síntomas infecciosos y sensitivos; algunas veces son escasas, otras tan numerosas que llegan a ser confluentes.

2a.—Uno o dos días después comienzan a aparecer sobre la superficie de las placas, vesículas pequeñas, perladas, transque se vuelve purulento a los tres o cuatro días (vesículo-pústulas). 3a.—Al cabo de una semana las vesículo-pústulas comienzan a reabsorberse y se cubren de una costra que deja al caerse, una cicatriz despigmentada que alterna con otras zonas oscuras; estas alteraciones melánicas de la erupción duran mucho tiempo y en ocasiones son indelebles permitiendo hacer el diagnóstico retrospectivo; la fase cicatricial dura de seis a ocho días, pues tiene de característica que



Zona oftálmico. Se aprecia la limitación del proceso en la línea media

mientras unas vesículas están ya cicatrizando, otras están en el período de vesículo-pústula. El período eruptivo dura aproximadamente 15 días en total, pero a veces las vesículas presentan complicaciones y adquieren formas hemorrágica, ulcerativa o gangrenosa y entonces se prolonga por mucho tiempo.

OTROS SINTOMAS DEL HERPE ZOSTER *

A.—* *Adenopatías regionales*: Son bastante frecuentes y uno de los apoyos del origen infeccioso del zona; los infartos ganglionares zosterianos aparecen cuatro o cinco días después del comienzo de la enfermedad, su localización de-

pende del asiento del zona: adenopatías axilares en el cérvico-braquial, braquial o torácico; sub-maxilares en el zona del trigémino; occipitales en el zona cervical; carotídeas en la del facial, etc.

B.—* *Trastornos vaso-motores y secretorios*: Son igualmente de topografía radicular y pueden observarse durante el curso de la enfermedad o después de ella, se refieren especialmente a hiperhidrosis y rubicundez de la piel.

C.—* *Trastornos motores*: Se presentan cuando ha sido atacada simultáneamente la raíz anterior (*porción funicular de la raíz medular*); se describen con mayor frecuencia cada vez en el zona; corresponden a parálisis musculares de tipo radicular, de topografía superpuesta a los trastornos sensitivos de acuerdo con el metámero atacado, son pues parálisis de músculos y grupos musculares aislados que rara vez determinan perturbaciones serias; se observan habitualmente, durante el período eruptivo y ocasionan alteraciones eléctricas y atrofas consecutivas.

D.—* *Modificaciones en el líquido céfalo-raquídeo*: Determinadas por la reacción meníngea, estas modificaciones casi nunca faltan en el herpe zóster verdadero, consisten en linfocitosis e hiperalbuminorraquia; la reacción meníngea se presenta desde los primeros días de la enfermedad y persiste varias semanas después de desaparecer la erupción.

TOPOGRAFIA DEL HERPE ZOSTER

Teóricamente todas las raíces posteriores raquídeas y las sensitivas de los nervios craneales, pueden ser atacadas por la enfermedad, sin embargo, los rizómeros más frecuentes en que se observa el zona, son los siguientes:

Zona de los miembros y del tronco	}	Zona intercostal.
		Zona cervical o cérvico-braquial.
		Zona braquial.
		Zona lumbar o lombo-abdominal.
		Zona genital.
		Zona crural.
Zona cefálico.	}	Zona del Trigémino. { Zona oftálmico: frecuente.
		{ Zona del maxilar superior.
		{ Zona del maxilar inferior.
		Zona del facial.
		Zona de los pares VIII, IX y X (muy raras).

ZONA DEL TRIGEMINO

Excepcional de observarse en sus tres ramas, es con mucho, más frecuente el zona oftálmico aislado.

a*) *Zona oftálmico*.—Se observa preferentemente en la edad adulta y en los viejos, comienza de modo insidioso y los fenómenos infecciosos están un poco acentuados; en cambio las algias desde un principio son intensísimas y duran mucho tiempo después de pasada la enfermedad; las algias post-cicatriciales del zona oftálmico son particularmente rebeldes, adquieren la forma crónica y presentan recidivas ocasionadas por causas diversas: cambios de temperatura, enfriamientos, fatigas física o intelectual, emociones, enfermedades intercurrentes, etc.

Es también manifiesta la hiperestesia del nervio supra-orbitario. Los fenómenos cutáneos eritematosos son bastante intensos, se acompañan de edema palpebral pseudo-eripelatoso, epífora abundante y fotofobia; las vesículas se encuentran netamente limitadas a la mitad de la frente, párpado y dorso de la nariz; es frecuente observar la presencia de ulceraciones en la córnea, que determinan anestesia, abolición del reflejo corneal y hasta la perforación del ojo; la queratitis puede tomar la forma esclerosa y ocasionar la ceguera por opacidad de la córnea; por último, se han citado algunos casos de parálisis del óculo-motor común, ya sea en la musculatura intrínseca o en los músculos extrínsecos.

b).—*Zona del maxilar superior*: Se presentan algias dentarias superiores e hiperestesia del nervio infra-orbitario; las placas y vesículas ocupan las regiones infraorbitaria, maxilar, del ala de la nariz y labio superior; el zona mucoso de este nervio determina la aparición de vesículas palatinas, en la úvula, surco labiogeniano superior y en la parte superior de la cara interna de la mejilla.

c).—*Zona del maxilar inferior*: Determina un cuadro sensitivo-motor. Los dolores son en forma de odontalgia inferior y a veces de otalgias; es constante la hiperestesia del nervio mentoniano; las vesículas ocupan las regiones mentoniana, del labio inferior, maseteriana, porción anterior de la región parotídea, pared anterior del conducto auditivo externo y el tragus; también aquí se observa el zona mucoso, hallándose diseminadas las vesículas en la lengua, encías y surco labio geniano inferior. Aunque raramente, pueden en-

contrarse paresia o parálisis del masetero y del temporal; son más constantes los trastornos gustativos del tercio anterior de la lengua (disgeusia), y los vaso-motores (sialorrea).

ANATOMIA PATOLOGICA DEL HERPE ZOSTER

Clásicamente se considera que la lesión del zona radica en el ganglio y en el segmento intradural de la raíz posterior (porción radicular de Nageotte), exactamente sobre las mismas regiones predilectas de la tabes; por la similitud anatómica con la poliomiелitis anterior aguda, el zona ha sido llamado *poliomiелitis posterior*. Pero generalmente las lesiones no quedan tan localizadas y de ordinario se encuentran alteraciones en los otros segmentos de la raíz: porción funicular o extra-dural y porción medular subaracnoidea, más frecuente en esta última; por otra parte, desde las investigaciones de *Brissaud*, se ha venido sosteniendo la teoría espinal del herpe zoster y los neurólogos que se han ocupado de la cuestión, han encontrado lesiones medulares, situadas unas veces en el cuerno posterior, otras en el asta lateral, y *Vermes* las ha hallado en la substancia blanca antero-lateral. Esta localización central del zona ha sido confirmado en un caso de zona oftálmico en que la autopsia mostró lesiones tanto en el ganglio, como en el cuerpo ceruleus y núcleo gelatinoso.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

En la actualidad se considera el herpe zoster como una infección específica (fiebre zosteriana), producida probablemente por un virus neuro-tropo, aunque se desconoce éste, así como sus vías y mecanismo de penetración. Los hechos que confirman la naturaleza infecciosa del zona son los siguientes: comienza siempre por un estado infeccioso; se le ha visto tomar la forma de pequeñas epidemias familiares; evoluciona en forma cíclica; la enfermedad inmuniza y no recidiva; por último, se acompaña de adenopatías y reacción meníngea.

En particular *Netter* y *Mac Even*, han sostenido la analogía que guarda el zona con la varicela y consideran a aquélla como una enfermedad eruptiva; esta semejanza herpe zoster-varicela se basa en las siguientes observaciones: las lesiones histopatológicas cutáneas son iguales; dichas lesiones

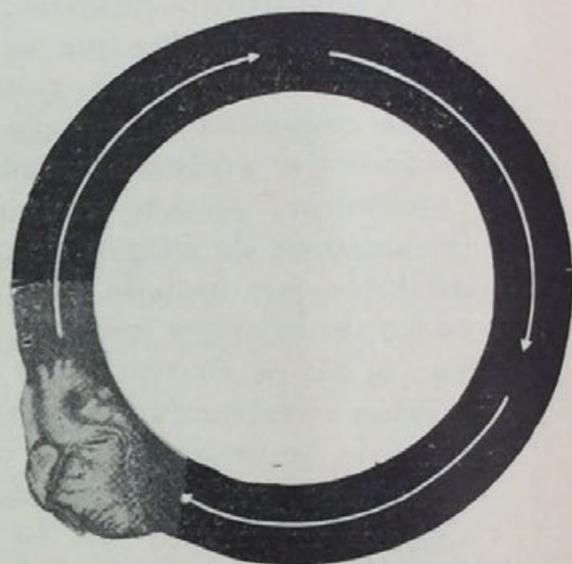
cutáneas (placas y vesículas) tienen la misma evolución dis-
continua en ambos padecimientos; han encontrado la apa-
rición de varicela en una familia, uno de cuyos miembros ha-
bía padecido zona días antes; por el contrario, en una epide-
mia varicelosa hospitalaria, únicamente se escaparon a la
erupción aquellos enfermos que habían padecido zona; por
fin, el complemento del suero de enfermos zosterianos se
fija con antígeno formado por costras varicelosas y vicever-
sa, el suero de varicelosos se fija cuando se usa antígeno de
costras zosterianas.

Junto al herpes zoster verdadero, infección específica,
existen otras erupciones semejantes al zona, pero que carecen
de los caracteres distintivos (estado infeccioso, evolución cí-
clica, inmunidad, etc.), han sido llamadas *erupciones zoste-
riformes* y pueden encontrarse en todos los casos en que exis-
tan radiculitis o neuritis; las erupciones zosteriformes más
frecuentes son: las que se presentan en la sífilis terciaria, pa-
ludismo, reumatismo, tuberculosis, lepra, diabetes, gota, es-
tados caquéticos; aquellas que se presentan en ciertas into-
xicaciones, preferentemente por arsénico, óxido de carbono
y bismuto; en los traumatismos nerviosos: zona del maxi-
lar inferior de origen dentario o en los casos de compresión
medular por mal de Pott; ni que señalarse debe que en el
curso de la tabes, pueden igualmente observarse casos de zo-
na; el herpes zosteriforme que se presenta en la evolución de
ciertas enfermedades infecciosas (meningitis epidémica, neu-
roaxitis, neumonía), son de difícil clasificación respecto a su
patogenia, pero se considera que se refieren a un zona ver-
dadero favorecido en su aparición por otro proceso micro-
biano.

Observación clínica.—Señor J. P. M., de 50 años, agricul-
tor, enviado para su estudio por el Sr. Dr. Pablo Silva, de
Teziutlán, Pueb.

Un mes antes de su examen comenzó bruscamente con
malestar general y elevación térmica ligera; al mismo tiem-
po que se quejó de fosfenos y sensación molesta de cuerpo
extraño en el ojo derecho; dos días después le apareció dolor
intensísimo sobre la ceja derecha que se extendía a todo el
globo ocular y la raíz de la nariz; simultáneamente el párpado
derecho se "inflamó" mucho y el ojo de ese mismo lado
presentaba epífora abundante; un médico que lo atendió en
esa época pensó que se trataba de erisipela; en el curso de los

días siguientes la rubicundez del párpado se extendió a toda la mejilla, la nariz, los labios y la barba; los dolores, aunque principiaban encima del ojo, se irradiaban ahora, a toda la mitad derecha de la cara; las algias eran punzantes, muy fuertes y aparecían espontáneamente o bien cuando el enfermo hacía algún movimiento para masticar o simplemente con abrir la boca; de corta duración al principio, se hicieron después más tenaces e intensos y aparecían con mayor facilidad. Una semana más tarde, sobre las manchas rojas de la cara, aparecieron vesículas que invadieron la mitad de la frente, de la nariz, la mejilla, la región maseterina y la barba; en ese tiempo los dolores se agudizaron, y presentó sialorrea y secreción abundante de las fosas nasales; no podía abrir el ojo porque la luz le molestaba mucho y además veía todos los objetos



CORAMINA

reanima instantáneamente las funciones respiratoria y circulatoria.

Reg. No. 9760 y 9761 D. S. P. Prop. No. 1280

Gotas - Ampollas

SOCIEDAD PARA LA INDUSTRIA QUIMICA EN BASILEA (Suiza)

Para Muestras y Literatura:

W. NOEH

como a través de una nube; en estas condiciones decidió trasladarse a esta capital.

A la inspección de la cara se encuentra en el lado derecho, una erupción cutánea netamente limitada en la línea media y que ocupa exactamente las regiones: frontal, temporal, superciliar, nasal, malar, labial, muy escasa parte de la mejilla y el tragus, especialmente en las tres primeras las lesiones cutáneas son profusas y confluentes, no dejando nada de piel sana; en las restantes regiones la dermatosis es menos marcada y se le encuentra diseminada en pequeñas placas en forma de islotes. La erupción está formada por un eritema rojizo-oscuro, ligeramente prominente y francamente edematoso en el párpado superior; sobre las placas eritematosas se encuentran lesiones en diversos períodos: vesículas, vesículo-pustulas, costras negruzcas y cicatrices pigmentadas.

El enfermo se queja de dolores intensos que sobrevienen espontáneamente y que abarcan toda la mitad de la cara, irradiándose un poco hacia el conducto auditivo externo; cuando pasa la crisis dolorosa queda adolorimiento persistente en la ceja, el globo ocular y los dientes.

En el ojo del lado enfermo se encuentra queratitis opaca; pero no ulcerativa; existe fotofobia ligera y disminución de la visión; no se observa trastorno paralítico en la musculatura extrínseca ni pupilar; la dificultad para elevar el párpado superior debe atribuirse al estado edematoso que existe.

En la boca se observan ulceraciones pequeñas y vesículas que ocupan la bóveda palatina, los surcos genio-labiales y las encías del lado derecho.

La exploración de la sensibilidad acusa alteraciones diversas en el lado enfermo; desde luego son exquisitamente dolorosas a la presión, los puntos supra-orbitario, infraorbitario, malar y naso-labial; igualmente se encuentra hiperestesia térmica y dolorosa en todas las regiones del V par no ocupadas por la erupción cutánea; la porción de las placas no ocupadas con vesículas o cicatrices presentan hipoestesia total, en tanto que existe anestesia al contacto y al dolor sobre las cicatrices y vesículas; en las regiones frontal y temporal, donde la erupción es confluyente, estas alternancias de anestesia, hipoestesia e hiperestesia, dan a los trastornos sensitivos un aspecto que pudiera llamarse en "tablero de ajedrez".

En el ojo se encuentra anestesia de la córnea (abolición del reflejo corneal); en la fosa nasal derecha falta el reflejo

del estornudo (anestesia); en la cara interna de la mejilla, en la bóveda palatina y en las encías se encuentra muy ligera hipoestesia; en la lengua ningún trastorno sensitivo.

No pudo comprobarse ninguna alteración motora en los músculos temporal y masetero.

En resumen, se trata de zona del trigémino que ha determinado neuralgia facial y trastornos objetivos de la sensibilidad que abarcan las tres ramas del mismo nervio; las lesiones cutáneas, los trastornos sensitivos y la ausencia de un herpes zoster que pudiéramos llamar *descendente*, es decir, que predominan los trastornos en la rama oftálmica, son menos intensos en la rama maxilar superior y muy discretos en la maxilar inferior.

LABORATORIO MEDICO

DRES. R. GONZALEZ MARTINEZ, LAURO

ORTEGA M. Y FERNANDO PAREDES

ANALISIS CLINICOS - METABOLISMO BASAL

San Juan de Letrán No. 11, Edificio Banco

General. Desp. 603 y 604. — México, D. F.

Dr. RAUL DAVILA G.

Esc. Nacl. Odontológica.

Consultorio: Regina, 58.

CONSULTAS:

Lunes, Miércoles y Viernes de 3 a 6.

Martes, Jueves y Sábado de 3 a 9.

Teléfonos:

Eric. 7-69-39.

Mex. J-14-41.

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

Dr. JOSE TORRES TORIJA

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48

NOTAS SINTETICAS

Por el Dr. JUAN PEON DEL VALLE

EL DOCTOR LAFORA EN MEXICO

Invitado por la Casa de España, de la que son alma aquí el Dr. Gustavo Baz, Rector de la Universidad, y el notable economista Lic. Daniel Cosío Villegas, sustentó el profesor Gonzalo Lafora unas conferencias acerca del carácter y la personalidad. Tuvieron lugar en el Auditorium de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, con asistencia de distinguido público.

El prestigiado psiquiatra español, que ya cultivaba amistad con el Dr. Ramírez Moreno, visitó la Clínica en su compañía, así como diversas instituciones oficiales.

Todavía no sabemos el tiempo que permanecerá entre nosotros el doctor Lafora, pero, como siempre, ya ha difundido su saber y sería de desearse que conserve gratos recuerdos de su estancia en este país.

VIAJE DE UN CIRUJANO

El Dr. Conrado Zuckermann hizo al público médico un gratísimo obsequio con la edición de su libro "Viaje de un Cirujano". Muy bien dicho que "escribir un libro es servir a los demás sin olvidarse de sí mismo". La vigorosa personalidad de Zuckermann aparece en su libro tal como es al hablar y tal como es al operar: preciso, recio, seguro, conciso, interesante, novedoso, ameno. El lector acompaña al maestro en su recorrido por ciertas regiones en los Estados Unidos, y queda verdaderamente encantado. De los puntos quirúrgicos tratados, uno de los más amplios e importantes es el referente a la neurocirugía.

CRIMINOLOGIA

Recibimos algunas obras del Prof. Dr. Luis de Pina, del Instituto de Criminología de Oporto, Portugal.

El fecundo y eminente autor es un exponente del adelanto alcanzado por su país en la exploración de los delinquentes, la documentación respectiva, etc. Por ser ampliamente conocidos tanto el investigador como sus obras, basta aquí con agradecer el valioso envío.

TRABAJOS SUR-AMERICANOS

Los más recientes e interesantes relativos a neuropsiquiatría, son los siguientes: "Fantopsias en un caso de desprendimiento de la retina", por el Dr. Honorio Delgado, en "Actualidad Médica Peruana", año IV, No. 1, mayo de 1938; "Contribución al estudio de algunas manifestaciones iniciales de las esquizofrenias", por el Dr. José Lucena, en "Neurobiología", (Pernambuco, Brasil), tomo 1, No. 2, septiembre de 1938; "Sobre el problema de la adaptación de los movimientos reflejos a un fin útil al organismo", por el Sr. Miguel Ozorio de Almeida, id. id.

SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA

Nueva Junta Directiva para el bienio 1939-1940:

Presidente, Dr. José Bisbé Alberni; Vice-presidente, Dr. Gustavo Cuervo Rubio; Secretario, Dr. Ramón Aixalá; Vice-Secretario, Dr. Julio Ortiz Pérez; Tesorero, Dr. Rodolfo J. Guiralt; Vice-Tesorero, Dr. Gabriel Gómez del Río. Esto fué comunicado en atenta esquila.

ASAMBLEAS NACIONALES DE CIRUJANOS

Hemos recibido la siguiente esquila, que nos complace-mos en insertar:

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA,
NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL.

Génova No. 39.—C I U D A D.

Muy señores nuestros:

Estando por efectuarse la Tercera Asamblea Nacional de Cirujanos, la que tendrá lugar durante la última semana

del mes de marzo del año en curso, en el Hospital Juárez de esta ciudad, y habiéndose tomado en consideración la gran circulación que entre el elemento médico tiene su acreditada Revista, hemos de agradecer a ustedes se sirvan darnos su valiosa ayuda, autorizando la inserción de la presente excusativa en las páginas de su importante publicación.

Durante los años de 1934 y 1936, las Asambleas respectivas tuvieron efecto en las semanas correspondientes a las festividades de aniversario de la Revolución, pero en esta vez, por causas imprevistas hubo de transferirse la correspondiente a 1938 para la fecha indicada, estando ya perfectamente definidos los programas y planes de trabajo a desarrollar, y distribuidas las ponencias entre elementos de los diversos sectores quirúrgicos de la República.

En vista del éxito logrado en años anteriores, rogamos a los compañeros asistentes en aquella ocasión se encuentren preparados y hacemos extensiva nuestra cordial invitación a todos los compañeros médicos cirujanos.

Agradecemos a ustedes, muy sinceramente, la atención con que se sirvan honrar nuestra súplica, y esperando asimismo vernos favorecidos con su presencia, aprovechamos la oportunidad para ponernos a sus estimables órdenes como sus afmos. attos. y Ss. Ss.

POR EL COMITE EJECUTIVO:

El Secretario de Prensa y Propaganda,

Firmado: *Dr. Jacinto Arturo Sánchez.*

INAUGURACION DE UNA NUEVA CLINICA

El veintidós de febrero del corriente año, se llevará a cabo la inauguración del primer pabellón campestre de la nueva Clínica Neuropsiquiátrica de nuestro Director, doctor Samuel Ramírez Moreno, única que hasta ahora se ha instalado en México por iniciativa privada y especialmente adecuada, desde sus cimientos hasta su equipo de gabinetes y todos los detalles de orden técnico y arquitectónico, para enfermos mentales y nerviosos.

Se halla ubicada en un lugar adecuado y en los límites de las Villas de Coyoacán y Alvaro Obregón.



BI-YO-CLICOL

INFANTIL
REG. N.º 15385. D.S.P.



ADULTOS
REG. N.º 14926 D.S.P.

INDOLORO.

SIFILIS
EN TODOS SUS PERIODOS
BISMUTO en FORMA
ANIONICA
ELECTRONEGATIVA

Sabinex

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

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA

SODICA SALUBLE

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec, 297

México, D. F.

Unicos distribuidores del poderoso antiséptico

MERCUCROMO - OXIFLUORESCEINA SODICA

Sal purísima controlada química y biológicamente por los
Químicos-Farmacéuticos Manuel Pontones y José A. Senosiain

Frasco de Diez Gramos \$ 1.60

LABORATORIO QUIMICO SENOSIAIN

Av. Chapultepec 297.

México, D. F.

Muy señores míos:

Me intereso por la Sol. **Mercucromo-Oxifluoresceina** y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimentación).

Nombre.
Dirección.
Estado.

CUPON

Clínica del
Dr. Samuel Ramírez Moreno

Enfermedades Mentales y Nerviosas

1a. CALLE DE GENOVA No. 39

TELEFONOS:

ERICSSON 4-20-62

MEXICANA L-72-30

MEXICO, D. F.



EQUINOSERUM "M Y N"

Suero hemopoyético fresco.
En frascos-ampulas de 10 c. c.

*Conserva íntegra su actividad por estar
recientemente preparado.*

No contiene antisépticos.

No está diluído.

Su precio es bajo.

*Está indicado en las anemias y en
las hemorragias.*

Registro No. 10991 D. S. P.

GRAVIDOSERUM "M Y N"

Suero aséptico de yegua embarazada, extraído durante
la segunda mitad de la gestación.

En frascos-ampulas de 10 c. c.

Es un suero **pluri-hormonal**, contiene hormonas sexuales,
paratiroides y godotropas.

Está recientemente preparado por lo que **conserva todos
sus atributos terapéuticos.**

No contiene antisépticos ni está diluído.

EL GRAVIDOSERUM MYN está indicado principalmente
en los vómitos incorregibles del embarazo y en las
insuficiencias endocrinas.

Su precio es bajo.

Registro No. 12895 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la
vigilancia médica.