

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

SUMARIO :

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA EN LOS
TUMORES CEREBRALES.—*Por el Doctor
Conrado Zuckermann.*

INTENSA COMPRESION CEREBRAL TRAU-
MATICA CON ESCASA SINTOMATOLO-
GIA NEURO-PSIQUICA.—*Por los Docto-
res Samuel Ramirez Moreno y Carlos Pa-
vón Abreu.*

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



VOL. VI

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 33

1o. DE SEPTIEMBRE 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

NUCLEOPROTEIN

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

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

VOLUMEN VI. NUM. 33. 1o. DE SEPTIEMBRE DE 1939. MEXICO, D. F.

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

SE SOLICITA EL CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

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

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A LA REDACCION:

GENOVA, 39

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

PSIQUIATRIA

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL

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

RAMAS AFINES:

NEURO-ENDOCRINOLOGIA: Dr. Fernando Ocaranza.
HISTOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Prof. I. Ochoterena.
PSICOPEDAGOGIA: Dr. Lauro Ortega.
CRIMINOLOGIA: Dr. José Gómez Robleda.
NEURO-CIRUGIA: Dres. Conrado Zuckermann y Darío Fernández.
HIGIENE MENTAL: Dr. Fernando Rosales.
PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Manuel Neimann.
PALUDOTERAPIA: Dr. Luis Vargas.
TOXICOMANIAS: Dr. Juan Peón del Valle y Varona.
TERAPEUTICA DEL SISTEMA NERVIOSO: Dr. Antonio Tena.
NEUROLOGIA OCULAR: Dr. Raúl A. Chavira.
FISIOTERAPIA: Dr. Guido Torres Martínez.
LABORATORIO: Dres. Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama.
PSIQUIATRIA JURIDICA: Gustavo Serrano y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA:

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

COAHUILA: Dr. M. Elizondo C.
COLIMA: Dr. Max Linares M.
CHIHUAHUA: Dr. Carlos González Fernández.
DURANGO: Dr. José Peschard.
GUANAJUATO: Dres. Alberto Aranda de la Parra, Octavio Lizardi y Carlos Ramírez Prado.
GUERRERO: Dr. Baltasar Miranda, Dr. Alejandro Aguirre.
HIDALGO: Dr. José Efrén Méndez.
JALISCO: Dres. Adolfo Saucedo y Fernando de la Cueva.
MEXICO: Dr. Rodolfo Salgado.
MORELOS: Dr. Carlos Merino E.
NUEVO LEON: Dr. Manuel Camelo.
OAXACA: Dr. Fernando Bustillos.
PUEBLA: Dres. Ignacio Rivero Caso y Gustavo Domínguez V.
QUERETARO: Dr. Salvador López Herrera.
SAN LUIS POTOSI: Dres. Antonio de la Maza y T. Agundis.
TAMAULIPAS: Dres. Adalberto F. Argüelles y Roberto Morelos Zaragoza.
TLAXCALA: Dr. Demóstenes Bailón.
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 Menninger y Maurice N. Walsh.
FRANCIA: Prof. Dr. Henri Claude, Prof. Dr. Genil-Perrin y Dr. Paul Schiff.
ISLAS FILIPINAS: Dr. Sixto de los Angeles.
NICARAGUA: Dr. Emillio 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 mexicanos, de manera extensiva y particular a los especialistas de habla castellana y en general a todos los neuropsiquiatras que deseen el intercambio.



Hepractón

Merck

es el medicamento de elección en la **anemia perniciosa**

se emplea asimismo con éxito en las **anemias secundarias**

p. ej. anemias de las embarazadas, anemias por graves pérdidas de sangre, anemias consecutivas a enfermedades infecciosas; en las

afecciones hepáticas

como cirrosis hepática, atrofia hepática, ictericia epidémica e

intoxicaciones rebeldes por metales (arsénico, bismuto, mercurio y plomo)

Reg. No. 8804 D. S. P.

Envases: ampollas de 2 c.c.
cajas de 5 ampollas

"Hepractón": marca reg.

Prop. No. 15.706



E. MERCK - DARMSTADT

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

Estado actual de la Cirugía en los tumores cerebrales

Por el doctor CONRADO ZUCKERMANN

PRELIMINAR

El Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal y el Comité Organizador de las Asambleas Nacionales de Cirujanos, me han honrado designándome para que presente ante ustedes un estudio del *estado actual de la cirugía en los tumores cerebrales*. El tema es hermoso e interesante, pero difícil y complicado. Además es bastante extenso y, por ello, sólo efectuaré un resumen, en el que procuraré anotar los hechos primordiales y las repercusiones que éstos tienen en la debida asistencia de los enfermos que sufren neoplasmas intracraneanos.

La cirugía de los tumores cerebrales, es una conquista del presente siglo, que señala nuevo y amplio campo en el que la técnica quirúrgica, marcha lenta pero seguramente hacia el ideal de salvación, apoyada en los conocimientos fisiológicos y anatómicos, aquí todavía más necesariamente fundamentales que en cualquiera otra.

CONCEPTO DE LA CIRUGIA EN LOS TUMORES CEREBRALES

En el estudio de los tumores intracraneanos, la mayoría de los autores están de acuerdo en separar en capítulo especial la cirugía de los procesos inflamatorios, tanto agudos como crónicos, y así no nos referiremos a los abscesos cerebra-

les ni al tratamiento de neoformaciones sifilíticas, tuberculosas, micósicas, etc., sin olvidar que en ciertos casos sólo el examen histológico postoperatorio o el autopsico, podrá realmente precisar la naturaleza del padecimiento.

Nos referiremos a la cirugía aplicada a las neoformaciones intracraneanas primitivas, constituidas por neoplasmas verdaderos (blastomatosos y no blastomatosos) y por tumores vasculares por dilatación y celulares y a los raros casos de tumores parasitarios (quistes hidáticos, etc.).

Al hacer este somero estudio, sólo señalaremos aquellos hechos actualmente aceptados y los procedimientos que la mayoría de los cirujanos emplean y procuraremos reflejar el momento actual de dicha cirugía, tanto en nuestro medio como en el extranjero.

Pudiera pensarse que sólo fuésemos a referirnos a la *técnica operatoria terapéutica*; pero ello sería equivocado porque la cirugía en los tumores cerebrales, ha contribuido y está contribuyendo no solamente para el tratamiento sino para el diagnóstico en sus diversas fases, para ayudar a precisar el pronóstico y colaborar con otras terapéuticas como la radioterápica. No sólo el tratamiento sino también el diagnóstico y el pronóstico de los tumores cerebrales exigen medio quirúrgico y técnica quirúrgica.

Así la cirugía en los tumores cerebrales, se refiere a sus *diagnósticos*: radiológico, operatorio, etc., a su *pronóstico* fundado en estos hechos, a la *técnica* de las *diversas craniotomías* y *craniectomías* descompresivas y para efectuar maniobras intracraneanas, biópsicas, de extirpación, etc.

EVOLUCION DE LA CIRUGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Hasta fines del siglo pasado, la cirugía craneana se aplicaba casi únicamente para procesos externos, sobre todo de origen traumático y tenía como límite, como muralla, la duramadre. Penetrar era obtener meningoencefalitis, casi siempre fatal. A pesar de los adelantos indudables de la cirugía en otras cavidades, la craneana seguía guardando sus secretos al cirujano.

Las tres armas poderosas de la cirugía: ASEPSIA, ANESTESIA Y HEMOSTASIS, hacían prodigios en otras regiones; pero todavía no tenían la finura indispensable para com-

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 Acétylarsan

*rigurosamente indoloro
discreto, facil
neurotónico y eutrótico*

●

Compuesto arsenical de eliminación facil
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** —

Marqués POULENC Frères et USINES DU RHONE

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

DREVILL.

VALERIANATE PIERLOT

Reg. No. 5453 D. S. P. - Prop. 6685

H. RIVIER

26 - 28 Rue St. Claude - París.

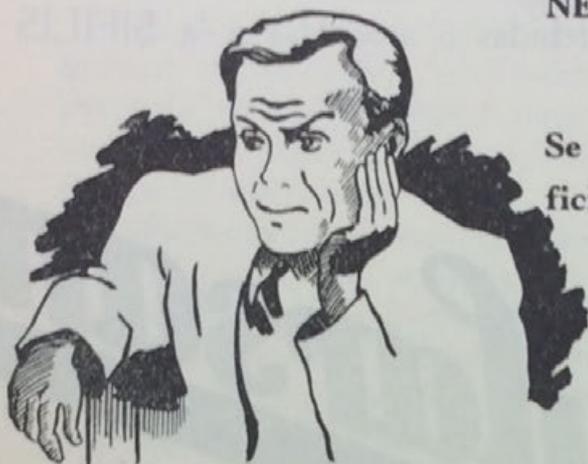
SEDANTE DEL SISTEMA

NERVIOSO Y ANTIESPASMÓDICO

ES NEUROTROPO

Se fija con preferencia en la superficie exterior de la Célula nerviosa.

EFICAZ e INOFENSIVO



Representante:

MAX ABBAT

Lucerna 47.

México, 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. 3-41-31

Mex. L-76-56

Plaza de la República No. 52

MEXICO, D. F.

batir a los procesos en el sistema nervioso central. Era necesaria asepsia más precisa y mejor controlada, anestesia que no bajara la presión arterial y que permitiera intervenciones de larga duración, y, además, contar con diferentes medios de hemostasis aparte de pinzas y ligaduras para poder efectuar con éxito cirugía intracraneana.

Se afirma que *Richmond Godlee*, de Londres, fué el primero que practicó con éxito una operación por tumor del cerebro. Dicha intervención la efectuó el 25 de noviembre de 1884 y la historia de su caso presentada en numeroso concurso de cirujanos, fué escuchada por el doctor *Horsley*, quien desde antes ya prestaba mucho interés a la cirugía neurológica. *Horsley*, a partir de esa época, trabajó intensamente en la neurocirugía y a él se le debe la cera especial tan útil para la hemostasis del corte óseo en el cráneo, amén de otros muchos detalles que son de un gran valor y que lo han convertido en uno de los líderes de la primera época neuroquirúrgica.

Weir, de Filadelfia, parece haber sido el primer cirujano que en América extrajo, el 17 de noviembre de 1887, un tumor cerebral. Más tarde las observaciones se comenzaron a multiplicar. *Keen*, *Mayo* y *Knapf*, en los Estados Unidos, relataron muchos casos. *Horsley*, *Mac Ewen* y *Godles*, anotaron otros más en Inglaterra. En Alemania, *Wagener*, *Wolfe*, *Krause* y *Von Bergmann*, se dedicaron a esta nueva cirugía.

Comienza el siglo XX y la neurocirugía ya tiene carta de naturalización en las principales clínicas quirúrgicas, y algo muy interesante, se le señala como una especialización.

En Europa, *de Martell* en París, *Krause* en Alemania, *Puusepp* en Rusia y *Horsley* en Londres, continuaron su obra perenne y gloriosa. En los Estados Unidos *Harvey Cushing* formó la escuela neurológica de mayor prestigio en el mundo. En nueva York se establece el Instituto Neurológico en donde *Elsberg*, *Stookey* y otros, trabajan con gran maestría. *Adson* funda la magnífica clínica neuroquirúrgica de Rochester y sus discípulos *Love* y *Mck Craig* forman con el maestro una trilogía admirable y fecunda por sus éxitos y sus trabajos.

Cushing y *Dandy* han contribuído mucho al adelanto de la neurocirugía. El primero por sus minuciosas técnicas y el cuidado que ha tenido en valorizar los datos histológicos y en convertir el diagnóstico de los neoplasmas cerebrales en un hecho lesional en íntima relación con sus manifestaciones

clínicas y con las posibilidades terapéuticas. A *Dandy* se debe la brillante iniciación y el establecimiento del diagnóstico por la ventriculografía y la encefalografía. Fué en 1918 cuando usó aire, intencionalmente, como medio de contraste radiológico del cerebro inyectándolo directamente en los ventrículos y, en 1919, lo efectuó introduciéndolo por vía lumbar.

Actualmente, la neurocirugía, tiene adeptos en todas partes y sería imposible anotar los nombres de los clínicos y cirujanos que hacen brillante labor en la cirugía del sistema nervioso central; pero es interesante recordar que la escuela argentina de neurocirugía, que dirigen con tanto acierto *Manuel Balado* y *Ramón Carrillo*, ha contribuido y está contribuyendo al adelanto de la neurocirugía por medio de sus notables estudios del diagnóstico ventriculográfico usando sustancias radio-opacas. Es un triunfo de la cirugía latinoamericana.

Del primitivo concepto de cirugía nerviosa que tenía como base la técnica de la craniectomía, se ha avanzado muchísimo hasta convertirla en una ciencia anatomoclínica con su arte de finas maniobras dentro de la cavidad craneana.

DIAGNOSTICO QUIRURGICO DE LOS TUMORES CEREBRALES

El diagnóstico de los tumores cerebrales es un proceso de *cooperación médica*. El cirujano necesita aplicar al enfermo en el que se suponga la existencia de un neoplasma intracraneano, la gama de procedimientos clínicos absolutamente indispensables para hacer diagnóstico detallado y lo más preciso posible, que le evite efectuar craniectomías exploradoras.

El *interrogatorio* minucioso, la *exploración física* detallada y el *examen neurológico* más completo posible, son el primer paso. Sin ellos, ninguno de los demás exámenes tiene valor. Solamente cuando se ha terminado de hacer estos exámenes debe efectuarse el *examen oftalmológico*. Después del examen oftalmológico y una vez bien apreciados los datos que tanto el examen clínico como el neurológico han aportado, se podrá hacer justificadamente punción lumbar, pruebas tensionales, examen del líquido cefalorraquídeo y en muy limitados casos de tumores cerebrales, se podrá efectuar encefalografía. Después de ello se cuenta con el recurso muy va-

lioso de la *ventriculografía*, ya sea por aire o por sustancias radio-opacas, como lo preconiza la escuela argentina. Además, la visualización radiológica de la circulación cerebral.

El orden habitual para efectuar el examen, en caso de suponerse tumor cerebral, es:

- 1.—Examen clínico general,
- 2.—Examen neurológico,
- 3.—Examen oftalmológico,
- 4.—Examen por otros especialistas: otólogo, etc.,
- 5.—Examen radiográfico craneano en busca de las alteraciones óseas generales y característica de la hipertensión y de las regionales propias de algunos tumores,
- 6.—Estudio tensional subaracnoideo y examen del líquido cefalorraquídeo obtenido por punción lumbar, estando el enfermo en decúbito. La punción lumbar no debe hacerse cuando la hipertensión sea de intensidad media y mucho menos cuando sea grande.
- 7.—Ventriculografía, arterografía y raramente encefalografía, según las indicaciones dadas por los exámenes anteriores.

El diagnóstico es una labor de conjunto, de cooperación, entre médico de cabecera, neurólogo, cirujano, radiólogo, laboratorista, oculista, otólogo, etc.

El detallado examen neuropsiquiátrico es capaz por sí solo, de conducir al conocimiento de la existencia de tumor cerebral.

En el diagnóstico oftalmológico de los tumores cerebrales, el cirujano deberá recordar el gran valor que tiene: *la hipertensión de la arteria central de la retina, la estasis papilar, las hemianopsias, la atrofia óptica, la paresia o parálisis de los nervios motores del globo ocular, etc.*

El examen del líquido cefalorraquídeo mostrando negatividad de reacciones para procesos inflamatorios, normalidad o *disociación albúmino-citológica* puede ser de utilidad. No olvidemos los peligros de la punción lumbar, en estos enfermos. En casos de sospecharse tumor de la fosa craneana posterior, no debe hacerse punción lumbar.

La visualización radiológica de la circulación endocraneana de *Egas Moniz*, quien preconiza la inyección intraca-

rotidea de solución de yoduro de sodio o de Thorotrast (suspensión coloidal de dióxido de torio al 25%), permite conocer las desviaciones de los vasos, la ausencia en algunos sitios de vascularización, su excesiva existencia y además, identifica los tumores vasculares.

Debe recordarse que los trabajos experimentales de *Lanari, Jorg y Aguirre*, del Instituto "Alfredo Lanari", de Buenos Aires, han demostrado que el dióxido de torio no debe ser empleado, por ser tóxico.

La ventriculografía por aire da importantes datos, sobre todo en lo referente a los ventrículos laterales y es de indudable utilidad para la localización tumoral.

La iodoventriculografía y la iodoventriculoscopia de *Balado y Carrillo*, por medio de la introducción de 4 a 12 c. c. de lipiodol en los ventrículos laterales, permite estudiar el sistema ventricular craneano y es de gran valor, de acuerdo con las experiencias (550 observaciones) de estos investigadores, sobre todo en el diagnóstico de los tumores de la fosa posterior.

Es posible, pero ventajosamente cada día es menos frecuente, que a pesar de todos los exámenes efectuados no puedan resolverse con exactitud las incógnitas del diagnóstico, pero es indudable que todos esos medios debidamente valorados, son capaces en la mayoría de los casos, de aclarar los tres problemas fundamentales:

1o.—El diagnóstico de existencia.

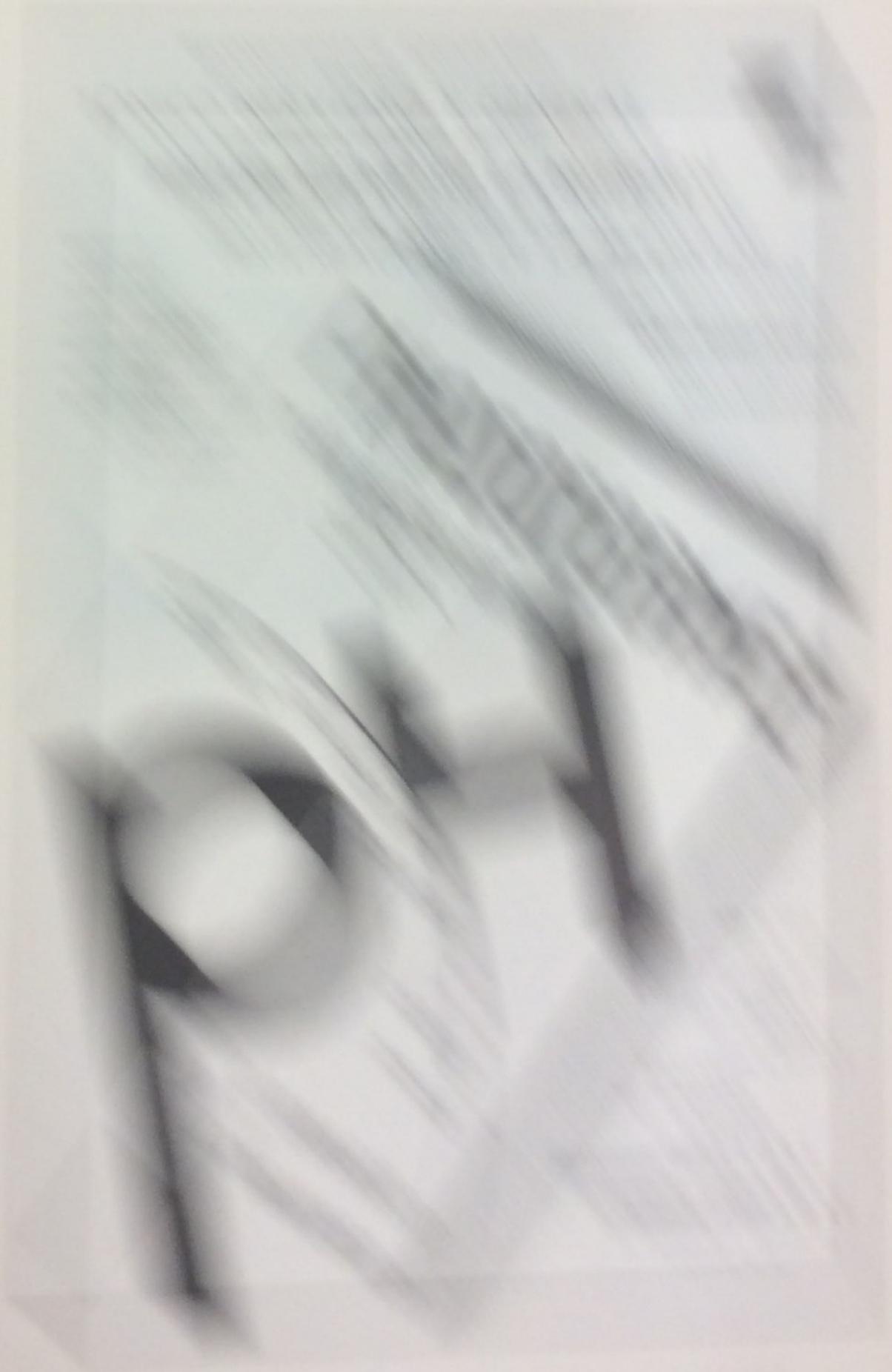
2o.—El diagnóstico de topografía: sitio en relación con el cráneo, profundidad y extensión.

3o.—El diagnóstico de naturaleza.

Existencia, lugar y posible constitución histológica, son los datos que el cirujano debe conocer antes de conducir al enfermo a la mesa de operaciones.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LOS TUMORES CEREBRALES

Los tumores del cerebro fueron primitivamente clasificados en dos grandes categorías: los *cerebromas* o tumores desarrollados en el cerebro, y los demás tumores intracraneanos en los cuales entraban todas las neoformaciones que no crecían precisamente dentro del cerebro. Desde esta primitiva





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

Salinaf

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

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.

división hasta las actuales clasificaciones hay una gran diferencia; pero es triste decir que, a pesar de los adelantos tanto histológicos como clínicos y operatorios, no existe todavía unidad en la clasificación de los tumores cerebrales. Se tiende, sin embargo, a una *nomenclatura histogenética*, que tiene la ventaja de evitar confusiones y que, además, permite por la sola enunciación del tumor, juzgar sus posibilidades terapéuticas y su probable pronóstico.

Los tumores intracraneanos pueden estar derivados, en primer lugar, de las envolturas y constituir el gran capítulo de los *meningiomas* y de los *meningioblastomas*, según se trate de tumores histológicamente benignos o histológicamente malignos. Estos meningiomas pueden, por su origen, ser de tres categorías: meningiomas de la duramadre, meningiomas aracnoideos y meningiomas de la piamadre.

Después de los meningiomas se describen los tumores derivados de la glándula pituitaria, es decir, los *epiteliomas* y los *epitelioblastomas* de la pituitaria anterior. Al lado de ellos deben colocarse los tumores pituitarios embrionarios derivados del *tubo hipofisial*. Estos tumores constituyen casi siempre lo que la mayoría de los autores llaman tumores craneofaríngeos o de la bolsa de Ratke. Los tumores de la pituitaria posterior y los tumores de la *glándula pineal* son, en realidad, diversas variedades de tumores derivados de tejido nervioso que luego estudiaremos.

Las células del epéndimo y las de los plexos coroideos, pueden dar a su vez, origen a tumores que constituyen los *ependimomas* y los *ependimoblastomas*. Los tumores nerviosos, propiamente dichos, pueden derivarse de las celdillas neuroepiteliales embrionarias y constituir el capítulo de los *neuroembriomas* y *neuroembrioblastomas*, que son tumores bastante raros. En seguida tenemos los *neuromas* y los *neuroblastomas*, derivados de los neuroblastos. Luego los *espongiomas* y los *espongioblastomas*, constituídos principalmente por espongioblastos, y, en seguida, las diversas categorías de *gliomas*, derivados de las células gliales. Estos gliomas pueden ser de dos grandes categorías: gliomas astrocitarios y gliomas oligodendrocitarios. Los primeros son los *astrocitomas* y *astrocitoblastomas*, y los segundos son los *oligodendrocitomas* y los *oligodendrocitoblastomas*.

De acuerdo con los hechos clínicos, puede considerarse que:

El 50% de los tumores intracraneanos, son de la serie neuroglial.

El 25% son tumores pituitarios.

El 10% son tumores meníngeos.

El 10% son tumores del nervio auditivo, y

El 5% corresponde a diversas variedades (tumores vasculares, cordomas, etc.).

Es muy frecuente observar en gran número de clasificaciones el término *meduloblastoma* que, en realidad, corresponde a una variedad de espongioblastoma, en el que se encuentran al mismo tiempo, mezclados espongioblastos, neuroblastos, glioblastos y aún células neuroepiteliales. Es uno de los tumores nerviosos más malignos.

Desde el punto de vista topográfico, es interesante recordar que el 70% de los tumores endocraneanos en el adulto, son supratentoriales y el 30% son infratentoriales y que esta relación se invierte en el niño, en donde el 70% son infratentoriales y el 30% son supratentoriales.

Por su topografía, se consideran actualmente los siguientes tumores:

Tumores frontales anteriores:

subfrontales,

frontales posteriores y frontoparietales,

parietales,

sagitales y parasagitales,

temporales,

occipitales,

centrales,

intraventriculares,

intrasillares y suprasillares,

del ángulo pontocerebeloso,

cerebelares laterales,

cerebelar medio,

del cuarto ventrículo, etc.

PRONOSTICO DE LOS TUMORES CEREBRALES

Puede considerarse que el pronóstico de los tumores cerebrales, es siempre grave; pero, sin embargo, día a día las estadísticas mejoran, gracias precisamente a la intervención quirúrgica.

El primer problema que debe resolverse y que permite mejorar el pronóstico, es el que se refiere al *diagnóstico temprano* de los tumores cerebrales. Lo mismo que en cualquiera otra localización, mientras más pronto se descubre la existencia de un neoplasma, mayores probabilidades de curación existen. El clínico en la actualidad, cuenta con suficientes medios para poder hacer, en época relativamente temprana, el diagnóstico de tumor cerebral. Supuesta la existencia de un tumor cerebral, hay muchos medios para confirmarla y además para fijar su localización y juzgar de su probable naturaleza. Topografía y naturaleza del tumor fundan el pronóstico.

Los tumores del cerebro son, como regla, más graves en el niño que en el adulto, dado que en el primero se observan sobre todo los tumores de la fosa posterior y de la naturaleza histológicamente maligna, de preferencia espongiblastomas.

Existen tumores cerebrales, a los que conviene la denominación "tabú", es decir, de intocables, porque por su topografía no son de acceso quirúrgico. Cada día se ha logrado penetrar más profundamente a la cavidad endocraneana, pero todavía existen *tumores inextirpables*, sobre todo los que están colocados en la parte central e inferior del cerebro, en los núcleos de la base, en la protuberancia, los del tercer ventrículo, los de los pedúnculos cerebrales y los del bulbo. Los tumores de los ventrículos laterales y los tumores del ángulo pontocerebeloso, son en la actualidad del resorte del cirujano.

El pronóstico de las diversas formas de tumores cerebrales, está directamente en relación con lo *temprano del diagnóstico* y con lo *preciso de su localización*, con lo *inmediato de la intervención quirúrgica* y con la *extirpabilidad completa o parcial o la inextirpabilidad del tumor*. Además, fundarán el pronóstico los datos que se obtengan por el examen histológico del tumor o de la *biopsia*. Existen tumores que, a pesar

de la extirpación se reproducen y de esta regla no escapan los cánceres cerebrales.

Todos los tumores endocraneanos pertenecientes a la categoría de blastomas, es decir, cancerosos, son de pronóstico grave y entre ellos se marcan, por su mayor malignidad, los espongiblastomas y los oligodendrocitoblastomas.

Es un hecho interesante que los blastomas del cerebro, excepcionalmente presentan metástasis fuera del sistema nervioso; ello, sin embargo, no le quita nada de su gravedad, porque cáncer cerebral es ya más que suficiente para hacer el pronóstico extraordinariamente grave y en un gran número de casos, fatal.

Es muy importante, para fundar el pronóstico inmediato, conocer el grado de *hipertensión endocraneana* y además, saber si es *compensada* o *descompensada*. En el primer caso, la operación es indispensable y aún urgente; pero en el segundo, la operación es todavía más urgente y el peligro de vida inminente.

Además de los datos antes anotados, en el pronóstico debe tenerse muy en cuenta, las alteraciones funcionales que el tumor mismo o la *operación* son capaces de determinar bajo la forma de parálisis, hemiplejias que pueden ser definitivas, lesiones de los diversos nervios craneanos, etc.

La mortalidad operatoria que en un principio era, a fines del siglo pasado, de un 60%, ha bajado en las últimas estadísticas a un 15%. Mucho es, pues, lo que se ha logrado con el tratamiento quirúrgico.

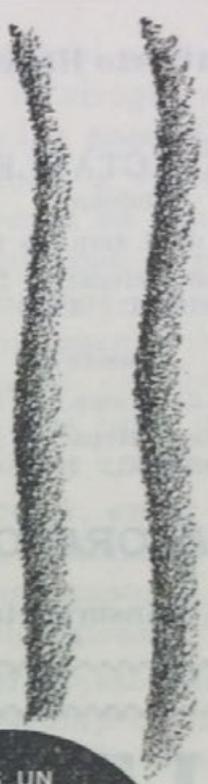
TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS TUMORES CEREBRALES

En presencia de un enfermo que sufre de tumor cerebral, la indicación operatoria es, en la mayoría de los casos, imperiosa, dado que no existe otro tratamiento que pueda curar a estos enfermos. Ninguna medicación ha probado actualmente que sea capaz de traer verdadera mejoría, y lo único que se puede lograr por medios médicos, es *disminuir la hipertensión endocraneana* por la inyección endovenosa de suero hipertónico, etc. Las *radiaciones* han demostrado su eficacia en algunos tumores endocraneanos y el médico se siente autorizado para aconsejarlas en los epitelomas y epitelio-

NOVAR

LONGEZON

BILLON



ES UN
MEDICAMENTO
DE ELECCIÓN EN EL
TRATAMIENTO
DE ASALTO
DE LA
SIFILIS

INYECCIONES
INTRAVENOSAS

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica -

Reg. No. 9407-D.S.P.

- Prop. No. 7305

Société Parisienne d'Expansion Chimique

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon

PARIS-8^e

Dadvill

HEPATO - VIT

Registro No. 19483, D. S. P.

**Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado
y Vitamina C.**

INYECTABLES

(indoloro)

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

(fuerte)

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

BEBIBLES

(niños)

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

(adultos)

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

LABORATORIOS DEL DOCTOR ZAPATA

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

VITAMIN - CAL

Asociación de Fosfato Tricálcico y Vitamina D.

Fijación efectiva del calcio por la acción de la Vitamina D.
Controlado biológicamente contra el Standard Internacional de
Vitamina D. del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones.

Inyectables

Registro No. 18992 D.S.P.

Fosfato Tricálcico en suspensión coloidal con 8,000 Unida-
des de Vitamina D. por centímetro cúbico. Inyección indolo-
ra hipodérmica profunda o intramuscular.

Comprimidos

Registro No. 18967 D.S.P.

2,000 U. I. por comprimido

Frascos de 40 comprimidos

Indicado en los casos que haya necesidad de una recalci-
ficación intensa, anemias profundas, tuberculosis, crecimiento,
desarrollo físico, etc.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia Médica.

LABORATORIOS DEL DOCTOR ZAPATA

Av. Insurgentes Núm. 35.

México, D. F.

Prop. 11,765

blastomas hipofisarios, cuando no existe gran hipertensión endocraneana y la ceguera no es de rápida evolución, y en algunos tumores que se supone blastomatosos. Fuera de estos casos las radiaciones solamente se emplean como complemento de la intervención quirúrgica y con fundamento en el examen histológico.

Dos grandes tipos de operaciones, desde el punto de vista de su amplitud, pueden efectuarse en la cirugía endocraneana: las *grandes aberturas del cráneo* y las *pequeñas aberturas del cráneo*. En la actualidad se tiende a volver a las *pequeñas aberturas*, pero todavía se preconiza en muchos casos las *grandes craniotomías*. Es posible que con la precisión en la topografía de los tumores endocraneanos se vuelva a las *pequeñas craniotomías*. Además, es indispensable señalar que en las operaciones del cráneo puede *conservarse o quitarse el plano óseo*, señalando esto los dos tipos de intervenciones sobre el plano óseo: craniotomías y craniectomías.

La craniotomía en colgajo osteomuscular, es la que actualmente se aplica con mayor frecuencia y tiene la ventaja de que evita la hernia cerebral en algunos casos y de que deja condiciones muy semejantes a las fisiológicas.

Además de la operación que tiene por objeto extirpar el tumor cerebral, existe la *trepanación descompresiva*, de la cual se deben señalar dos tipos: la *trepanación descompresiva de la región temporal*, que es todavía la más empleada y la *trepanación descompresiva al nivel de la fosa posterior*, quitando el arco posterior del atlas y la porción media e inferior del hueso occipital; la primera se emplea sobre todo para los tumores supratentoriales y la segunda, para los tumores infratentoriales. Su efecto, aunque pasajero, puede ser imperativo y de verdadero beneficio.

La finalidad de la intervención quirúrgica en los neoplasmas intracraneanos, es en primer lugar, la extirpación total y en caso de que ésta no sea posible, entonces se recurrirá a los siguientes procedimientos:

La extirpación parcial, que casi siempre se hace fragmento a fragmento,

La biopsia sola,

La biopsia quitando el plano óseo para hacer descompresión y para permitir por ella que las radiaciones lleguen mejor al tumor,

La biopsia y la punción ventricular,
La sola punción ventricular,
La craniectomía descompresiva únicamente.

Además, puede obtenerse real beneficio por medio de la evacuación del contenido de los tumores que hayan sufrido la degeneración quística; pero no debe olvidarse que siempre que sea posible, conviene abrir el quiste, darse cuenta de su naturaleza y extirpar, en caso posible, los nódulos que se encuentren, o parte de la pared.

La intervención quirúrgica en estos enfermos es siempre grave y en ocasiones adquiere aspecto verdaderamente dramático. El doctor *Mck Craig*, relata un caso muy interesante: paciente con síntomas de neoplasma subtentorial que al terminar de aplicarle la anestesia local para *craniectomía cerebelosa bilateral*, presenta *paro respiratorio* y luego el pulso y la presión arterial se hacen imperceptibles. Entonces, se mantiene la respiración artificialmente por medio de cánula intratraqueal y respiración con máquina y, además, se inyecta efedrina intravenosa y luego suero gomado. Casi toda la operación se efectúa en estas condiciones, es decir, son cuarenta y cinco minutos de vida con *respiración artificial*. Hasta después de haber abierto la duramadre que cubre la cisterna magna se observa recuperación respiratoria; luego se extraen cuarenta centímetros de líquido amarillento de quiste cerebeloso izquierdo y se extirpa un nódulo intraquistico que revela que se trata de astrocitoma. El enfermo se encuentra en buenas condiciones dos meses después de operado.

En esta cirugía la intervención quirúrgica deberá efectuarse *inmediatamente después que se establezca el diagnóstico* y el cirujano no deberá olvidar que la craniotomía exploradora no es aquí tan tolerada como lo puede ser la laparotomía en el vientre y que es indispensable efectuar el diagnóstico topográfico con la mayor precisión posible.

ANESTESIA EN CIRUGIA CEREBRAL

La anestesia en la cirugía craneana, debe tener como características *no disminuir la presión arterial, no provocar choque y permitir una operación de larga duración*. En la actualidad es todavía la *anestesia local* la más empleada; pero

como es indispensable contar con tranquilidad durante un espacio de tiempo de horas, en gran número de estas intervenciones se preconiza utilizar como anestesia de base la *avertina* por vía rectal.

La morfina, por su acción depresora sobre el centro respiratorio, es poco empleada como preparatoria de la anestesia en estos casos. Además de la anestesia local, se ha preconizado la *anestesia etérea* que no disminuye la presión arterial, que permite una operación de larga duración, pero que tiene el inconveniente de aumentar la hemorragia capilar.

La anestesia por inhalación con éter, se utiliza frecuentemente, sin mascarilla, por medio de tubo intratraqueal que evita las obstrucciones respiratorias y que, además, se adapta mejor a las posiciones de la cabeza del enfermo.

En el Instituto Neurológico de Nueva York, utilizan con gran frecuencia, el siguiente método: después de cuidadosa rasurada, limpieza y aseptización de la zona craneana, en donde va a efectuarse la operación, hacen la infiltración anestésica local con solución al 1 por 100 de clorhidrato de procaína y en seguida introducen al recto por medio de sonda, una solución de *avertina* que contenga la cantidad de dicha sustancia, de acuerdo con el peso del paciente: 70 miligramos por kilogramo en la mujer, y 80 miligramos por kilogramo en el hombre. Afirman que el procedimiento es seguro y evita la excitación que algunos enfermos presentan empleando únicamente la anestesia local.

Para la anestesia local, en cirugía neurológica, varios cirujanos en México, entre ellos nosotros, empleamos solución de novocaína al 1 por 100, sin adrenalina; no empleamos esta última por el peligro de gangrenas y porque empleándola se pudiera ocultar hemorragia que más tarde molestaría la cicatrización.

En resumen, se utilizan en la actualidad, de preferencia, la anestesia general por éter y la anestesia local. La anestesia por ciclopropano, en cirugía craneana, es poco empleada y es posible que ello se deba a que el ciclopropano es explosivo, en rarísimas circunstancias ciertamente, y a que en esta cirugía se emplean varios aparatos eléctricos para gran número de los tiempos operatorios.

La anestesia local, en la cirugía cerebral, está fundada en el hecho de que el plano óseo, el meníngeo y el cerebral,

son prácticamente insensibles, excepto los troncos arteriales grandes, tanto de la duramadre como de la base del cerebro.

La anestesia intravenosa por pentotal sódico, la hemos comenzado a usar en la cirugía neurológica, y tenemos buena impresión de su empleo. Creemos será capaz de producir, en muchos casos, anestesia tranquila y de larga duración.

Para luchar contra la baja de la presión arterial, que se presenta durante el acto operatorio, como consecuencia de las maniobras, el médico cuenta con *transfusiones de sangre* y con las inyecciones de suero clorurado, glucosado y gomado.

En la cirugía intracraneana, la anestesia debe permitir efectuar la intervención sin tener en cuenta el factor tiempo, sino principalmente el factor estado del paciente.

HEMOSTASIS

La hemostasis en la cirugía cerebral, se divide en tres grandes capítulos: la *hemostasis de los planos blandos*, la del *plano óseo* y la *hemostasis intracraneana*.

Antiguamente se empleaba para disminuir la hemorragia, en el momento operatorio, del colgajo cutáneo, la ligadura elástica alrededor de la cabeza; dicho procedimiento está actualmente en desuso. Ahora, para la *hemostasis del colgajo blando*, se cuenta con cuatro recursos de gran valor:

Las suturas con surjete continuo, que se hace a uno y otro lado del sitio del corte cutáneo.

Las pinzas colocadas directamente sobre el vaso o tomando el epicráneo y luxándolo hacia afuera y aun tomando al mismo tiempo el plano cutáneo.

Las *grapas*, sobre todo las de *Adson*, que son uno de los mejores medios para hacer de una manera rápida y segura la hemostasis del colgajo blando. Dichas grapas se quitan cuando se va a hacer la sutura terminal y entonces se efectúan las ligaduras de los vasos que sangran mucho y la coagulación de los vasos medianos. El correcto afronte de los planos hace innecesario multiplicar las ligaduras hemostáticas al final de la operación.

Además de estos medios, algunos cirujanos todavía emplean los pasadores y las pinzas hemostáticas de *Alis*, que atraviesan todo el colgajo.

INYECTABLE

LORUSOL (PADEO)

U. M. M.
CALCIO - GLUCOSA Y EXTRACTO PARATIRODEO

REG. Nº 18077 D.S.P.

INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE
ESTADOS DE DECALCIFICACION, CONSOLIDACION
DE FRACTURAS, ESPASMOFILIAS, ANEMIA
RAQUITISMO, TUBERCULOSIS, ALGUNAS FORMAS
DE COREA, ATETOSIS, ASMA BRONQUIAL
EN ALGUNAS ECZEMAS, URTICARIA
EDEMA DE QUINQUE, UTIL PARA
AUMENTAR LA CALCEMIA SANGUINEA
Y COMO ANTIHEMORRAGICO

ES UN PREPARADO DE LA

UNION MEDICA MEXICANA, S.A.
LABORATORIOS TERAPIA

MUESTRAS Y LITERATURA AL APDO. 1393

TODAS NEURALGIAS REBELDES

SEDACION RAPIDA
Y ATOXICA



NAIALGINE

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO

inyeccion *✓* indolora *✓* — 20cc por dia

en ampolla *✓* de
5cc. 10cc. 20cc

EMILE LOGEAS Pharmacien. 24, rue de Silly. BOULOGNE SUR SEINE. PARIS

"AUTORIZACION 3914 D.S.P."

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. **Mercurocromo-Oxifluoresceina** y deseo se me remita libre de portes una muestra (frasco de 1 gramo para experimentación).

Nombre.

Dirección.

Estado.

CUPON

Tratamiento de Fondo Antiluetico



SERIES INFANTIL
A.B.yC.

Instituto
Therapeutico
Brasileiro.

RIO DE JANEIRO, BRASIL

14935 D. S. P. ~ 14437 D. S. P. ~ 14935 D. S. P. ~ 14935 D. S. P.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA DIRIJASE A: LABORATORIOS "PICOT" INC.

REGINA 13,

MEXICO, D. F.

También se puede emplear para disminuir el aflujo sanguíneo, cuchillo eléctrico para hacer la sección del plano blando hasta llegar al periostio.

La *hemostasis del plano óseo*, se efectúa principalmente por medio de la cera de *Horsley* y secundariamente por el aserrín de hueso y por pequeños fragmentos de hueso encajados en el sitio de sangre. También puede emplearse la diatermocoagulación.

La hemostasis de la duramadre se hace habitualmente por medio de pinzas y ligaduras con seda o con catgut muy delgado. También puede hacerse dicha hemostasis por medio de fragmentos de músculo que se aplican al sitio sangrante.

El capítulo más importante de la hemostasis es indudablemente el que se refiere a la cerebral. La irrigación constante de todo el campo operatorio con suero caliente es uno de los mejores medios de tener constantemente bien hidratados los tejidos y de disminuir el aflujo sanguíneo posterior.

La hemostasis cerebral se puede hacer por medio de *ligaduras*, por *fragmento de músculo*, por medio de *grapas de plata de pequeño tamaño*, que es el procedimiento, en la actualidad, más empleado y por medio de la *coagulación eléctrica*.

La cirugía endocraneana es la que requiere mayor número de precauciones para asegurar la hemostasis completa, durante y después de la operación.

CRANIOTOMIA Y CRANIECTOMIA

Dos procedimientos dominan todavía en el campo de la técnica operatoria craneana: el *método osteoplástico de Wagner y Wolf* y la *craniectomía con resección ósea preconizada por Horsley*. Es el primero el que actualmente se utiliza con mayor frecuencia, reservándose de preferencia la craniectomía extirpadora para los trépanos descompresivos, tanto de la región temporal como occipital y para las craniectomías de la fosa posterior. La gran craniectomía occipital ha sido preconizada por Cushing para los tumores subtentoriales y es completada por medio de la extirpación del arco posterior del atlas. Las craniectomías en colgajo, han sido calurosa-

mente defendidas por *De Martel* y tienen la ventaja de conservar condiciones semejantes a las fisiológicas.

Las vías de acceso en el cráneo son múltiples y están supeditadas al sitio del tumor, pero se señalan, sin embargo, como vías de acceso clásicas las siguientes:

frontal unilateral o bilateral,

temporal y temporoparietal,

occipital unilateral y bilateral, y

la vía de la línea media para los tumores sagitales.

Para efectuar el *corte óseo*, se utilizan diversos medios, siendo en la actualidad dos los más usados: el corte con instrumento de mano, mediante trépanos y sierra de Gigli y el empleo de las sierras eléctricas.

El corte del periostio debe hacerse varios centímetros afuera del sitio donde se efectuará la sección ósea y así al terminar la operación se tapaná el corte con el periostio, asegurando su colocación con puntos separados.

El corte óseo será oblicuo para poder aplicar el colgajo óseo de una manera fija y sin peligro de que penetre a la cavidad craneana.

En la actualidad, se tiende a volver a las craniectomías mínimas, colocadas exactamente en el sitio del tumor. Para lograr esto, es indispensable localización exacta del tumor.

En los tumores de la fosa posterior, es donde más se han defendido las craniectomías mínimas, cuyo trazo varía según que el tumor esté colocado en el vermis superior, en el medio, en el inferior, en algún hemisferio cerebeloso, en el ángulo pontocerebeloso, en la cara superior del cerebelo, etc. Es lo que preconizan *Balado* y *Carrillo*.

Para los tumores de los hemisferios cerebrales también es útil la craniectomía mínima; pero su amplitud puede ser mucho mayor que en la fosa posterior.

TECNICA ENDOCRANEANA

Abierto el cráneo, el neurocirujano deberá fijarse en los caracteres que presenta la duramadre, y, en caso de que haya marcada prominencia y de que no existan latidos, lo mejor es comenzar por efectuar *punción ventricular* y aun recurrir a la inyección endovenosa de *suero hipertónico*. Así se evitaría la hernia de la sustancia cerebral en el campo ope-

ratorio. La sección de la duramadre debe hacerse evitando lo más posible el corte vascular y teniendo en cuenta las posibilidades de la sutura al terminar el acto operatorio.

Una vez descubierta la sustancia cerebral, en los casos de tumor cortical o meníngeo, se procederá a efectuar la extirpación del neoplasma, de acuerdo con las condiciones de cada caso en particular, haciendo la hemostasis de los vasos antes de la sección, utilizando los medios que anteriormente anotamos. La extirpación del tumor será total cuando se opere en las llamadas zonas silenciosas y será parcial cuando se intervenga en las zonas motoras o en las que tienen centros de importancia. Se anotan como zonas en que puede efectuarse extirpación con alguna amplitud, la occipital, la temporal derecha, la frontal y los lóbulos cerebelosos. Si el tumor no es superficial sino profundo, se explorará por medio de punción la sustancia cerebral; los cambios de consistencia o la existencia de líquido que proviene de quiste, permitirán localizar, en algunos casos, el neoplasma.

Cuando la extirpación no pueda hacerse directamente por medio de pinzas, se hará por medio de asa eléctrica, por succión, por la cucharilla o por medio de sacabocados.

No siempre la identificación de un tumor aunque sea cortical es posible y a este respecto *Christiansen* relata un interesante caso en el que el diagnóstico preoperatorio era el de tumor en el lóbulo temporal izquierdo y en la operación no se vió tumor sino únicamente aplanamiento de las circunvoluciones cerebrales, siendo el color y la consistencia normales. Quitaron un fragmento de dicho tejido cerebral y el microscopio reveló glioma difuso.

En los tumores de la región hipofisiaria la finalidad principal de la operación es quitar la compresión sobre el quiasma óptico y para ello se utiliza el asa eléctrica, la cucharilla de raspa y la pinza sacabocados, que son los tres instrumentos más valiosos actualmente para extirpar tumores cerebrales.

Al extirpar tumores del ángulo pontocerebeloso deberá tenerse en cuenta localización, tamaño, relaciones con nervios cercanos, vascularizaciones, adherencias al cerebelo, a los pedúnculos cerebrales y a la protuberancia. Uno de los nervios más frecuentemente lesionados al operar estos tumores, es el facial. Para evitar lo más posible dichas lesiones,

la mayoría de los cirujanos efectúan la *extirpación intracapsular por fragmentos*.

El empleo del *cuchillo eléctrico* y del *coagulador* son de enorme valor en la cirugía endocraneana, pero no deben ser utilizados en grado excesivo para no dejar escaras que pueden ser motivos de hemorragias y otros síntomas postoperatorios.

Al efectuarse la técnica endocraneana, el cirujano necesita saber, para modificar y guiar su operación, la naturaleza histológica del tumor y, para ello, es indispensable el examen histológico inmediato que permite al cirujano, antes de terminar su operación, conocer las condiciones en que debe hacerlo y el pronóstico del caso.

En esta cirugía cada célula y cada hilete nervioso es sagrado.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

La evolución postoperatoria inmediata es delicada y el peligro inminente radica en la hipertensión, para lo cual se cuenta con las inyecciones intravenosas de suero hipertónico. Los demás cuidados de esta cirugía son comparables en sus demás aspectos a los de toda cirugía grave.

Debe recordarse que la administración de líquidos, sueros isotónicos y transfusiones, debe ser la estrictamente necesaria porque pueden provocar reacciones molestas, aumento de la presión intracraneana y favorecer el edema cerebral.

En cuanto a morfina y otros analgésicos, es mejor emplearlos en cantidades pequeñas y repetidas. Reposo, tranquilidad, limitación de líquidos y analgésicos moderadamente, son los cuidados habituales.

En presencia de infección, el primer germen en que debe pensarse, es en el estreptococo y contra él dirigir la medicación.

La mortalidad inmediata después de las operaciones por tumor cerebral, se debe generalmente a tres complicaciones: choque, hemorragia y, sobre todo, hipertermia con coma. Para lo primero se cuenta con sueros, transfusiones, efedrina, alcanfor, etc., para lo segundo, con transfusiones, coagulantes, reoperación, etc., y para lo tercero, que es lo frecuente y más grave, el cirujano recurre a suero hipertónico intrave-

Glucalín



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

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

TONICO NERVIOSO FOSFORAMM

Su sabor es muy agradable y bien tolerado,
aun por las personas más delicadas.

SU FORMULA ES:

Fosfato monoácido de sodio.....	3.35 Grs.
Acido Fosfórico Oficial.	1.66 „
Jarabe de Azahar, G.B.P.	100.00 c.c.
Color verde vegetal inofensivo G.B.r. darle color.	

D O S I S :

Adultos, una cucharada antes de cada comida.
Niños, una cucharadita de la misma manera.

HECHO EN MEXICO POR LOS LABORATORIOS QUIMICOS DE

JUAN RUIZ Y RUIZ

Río Támesis No. 1.
Colonia Cuauhtémoc.

Tel. Mex. L-65-97
Tel. Eric. 8-69-34

APARTADO POSTAL 8623.—MEXICO, D. F.

LUMI RAMM

TABLETAS

SEDANTE - ANTICONVULSIVO - ANTIESPASMÓDICO - HIPNÓTICO

F O R M U L A :

Acido Feniletilbarbitúrico.	0.12 Grs.
Tartrato Bórico Potásico.	0.50 „
Belladona en polvo.	0.02 „
Almidón en polvo, c.b.p.	1.00 „

D O S I S :

Según indicaciones del médico, una tableta, la mitad o cuarta parte,
cada vez que sea necesario.

Usese por prescripción médica.

HECHO EN MEXICO POR LOS LABORATORIOS QUIMICOS DE

JUAN RUIZ Y RUIZ

Río Támesis No. 1.
Colonia Cuauhtémoc.

Tel. Mex. L-65-97
Tel. Eric. 8-69-34

APARTADO POSTAL 8623.—MEXICO, D. F.

noso, lavativas hipertónicas de sulfato de magnesia, refrigeración de todo el cuerpo con bolsas de hielo, punción ventricular, estricnina a altas dosis, etc.

Cada día se tiende a canalizar menos en cirugía endocraneana y, en caso de fistulación, se emplean compresas con alcohol.

Sobrevida de más de cinco años con recuperación, debe considerarse como curación.

En caso de continuar el proceso neoplásico, se observa con frecuencia la hernia cerebral a través de la zona operada.

CIRUGIA Y RADIACIONES

El tratamiento de los tumores cancerosos del cerebro por medio de las radiaciones de los Rayos X o del radium, ha sido preconizado desde hace años por *Ewin* y, en la actualidad, tiende a aplicarse en íntima colaboración con la intervención operatoria.

Existen algunos casos en que puede aplicarse sin operación: en neoplasmas epiteliales de la glándula pituitaria y en algunos tumores que, por su localización, son inaccesibles y que clínicamente se piensa que son blastomas.

Fuera de esos casos, la irradiación se efectúa después del examen histológico de la biopsia o de lo extirpado.

Se consideran como tumores *radiorresistentes*, los que no tienen el carácter blastomatoso, los fibrilares, los oligodendrogliomas, los de la meninge dura y la mayoría de los tumores del ángulo pontocerebeloso, que nacen en el nervio acústico.

Se consideran como *radiosensibles*, los epitelioblastomas pituitarios, los oligodendrocitoblastomas, los espongioblastomas y los astrocitoblastomas celulares.

La irradiación puede ser seguida de aumento de la presión endocraneana por edema cerebral, y entonces se impone, si fracasan los medios médicos, la craniectomía descompresiva.

CONSIDERACIONES FINALES

No he querido hacer obra de erudición, sino presentar una vista de conjunto de la conducta que actualmente sigue el cirujano al tratar enfermos de tumores cerebrales.

El panorama es bello pero triste; difícil pero cautivador. Es cirugía de esperanza y de porvenir.

Desde hace años afirmo: "el enfermo de tumor cerebral que no es operado, muere por su padecimiento. La operación es grave y en algunos casos el resultado es incompleto o malo; pero, sin embargo, todo enfermo de tumor cerebral, como regla, debe operarse". Y agrego: "la cirugía de los tumores cerebrales constituye uno de los capítulos más difíciles de la neurología operatoria. Sólo debe abordarse mediante una práctica bien conducida y valorando todas las probabilidades de éxito o de fracaso".

Los procedimientos actuales de diagnóstico permiten hacer con bastante exactitud el diagnóstico de existencia y de localización del tumor y ayudan a juzgar de su naturaleza histológica.

El método de *Egas Moniz* permite estudiar la fisiología de la circulación arterial, capilar y venosa del cerebro y la yodoventriculografía y yodoventriculoscopía permiten estudiar la circulación del líquido cefalorraquídeo en las cavidades ventriculares.

Para estudiar lo actual, he recordado algo de lo pasado. Apreciando los esfuerzos y las metas alcanzadas se puede pensar y preparar el mañana. Pasado, presente y futuro de la cirugía de los tumores cerebrales constituyen seguramente brillante recorrido. En el capítulo del diagnóstico radiológico es indudable que la *relievografía* permitirá, en un futuro cercano, estudiar por *planos cada segmento cerebral*.

La craniotomía mínima para biopsia o para extirpación permitirán hacer una operación con poco choque, con muy poca hemorragia y casi sin peligro, para tratar en forma bondadosa los neoplasmas intracraneanos.

La terapéutica radiológica aplicada en el acto operatorio mismo o después de la intervención, permitirán seguramente detener la evolución de muchos neoplasmas en forma más precisa que en la actualidad.

Para terminar, quiero recordar lo afirmado tan justamente por el gran neurocirujano argentino *Ramón Carrillo*:

"Ninguna conquista es definitiva; la continuidad del esfuerzo colectivo y el criticismo sobre toda adquisición científica, exige una constante revisión; es una ley a la cual no puede escapar ninguna contribución al conocimiento humano".

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

- ADSON, Alfred W.—Surgical consideration of cerebral lesion.—Minnesota Medicine. April, 1933. E. U.
- ADSON, Alfred W. and FINCHER Edgar F.—Hemostatic scalp clip.—The Journal of the American Medical Ass. July, 22, 1933. E. U.
- ADSON, Alfred W.—Operability of brain tumors.—Annals of Surgery. August, 1924. Philadelphia, E. U.
- ADSON, Alfred W.—The Surgical Consideration of Brain tumors.—Northwestern University Bulletin. December, 1934, Chicago, E. U.
- ADSON, Alfred W.—Brain tumors in children.—The Journal Lancet. Minneapolis, E. U. May, 1938.
- ADSON, Alfred W.—The treatment of auditory nerve tumours.—The Medical Press and circular. September 7, 1938.
- ALVAREZ, Eugenio J.—Las imágenes radiográficas en relieveografía.—Buenos Aires, 1937.
- ARANDA, M.—Nociones sobre ventriculografía y algunos ventriculogramas de los clásicos.—Memoria de la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. México, 1937.
- BAYLEY, Percival.—Intracranial Tumor.—Chicago, E. U. 1933.
- BALADO, Manuel y CARRILLO Ramón.—Estudio comparativo de los modernos procedimientos de diagnóstico neuroquirúrgico. Resultados de la yodoventriculografía. Quinto Congreso Nacional de Medicina. Rosario, Argentina. Septiembre de 1934.
- BRINCK, Guillermo.—La prueba de la compresión unilateral y comparativa de las yugulares en el diagnóstico de las lesiones cerebrales circunscritas. El signo de la yugular.—Revista Médica de Chile. Octubre de 1935.
- CARRILLO, Ramón y Aguirre Juan Alberto.—Examen radioscópico de las cavidades ventriculares con aceite yodado (radioyodoventriculoscopia).—Archivos Argentinos de Neurología. Marzo-abril de 1936.
- CARRILLO, Ramón.—Yodoventriculografía. Fosa posterior.—Buenos Aires, Argentina, 1937.
- CARRILLO, Ramón, ORIBE Manuel y MALENCHINI Manuel.—Tomografía. Nota previa.—La Semana Médica. Agosto 26 de 1937. Buenos Aires, Argentina.
- CARRILLO, Ramón.—Diagnóstico radiológico y ventriculográfico de los tumores hipofisarios y perhipofisarios.—Revista Médica Latinoamericana. Octubre de 1938.—Buenos Aires, Argentina.
- CARRILLO, Ramón.—Concepto y técnica de la trepanación descompresiva.—Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina. Mayo de 1938. Buenos Aires, Argentina.
- CHRISTIANSEN, Viggo.—Les tumeurs du cerveau.—París, 1925.
- CONVERS, Francisco.—La encefalografía gaseosa.—Revista de la Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.—Septiembre de 1938.

- CUSHING, Harvey and BAILEY Percival.—Tumors arising from the blood-vessels of the brain.—Baltimore, E. U. 1926.
- CUSHING, Harvey.—Tumeurs intracrâniennes.—Trad. Paris, 1937.
- CUSHING, Harvey and EISENHARDT Louise.—Meningiomas.—Baltimore, E. U. 1938.
- DANDY, Walter E.—The brain. Practice of Surgery de LEWIS DEAN.—Vol. XII. Maryland, E. U. 1932.
- DAVIS, Loyal.—Neurological Surgery.—Philadelphia, E. U. 1936.
- DAVIDOFF, Leo M.—Avertin as a basal anesthetic for craniotomy.—Bulletin of the Neurological Institute of New York. Mar., 1934.
- DAVIDOFF, Leo M. and DYKE Cornelius G.—The normal encephalogram.—Philadelphia, 1937.
- DYKE, Cornelius G. and DAVIDOFF Leo M.—The demonstration of normal cerebral structures by means of encephalography.—Bulletin of the Neurological Institute of New York. 1934.
- FERNANDEZ, Saralegui Alberto.—Consideraciones generales sobre los tumores del tercer ventrículo desde el punto de vista clínico quirúrgico.—Archivos Argentinos de Neurología. Noviembre-diciembre de 1936. Buenos Aires, Argentina.
- FLORES COVARRUBIAS, Teodoro.—El radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico.—Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.—Marzo de 1939.
- FRANCOIS Jules.—L'importance de l'examen ophtalmologique dans la recherche des tumeurs cérébrales. Le Scalpel. 6 Juillet 1935.—Belgica.
- GUEVARA OROPEZA Manuel.—Tumor del ganglio de Gasser.—Memoria de la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos.—México, 1937.
- GUILLAIN Georges.—Etudes neurologiques. Sixième Série.—Paris, 1935.
- GUTIERREZ Alberto.—Del acceso al quisma óptico y a la hipófisis por vía frontal media.—Revista de Cirugía.—Buenos Aires, Argentina.—Marzo, de 1928.
- HANON Julio L.—Sobre algunos tumores de la línea media del cerebro.—Archivos Argentinos de Neurología. Enero a Julio de 1938.—Buenos Aires, Argentina.
- HARE Clarence C.—The cerebrospinal fluid obtained by lumbar and by ventricular puncture in tumors of the brain.—Bulletin of the Neurological Institute of New York.—March, 1935.
- KLIPEL.—Tumores cerebrales.—Nuevo Tratado de Medicina y de Terapéutica.—CARNOT Y LEREBoullet. Traducción. Madrid, 1930.
- LAUWERS E. E.—Introducción a la chirurgie nerveuse.—Paris, 1932.
- LAVALLE Miguel.—Técnica radiológica e imágenes normales en ventriculografía.—Memoria de la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos.—México, 1937.
- LOVE J. G.—Tumors of the brain.—Surgical Clinics of North America.—October. 1935.
- LOVE J. Grafton.—Disease of the Pituitary body amenable to surgery.—Rochester, 1936.
- LLUESMA URANGA Estanislao.—Diagnóstico clínico de la hiperpresión craneal de origen tumoral.—Crónica Médica.—Valencia, España.—Mayo 15 de 1936.

- MASSON Clement B.—The parasagittal gliomas. Bulletin of the Neurological Institute of New York.—March, 1934.
- McK CRAIG Winchell.—Malignancy of cerebral tumors. Surgery, Gynecology and Obstetrics.—February 15, 1933.
- McK CRAIG Winchell.—Malignancy of cerebral tumors. Surgery, Gynecology and Obstetrics.—February 15, 1933.
- McK CRAIG Winchell.—Cronic Cystic arachnoiditis. The American Journal of Surgery.—September, 1932.
- McK CRAIG Winchell.—Cerebellar tumor with respiratory failure; successful removal under artificial respiration. Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic. May 3, 1933.
- McK CRAIG Winchell and KERNOHAN James W.—Cerebral cysts.—The Journal of the American Medical Ass. January 6, 1934.
- McK CRAIG W. and LIPSCOMB.—Intraventricular hemorrhage simulating brain tumor; successful surgical treatment Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic.—August 17, 1938
- McK CRAIG Winchell and KERNOHAN James W.—Tumors of the fourth ventricle.—The Journal of the American Medical Ass.—December 24, 1938.
- McK CRAIG Winchell.—Intracranial vascular lesions.—The American Heart Journal. St. Louis, E. U., January, 1939.
- MIR L.—Oxiencfalografía por vía lumbar.—Revista de la Policlínica Caracas. Caracas, Venezuela. Agosto de 1935.
- MONIZ Egas.—Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle.—Paris, 1931.
- MONIZ Egas.—L'angiographie cérébrale. Paris, 1934.
- NEUBERDER L.—Le traitement des maladies nerveuses en clientèle. Paris, 1928.
- ODY F.—Histología de los tumores cerebrales desde el punto de vista quirúrgico.—Revista de Cirugía de Barcelona. Febrero de 1932.
- PAILLAS Jean E.—La ventriculographie.—Marseille Medical. 25 avrii 1936.
- PAULIAN D.—Tumeurs de l'encéphale.—Paris, 1935.
- PILCHER Cobb and WILSON Hugh M.—A Study of the ventriculograms in ninety seven cases of verified intracranial tumors. Surgery, Gynecology and Obstetrics. June 1934.—Chicago, E. U.
- PUUSEPP L.—Los tumores del cerebro.—Trad. Barcelona, España, 1931.
- RAMIREZ MORENO Samuel.—La encefalografía en la práctica neuroquirúrgica y en el diagnóstico de los padecimientos orgánicos del encéfalo. Memoria de la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. México, 1937.
- ROJO DE LA VEGA José y RAMIREZ MORENO Samuel.—Cisticercosis quística del cerebro curada por intervención quirúrgica.—Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.—Enero de 1939. México.
- ROUSSY G., LHERMITTE J. et CORNILL L.—Essai de classifications des tumeurs cérébrales. Paris, 1924.
- SACHS Ernest.—The diagnosis and treatment of brain tumors. St. Louis, E. U., 1931.
- SANCHEZ BULNES Luis.—El examen oftalmológico en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales.—Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Febrero de 1937. México.
- SHELDEN C. H. and LOVE J. G.—Tumors of the hypophysial duct. Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic. March 1. 1939.

- STRAUSS Israel.—The initial symptoms and early diagnosis of the tumor the brain.—Bulletin of the New York Academy of Medicine. August, 1936.
- THOREK Max.—Moderns surgical technic, E. U. 1938.
- VARIOS.—Tumors of the Nervous System. Baltimore. 1937.—Associaton for Research in nervous and mental Disease.
- VAZQUEZ Mariano.—Un nuevo equipo para la práctica de la craniectomía.—Memoria de la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. México, 1937.
- VELASCO Samuel y SANEN Juan A.—Tumor del hemisferio izquierdo del cerebello.—Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.—Enero de 1939, México.
- VIEIRA Severino.—Radiorelevografía.—Revista Médica de Pernambuco.—Brasil. Septiembre 1938.
- WAKELEY Cecil P. G. and ORELEY Alexander.—A Textbook of neuro-radiology.—Baltimore, E. U. 1938.
- WOLF Abner and BROCK Samuel.—The pathology of cerebral angiomas.—Bulletin of the Neurological Institute of New York. March. 1935.
- ZUCKERMANN Conrado.—Patología Quirúrgica.—Cráneo, cara, raquis y cuello.—México, 1935.
- ZUCKERMANN Conrado.—Concepto anatomopatológico de los tumores cerebrales.—Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.—Septiembre de 1935. México.
- ZUCKERMANN Conrado.—Glioma central del cerebro.—Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.—Abril de 1936. México.
- ZUCKERMANN Conrado.—Encefalografía.—Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.—Noviembre de 1936. México.
- ZUCKERMANN Conrado.—Técnica y resultados de la aeroencefalografía por vía lumbar.—Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.—Junio de 1937. México.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

POR STOVARSOLTERAPIA

STOVARSOL SODICO

4 - oxi - 3 - acetilamino - fenil - 1 - arseniato de sodio

**Eficaz en el tratamiento
de un porcentaje elevado
de casos, aun en algunos
adelantados**

INYECCIONES SUB-CUTANEAS INDOLORAS

POR PIRETOTERAPIA

DMELCOS

VACUNA STOCK

Emulsión estabilizada de bacilos de Ducrey

**Reúne las ventajas de la
malariaoterapia
sin tener sus inconvenientes
Acción térmica fácilmente
regulable**

INYECCIONES INTRA-VENOSAS

Reg. Nos. 6126 y 7277 - D. S. P. Prop. No 4536

"Usense exclusivamente por prescripción y bajo la Vigilancia médica"

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21 RUE JEAN-GOUJON • PARIS-8^e

La terapéutica ideal del paludismo exige:

1. Acción intensa en el menor tiempo posible
2. Curación radical sin recaídas
3. Ningún recargo para el organismo

Estas exigencias las cumplen los preparados sintéticos

ATEBRINA y
M. R.
PLASMOQUINA
M. R.

Util también en la fiebre hemoglobinúrica y en el embarazo

Medicación simplificada con la tableta combinada

ATEPÉ M. R.

En los casos de invasión parasitaria muy fuerte de la sangre y en los de paludismo grave

ATEBRINA para inyecciones

Envases originales:

Atebrina para inyecciones:

Cajas de 6 ampollas de 0,10 g.

y de 2 ampollas de 0,30 g.



Envase original:

Tubo de 15 tabletas de Atepé

Regs. Nos. 11178, 375, 5096, 8901, 17169, 16958 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

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

Intensa compresión cerebral traumática con escasa sintomato- logía neuro-psíquica

Por los doctores SAMUEL RAMIREZ MORENO
y CARLOS PAVON ABREU

Del siguiente caso que fué sometido a nuestro estudio para rendir dictamen sobre un accidente de trabajo, referimos los datos interesantes de la observación:

Se trata del obrero B.B. de 46 años de edad, que trabaja en la "Comisión Nacional de Irrigación" en las obras de la presa "El Azúcar", en Comales, Tamaulipas.

I.—*ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:*

Los datos que se tienen sobre antecedentes heredo-familiares son escasos y de poco interés: los padres son sanos; fué el 80. de sus hermanos; ha tenido cuatro hijos, uno de los cuales falleció a consecuencia de paludismo.

No se tienen informes sobre su nacimiento y desarrollo; se sabe solamente que a los tres años sufrió otitis bilateral supurada y desde entonces quedó con hipoacusia que ha ido aumentando progresivamente.

Siempre ha sido retraído en su trato y de capacidad mental mediana.

No fuma: en algunas ocasiones ha ingerido alcohol, aunque no puede señalarse la existencia de este hábito.

Por dos veces los médicos del servicio atendieron al paciente de otitis bilateral externa, ocasionada por larvas de mosca —en fecha muy anterior al padecimiento actual y al traumatismo— siendo ya la sordera muy acentuada.

II.—PRINCIPIO Y EVOLUCION DEL PADECIMIENTO:

Los informes proporcionados por el Departamento Médico de la Comisión Nacional de Irrigación son los siguientes: el día 3 de marzo del año pasado (1938) el referido enfermo se encontraba trabajando en las obras de la Presa y se dirigió sin darse cuenta hacia un dentellón. Los compañeros de trabajo, a gritos le advirtieron el peligro, pero a causa de su sordera el enfermo no pudo oír y cayó verticalmente de cabeza desde considerable altura. El traumatismo determinó conmoción cerebral y estado comatoso durante los tres días siguientes. Se le apreció fractura de la bóveda del cráneo y fué sometido al tratamiento habitual de tales casos; algunos días después apareció paresia del miembro inferior derecho y anestesia incompleta del mismo. No obstante la conveniencia de intervenir quirúrgicamente, se desistió de la operación en vista del estado orgánico del enfermo y además porque los síntomas señalados —sensitivos y motores— comenzaron a disminuir gradualmente de modo satisfactorio, hasta estacionarse en la forma que se presentan en la actualidad.

III.—ESTADO ACTUAL, INSPECCION GENERAL Y EXPLORACION ANTROPOMETRICA:

- a).—*Actitud*.—De abatimiento e indiferencia.
- b).—*Porte*.—Correcto.
- c).—*Mímica*.—Se encuentra bastante disminuída; hay hipomimia facial y general, contrariamente a lo que se observa en los sujetos sordos.
- d).—*Persona íntegra*, de tipo pícnico, bien proporcionada, con caracteres étnicos correspondientes a la raza indígena; peso 58 kilogramos, estatura 1.54 metros. La exploración antropométrica no dió datos positivos de interés.

FUNCIONES INTELECTUALES

a).—*Percepciones*.—Las auditivas bastante disminuídas como consecuencia del serio trastorno que existe en la función receptora correspondiente; no presenta alteraciones senso-perceptivas de otra índole.

b).—*Atención*.—Se observa hiperprosexia focal y disminución consecutiva de la atención pasiva, trastorno por lo demás habitual en los sujetos hipoacúsicos que se esfuerzan en atender, conscientes de su defecto funcional.

c).—*Memoria*.—La memoria anterógrada funciona satisfactoriamente, los engramas se fijan con exactitud, la prueba de los números en serie la resolvió con facilidad. Se notan en cambio, hipomnesias lacunares; la memoria retrógrada funciona de modo imperfecto, no recuerda lo sucedido después del accidente y los hechos acontecidos hace varios años presentan numerosas lagunas y olvidos.

d).—*Imaginación*.—Hay pobreza imaginativa.

e).—*Orientación*.—Se encuentra perfectamente orientado en tiempo y lugar; la orientación autopsíquica es correcta.

f).—*Ideación y Asociación*.—Las ideas son pobres, los conceptos y palabras muy reducidos; se nota cierto monoidismo. La asociación es lenta y torpe, sigue los cursos normales, pero se hace con interrupciones y por cadenas cortas. No se observan ideas patológicas.

g).—*Juicio y Razonamiento*.—Existe ligera deficiencia en la comprensión y discernimiento; las funciones de abstracción y de síntesis están disminuídas, pero en general los conceptos son bien apreciados aunque con alguna dificultad y después de cierto tiempo de elaboración psíquica; la auto-crítica se conserva normal en todos sentidos.

h).—*Funciones afectivas*.—Se nota cierto grado de hipotimia; las reacciones afectivas familiares, el interés por su empleo y su curación, etc., se mantienen en el enfermo, pero se realizan con lentitud.

i).—*Funciones conativas*.—Hipobulia ligera; existe tendencia a la pereza y a la inactividad.

IV.—EXPLORACION FISICO FUNCIONAL

EXPLORACION CRANEANA REGIONAL.--Por inspección y palpación combinadas de la bóveda craneana se aprecia un hundimiento óseo, depresión cupuliforme con la piel adherente de forma irregularmente ovoidea que se encuentra sobre la línea sagital. Dicho hundimiento está situado a seis centímetros por detrás del plano aurículo-bregmático y a siete centímetros por arriba del inión. Su proporción ovoidea se encuentra sobre el parietal derecho, cuyo eje mayor está sobre la parte izquierda y superior de la escama occipital; sigue una dirección oblicua de arriba abajo y de derecha a izquierda y tiene aproximadamente seis centímetros de longitud. Corresponde evidentemente a una fractura antigua de la bóveda del cráneo y coincide topográficamente con la circunvolución parietal superior derecha, con la cisura perpendicular externa y la primera circunvolución occipital izquierda.

EXPLORACION NEUROLOGICA.—En la actualidad el enfermo se queja, además de la sordera, de impotencia funcional del miembro inferior derecho, "lo siento pesado y como dormido", pero estos trastornos no le impiden verificar la marcha; algún tiempo después de permanecer de pie o caminar, dicho miembro se le fatiga y pierde fuerza; la sensibilidad general abolida al principio, se encuentra ahora normal y sólo persisten algunas parestesias.

A).—*Motilidad.*

Cara.—Simetría facial estática y dinámica; los movimientos oculares, palpebrales, bucales y linguales, conservan su normalidad.

Miembros superiores.—Todos los movimientos son posibles y de amplitud normal; los movimientos activos se conservan perfectamente correctos; la fuerza muscular es normal; el tono estático y dinámico no presenta alteraciones; no existen movimientos anormales espontáneos.

Miembros inferiores.—El lado izquierdo no ofrece alteraciones en la motilidad, fuerza y tono musculares.

En el miembro derecho se encuentran trastornos motores con los caracteres siguientes: monoparesia de predominio segmentario, los movimientos están mucho más disminuídos a nivel del pie, la limitación es menos acentuada en la pierna

EL MEDICAMENTO DE ELECCION EN LA EPILEPSIA

TABLETAS DE

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

SINERGIA TERAPEUTICA

realizando la auto-defensa del organismo en un tratamiento asociado atóxico de :

1º CINAMEINA
(Cinamelna Total)

2º CANFOLINA
(Canforato de Colina)

**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO
PRETUBERCULOSIS**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE de las
TUBERCULOSIS**
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica



Reg. No. 16396, D.S.P.

Prop. No. 8510

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SCIENTIFIQUES LOGEAIS, 24, rue de Silly, BOULOGNE-s/Seine (Francia)

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

LABORATORIO MEDICO

DEL DR.

ALBERTO LEZAMA

Regina No. 7.

Teléfonos: 2-60-02 y J-33-06.

y el muslo, la fuerza muscular se encuentra disminuída en todas las porciones del miembro, pero siempre en mayor grado en el pie, el signo de Barré es francamente positivo de este lado, el signo de Grasset-Bychowsky es negativo, en tanto que se aprecian los fenómenos de Babinsky —flexión combinada del tronco y del muslo— y de la oposición complementaria. El tono muscular se encuentra aumentado en todo el miembro; la hipertonia es ligeramente mayor en la pierna.

B).—*Sensibilidad.*

La sensibilidad de la cara, lengua y faringe, están normales.

En los miembros superiores no se encuentran alteraciones sensitivas. Estereognosia, normal.

En el miembro inferior izquierdo la sensibilidad es correcta; en el correspondiente derecho se comprueba la existencia de hipoestesia ligera a las sensibilidades de contacto, dolor y temperaturas; las diversas sensibilidades profundas al peso, sentido de las actitudes y vibraciones se encuentran normales.

C).—*Reflectividad.*

a).—Reflejos cutáneos.—Palmomentoniano: exagerado en ambos lados, más del izquierdo. Abdominales: normales. Cremasteriano: normal en ambos lados. Cutáneo plantar: respuesta normal en los dedos del pie, la excitación provoca hipercinecia refleja; las maniobras de Gordon, Schafaer, Oppenheim y Roch-Juster, no modifican la reacción.

b).—Tendinosos y periósticos.—Maseterino: normal; Macard: normal. Los reflejos tricipital, bicipital, palmar, estilo-radial y cúbito-pronador, se encuentran normales en ambos lados.

Medio-púbico, respuesta exagerada, la aducción es más marcada del lado derecho. Patelar: normal del lado izquierdo; reflejo vivo, espasmódico y policinético del lado derecho; existe reflejo contralateral de este lado. Reflejo de Sternberg, normal del lado izquierdo, exaltado del lado derecho; reflejos peroneo y tibio-femoral, se encuentran exagerados del lado derecho; aquileo, un poco exaltado del lado derecho; los reflejos de los peroneos y tibiales se encuentran normales; el reflejo de Mendel-Bechterew determina flexión plantar del lado derecho; extensión dorsal del izquierdo.

D).—*Fenómenos tróficos.*

No se observan alteraciones en este sentido.

E).—*Pares craneanos.*

Pupilas centrales, iguales, simétricas; los reflejos a la luz y consensual están normales en ambos lados; el fenómeno de la acomodación es correcto. Los nervios motores del ojo funcionan normalmente.

Existe sordera bilateral, más acentuada en el lado derecho; la voz baja, el diapasón y el reloj, únicamente se oyen a muy escasa distancia; la voz alta es escuchada hasta 50 centímetros de distancia. Se trata de una sordera de transmisión por lesiones del oído medio. En efecto, se encuentra lo siguiente: prueba de Weber positiva, ligeramente lateralizada hacia la derecha; el Rinne es negativo en ambos lados y en la prueba de Schwabach las vibraciones tienen duración aumentada.

F).—*Marcha.*

Es ligeramente claudicante del lado derecho.

G).—*Serie cerebelosa.*

El equilibrio, la coordinación, la sinergia y la amiostenia se encuentran normales.

H).—*Lenguaje.*

Voz lenta, sin modulaciones, con vocabulario reducido.

Aparato cardio-vascular.—No existen trastornos subjetivos.

La exploración de la región precordial proporciona los siguientes datos: zona de los vasos de la base, normal a la percusión; a la auscultación, los ruidos cardíacos son rítmicos, fuertes y el segundo tono de la base está aumentado en intensidad.

Las arterias periféricas un poco endurecidas y sinuosas; el pulso radial es amplio, fuerte, rítmico, con 80 pulsaciones por minuto; la tensión arterial, método palpo-auscultatorio, proporciona 140 de Mx. 75 de Mn.

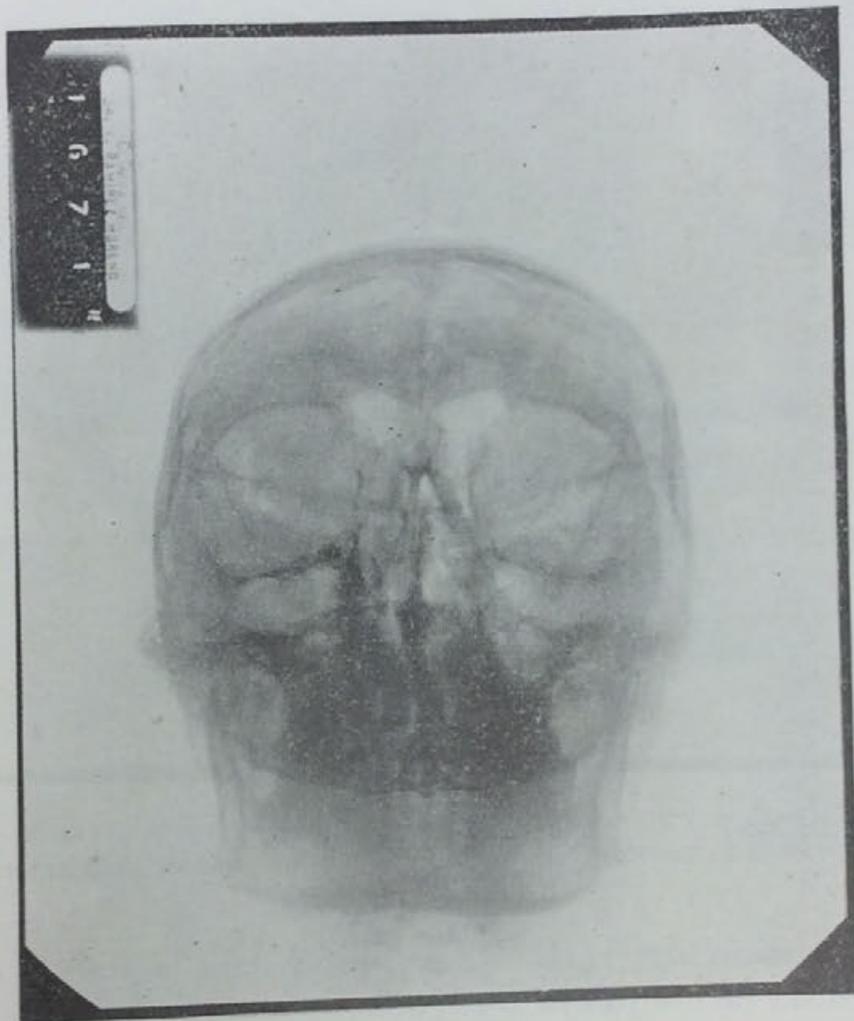
Aparato digestivo: No se advierten trastornos por el interrogatorio, a la exploración se encuentra el colon descendente ocupado y ligeramente doloroso; la zona hepática es normal.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparatos genital y urinario: Normales.

Es de llamar la atención que no obstante la intensidad del traumatismo y de la compresión cerebral, la sintomatolo-

gía sea relativamente escasa y falten muchos de los síntomas que caracterizan a los síndromes lobares, de la Demencia Orgánica —en el caso Demencia Traumática—, no obstante que las lesiones están situadas sobre los lóbulos parietales y occipital izquierdo, principalmente, y así por ejemplo del primero faltan los clásicos síntomas de localización: hemianestesia, topo-agnosias, esteroagnosias y apraxias; afasia sensorial, amnesia verbal, confusión en las ideas, etc., y de los segundos: hemianopsia y ceguera occipitales, trastornos en la orientación, falsos reconocimientos y fabulación.



(Fig. 1).—Encefalograma en el que se aprecia con más claridad el ventrículo lateral derecho.

V.—EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

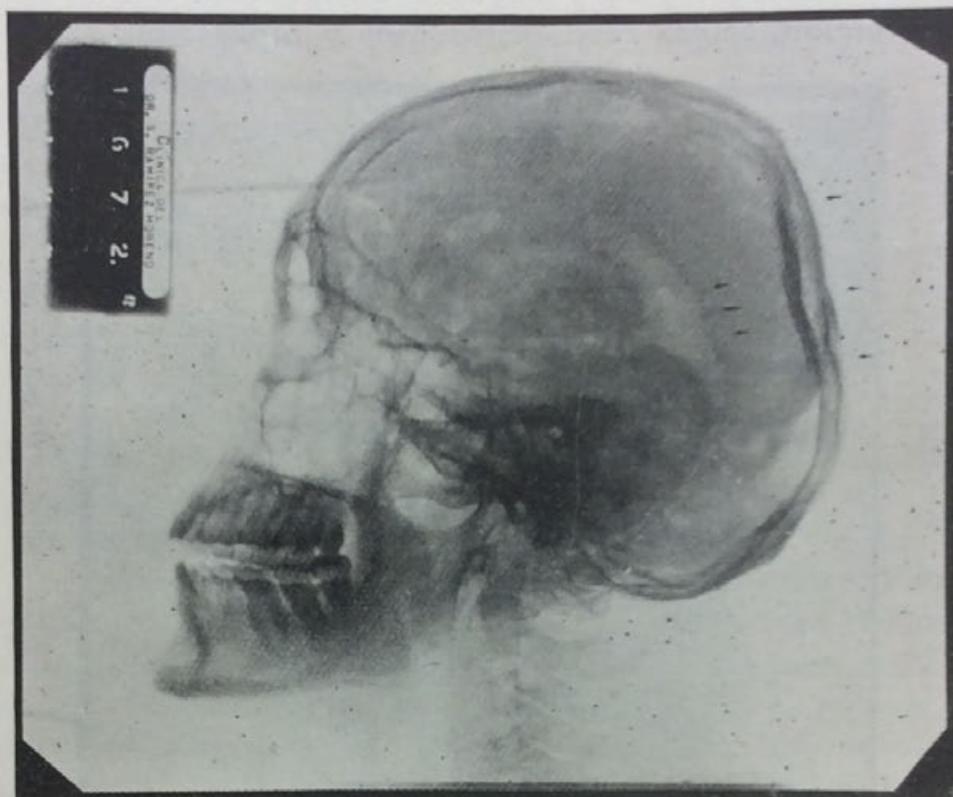
En el examen completo del L C R los datos son negativos.

Estudio encefalográfico del Sr. Bruno Balderas.

Datos de la técnica operatoria encefalográfica: Punción raquídea lumbar.

Tensión inicial del líquido cefalo-raquídeo: 31 cms. de agua, según raquimanómetro de Claude.

La tensión del L. C. R. subió a 38 cms. de agua en el lado derecho y no hubo modificación en el izquierdo, después de practicar las maniobras de Brinck.



(Fig. 2).—Nótese la fractura con hundimiento de los huesos occipital y parietal, que comprimen el cerebro y deforman los ventrículos en su porción occipital.

La tensión del L. C. R. subió 38 cms. de agua después de practicar la maniobra de Quenckensteadt.

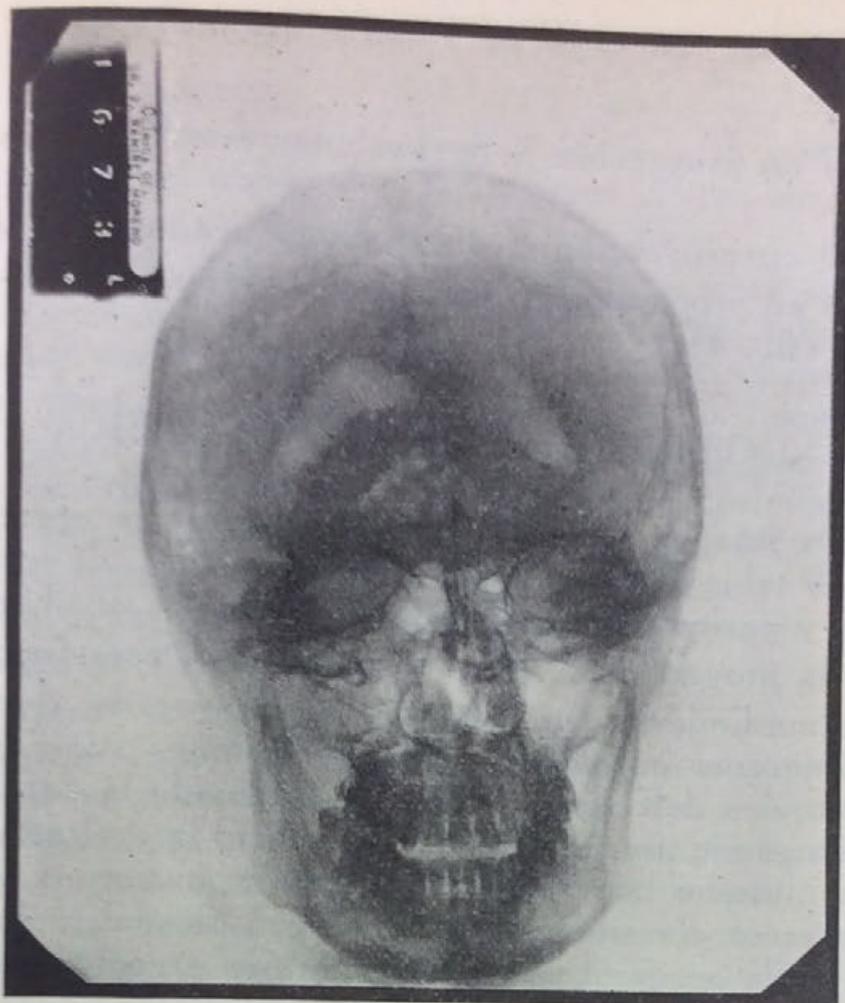
Se extrajeron 40 c. c. de líquido cefalo-raquídeo.

Se inyectaron 40 c. c. de aire.

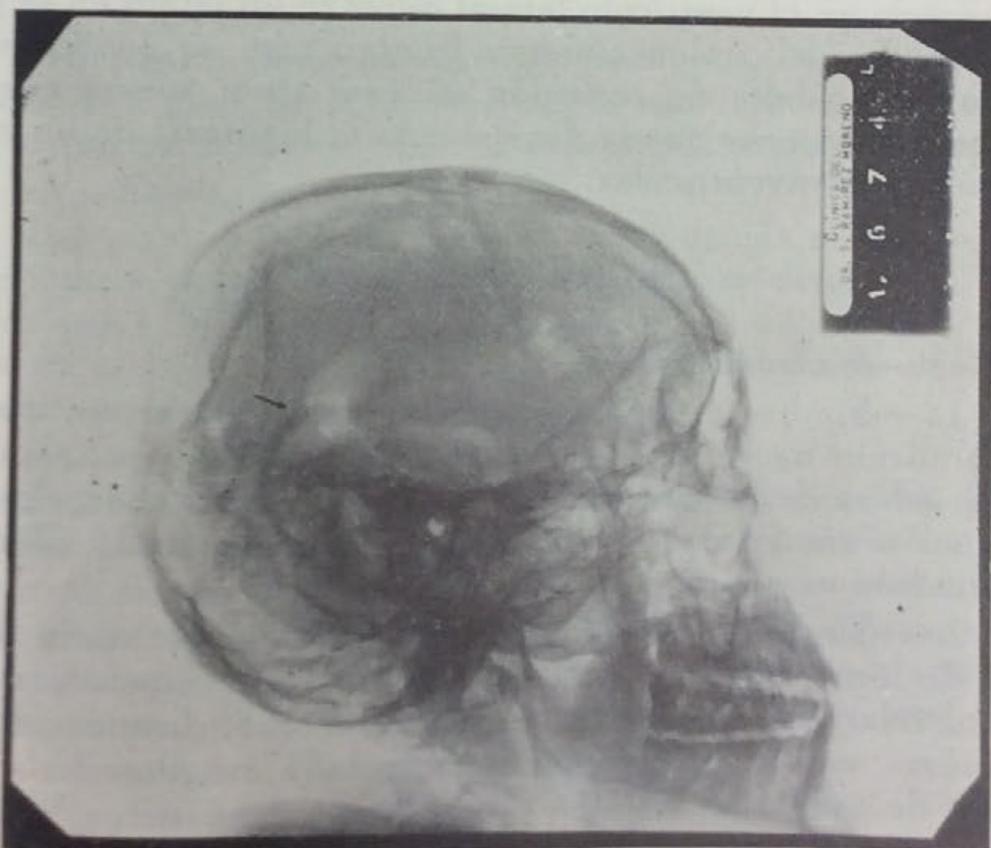
Tensión final: 32 cms. de agua.

Posición sentado; método fraccionado.

Inmediatamente después, se tomaron cuatro radiografías de cráneo Nos. 1671 en proyección I de Lysholm, occipucio-placa (fig. 1).



(Fig. 3).—Deformación del ventrículo medio.—Se encuentra muy ensanchado.



(Fig. 4).—El rechazamiento y la compresión sobre el parénquima cefálico deforman el prolongamiento occipital del ventrículo lateral derecho de modo muy ostensible.

1672 en proyección X de Lysholm, lateral-derecha-placa. (fig. 2).

1673 en proyección V de Lysholm, frente-placa (fig. 3).

1674 en proyección X inversa de Lysholm, lateral-izquierda-placa (fig. 4).

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

En la imagen en proyección X inversa, se aprecia fractura de la tabla interna, diploe y tabla externa, de los huesos occipital y parietales, con hundimiento de los mismos.

En la proyección X también se observa esta fractura.

El hundimiento en cuestión, ha provocado compresión del parénquima encefálico (circunvoluciones supra-posteriores cerebrales derechas), lo que ha originado la deformación del prolongamiento occipital del ventrículo lateral derecho. El ventrículo medio también sufre una deformación, la que puede apreciarse claramente en la imagen frontal, sobre todo, aunque en la occipital y laterales también se comprueba esta anomalía. En cambio el ventrículo lateral izquierdo parece encontrarse normal. Aunque en la imagen lateral *izquierda*, se aprecia en el ventrículo lateral *derecho* un istmo en la porción media del prolongamiento frontal, esto se puede interpretar como falta de repleción en este sitio, puesto que en las otras imágenes queda desvirtuada la hipótesis de un tabicamiento intraventricular.

VI.—DIAGNOSTICOS

a).—*Sindrómicos*:

1o.—Síndrome de demencia atenuada: existe, en efecto, disminución ligera de las funciones mentales, especialmente en la esfera de la memoria en donde se comprueban algunas lagunas y amnesias de evocación y de localización; además, la ideación es pobre y la asociación lenta.

2o.—Síndrome de monoparesia crural segmentaria derecha, de forma espástica; en la actualidad con impotencia funcional relativa del miembro inferior derecho, disminución de la fuerza muscular, hipertonia discreta y exageración manifiesta de todos los reflejos tendinosos y periósticos, eviden-

ciándose que esta alteración motora es de poca intensidad y no imposibilita al enfermo para efectuar la marcha.

b).—*Anatomo-topográfico:*

La lesión se encuentra situada en la corteza del lóbulo paracentral izquierdo; sin embargo el sitio del hundimiento y el examen encefalográfico concuerdan respecto a que el hundimiento óseo y encefálico corresponden a los huesos parietales y occipital, encontrándose una depresión a nivel de la circunvolución parietal superior derecha y la primera occipital izquierda, que han determinado a su vez deformaciones en la prolongación occipital del ventrículo lateral derecho y en el ventrículo medio, este último por compresión de atrás hacia adelante del cerebro.

c).—*Anatomo-patológico:*

Fractura antigua y completa de los huesos parietal y occipital que ha ocasionado un hundimiento de la corteza cerebral a nivel antes señalado, determinándose esclerosis localizada conjuntivo vascular y compresión a distancia de otras porciones del encéfalo, especialmente del lóbulo paracentral izquierdo. A pesar de la deformación ventricular, el hundimiento no ha provocado alteraciones en la tensión del líquido cefalo-raquídeo, ni manifestaciones irritativas de otra índole.

d).—*Fisiopatológico:*

Deficiencia funcional por compresión a distancia del haz piramidal a nivel de la corteza del lóbulo paracentral izquierdo, lo que ha motivado monoparesia crural espástica derecha.

e).—*Etiológico:*

Las manifestaciones paréticas y los demás síntomas neuropsíquicos tienen como causa directa e inmediata el traumatismo que sufrió el enfermo hace un año y que ocasionó fractura de la bóveda craneana, con compresión y contusión cerebrales consecutivas.

f).—*Integral:*

Fractura completa de la bóveda craneana que ha determinado hundimiento de los huesos occipital y parietales produciendo esclerosis y depresión de la corteza cerebral a nivel de la primera circunvolución occipital izquierda y parietal superior derecha; lesiones que han dejado como secuela, monoparesia crural derecha y síndrome atenuado demencial.

BROMURO DE CALCIO

“HORMONA”

a precio accesible.

=

BISMUTO “HORMONA”

Liposoluble.

Trivalente.

Decreación electro-positiva.

Cajas de 6 y 12 ampolletas.

Es más barato dentro de su calidad.

NOTAS SINTETICAS

Por el doctor JUAN PEON DEL VALLE

REFLEJO SENO-CAROTIDEO

El Dr. *J. E. Stern*, bajo el título de "Manifestaciones abdominales de un reflejo sino-carotídeo hiperactivo", refiere en "The Journ. of the Amer. Med. Assoc." (vol. 110, núm. 24), una observación de paroxismos en apariencia comiciales, con síntomas abdominales intensos que parecen tener relación con una hiperexcitabilidad del reflejo sino-carotídeo. En efecto, la excitación de la región sinocarotídea determinaba síntomas análogos a los observados durante las crisis espontáneas, ataques que desaparecieron con la denervación quirúrgica de la región. Esto obliga a examinar a todos los epilépticos a este respecto.

TRASTORNOS NEUROPSIQUIATRICOS CONSECUTIVOS A LA ELECTROCUCION

Las aplicaciones cada día más numerosas de la energía eléctrica, multiplican los casos de accidentes con toda clase de corrientes, según nota de "Medicina Latina", de Barcelona, núm. 129. Dice el Dr. *E. Legrand* en "L'Union Médicale du Canada", t. 67, núm. 6, que con frecuencia la electrocución ocasiona la muerte sin que se conozca exactamente su mecanismo; pero los trastornos del sistema nervioso se encuentran en primer plano. En muchos casos, la muerte tardía es debida a quemaduras extensas.

En general, los accidentes de electrocución curan bastante bien; pero las secuelas neuropsiquiátricas pueden apa-

recer en fechas muy alejadas del traumatismo con un pronóstico a veces muy sombrío.

La pérdida de conocimiento y las convulsiones son relativamente raras en el momento del paso de la corriente. Se han publicado varios casos de síndromes medulares a consecuencia de electrocución.

Después de la conmoción eléctrica, pueden aparecer los trastornos psíquicos. Son agudos y de corta duración. Después de la pérdida del conocimiento más o menos larga, el sujeto queda confuso y amnésico durante un cierto tiempo. Otras veces, los trastornos mentales no sobrevienen sino algunas horas o aun días más tarde. Se han citado fugas, psicosis de angustia, crisis de furor demencial, delirios confusos, de persecución, casos de demencia, de parálisis general. Porque el traumatismo eléctrico puede despertar o revelar un estado patológico preexistente. El autor refiere un caso de histerotraumatismo en un sujeto alcanzado por un rayo.

Los trastornos mentales consecutivos a los choques eléctricos, parecen revelar un mecanismo vasomotor; las neurosis, sobre todo la pitiasis, son frecuentes en los accidentados en el trabajo.

BENCEDRINA Y PARKINSONISMO

Los Dres. *P. Davis* y *W. Stewart*, han administrado sulfato de bencedrina en 74 casos de parkinsonismo encefalítico, graves, a la dosis de 40 a 60 mgr. diarios ("The Jour. of Amer. Med. Assoc.", núm. 110). En conjunto, los resultados han sido favorables, en particular los síntomas objetivos, encontrándose los enfermos mejor y pudiendo reemprender una pequeña actividad. La acción más neta del medicamento ha sido sobre las crisis oculógiras, cuya frecuencia e intensidad han sido disminuídas. También han observado en algunos casos mejoría de la rigidez y de los temblores. Los síntomas tóxicos observados han sido despreciables. Si la acción del medicamento es menos franca que la de la atropina, en cambio presenta como ventajas la ausencia de efectos tóxicos y de hábito.

Sin embargo, seguimos prefiriendo el sulfato de atropina en el parkinsonismo, y el sulfato de bencedrina en las narcolepsias paroxísticas.

VÉRYL

Lab. G. Beytout - Paris.
Reg. No. 15649 D. S. P. Prop. 9682

FORMULA:

Cianuro de Mercurio
Semihexametileno - amina
Agua destilada c. s. p. 1 cc.

Via Endovenosa

Via Intramuscular

TODAS las indicaciones del
CIANURO de MERCURIO
MAS ACTIVO - MENOS TOXICO

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA.

Representante:
MAX ABBAT

Lucerna 47

México, D. F.



Sigma

PRODUCTO
Sanyyn

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

COMODO, ECONOMICO,
TOLERABLE Y EFICAZ.

Sanyyn 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

Usar exclusivamente
por prescripción y bajo la
vigilancia medica.

TESIS RECEPCIONAL

Salvador Robledo Gutiérrez presentó en nuestra Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas un estudio sobre "Alcoholismo. Su Génesis en el Medio Rural". Tesis bien presentada y bien desarrollada, concluye con diez sugerencias para atacar el alcoholismo rural en su origen: Educación anti-alcohólica, mejoría de la alimentación, abastecimiento de aguas potables, mejor distribución de la producción nacional, limitación de las exportaciones, creación de centros de diversión, reducción de los expendios de bebidas embriagantes, aplicación de impuestos y sanciones, selección del profesorado y creación de centros de industrialización del maguey.

APOPLEJIA Y EMETINA

El Dr. *P. Bru* ("Journal des Praticiens", octubre 22 de 1938), basándose en seis observaciones, cree que se puede luchar eficazmente contra el ictus apoplético con coma completo, casi siempre mortal, por inyecciones de emetina, a la dosis de gr. 0.04 del clorhidrato a mañana y noche hasta desaparición del coma, y después una inyección cotidiana durante cuatro días.

El autor obtiene así seis curas y es de parecer, además, que el tratamiento por la emetina será precioso para la prevención de un ictus amenazador.

EUGENESIA

La Sociedad Mexicana de Eugenesia y el Consejo Técnico Escolar del Internado Nacional Infantil ("Casa del Niño"), organizaron un ciclo de conferencias del 17 de julio al 4 de agosto del presente año. Temario: La moral de la eugenesia, por el Dr. Alfredo M. Saavedra; Las leyes de la herencia biológica, por el Dr. Octavio Rojas Avendaño; La responsabilidad de la madre en la educación, por la Profa. Margarita Lozano Garza; Repercusión en la especie de la tristeza del niño, por la Dra. María de Jesús Cisneros de S. Hernández; Influencia de la prensa en la niñez y la juventud, por el Sr. Protasio Martínez Alvarez; La transmisión y formación del carácter, por la Dra. Elvira Morones; La higiene sexual en

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. JOSE TORRES TORIJA

Avenida Madero No. 66.

Mex. J-11-33.

Eric. 2-45-48

“HISTORIAS CLINICAS”

Tomo II. - 1939

Por el Doctor ADOLFO M. NIETO.

LIBRERIA CESAR CICERON

Seminario Núm. 8.

México, D. F.

PRECIO : \$ 6.00

la niñez y en la adolescencia, por la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz; La profilaxis de la sífilis, por el Dr. Ernesto Frenk; Bleenorragia y educación antivenérea, por el Dr. Alfredo M. Saavedra.

EL DIAGNOSTICO EN ENDOCRINOLOGIA. EXPLORACION FUNCIONAL. TEST DE FERRIER

El gran problema en endocrinología consiste en descubrir en el concierto endocriniano cuál instrumento desafina. Y todavía en una orquesta el papel de un instrumento es individual, en tanto que aquí hay que tener en cuenta la repercusión de un elemento sobre otro y la interdependencia de las excitaciones.

De donde la necesidad de las exploraciones funcionales si no se quiere arriesgar el azar de terapéuticas inoportunas y a veces contrarias.

El principio de esta exploración utilizada por Ferrier es el hecho de que una corriente de alta frecuencia a muy débil intensidad, aplicada durante un corto espacio de tiempo sobre una glándula endocrina normal, no determina variación de la tasa de los cambios de oxígeno en el organismo.

La medida más conocida de estos cambios es el metabolismo basal. Hay otra y es la medida del tiempo de reducción de la oxihemoglobina. Este tiempo de reducción puede ser observado in-vivo al espectroscopio.

En "Pages Médicales" de mayo 1939, núm. 151, se describe la técnica de *Ferrier* y el dispositivo de *Walter*, que son de utilidad para el neuro-endocrinólogo.

MENINGITIS DE LOS PORQUEROS

En una comunicación que *Ledoux* hace a la Academia de Medicina de París el 6 de diciembre 1938, describe desde los puntos de vista epidemiológico, clínico y citológico la meningitis de los porqueros, proponiendo que se la llame mejor enfermedad de los porqueros. La primera designación se debe a *Charleux*, describiéndola el profesor *Roch* como un tipo nuevo de meningitis linfocitaria benigna. Pero como los signos clínicos y las reacciones meníngeas del LCR no son

constantes ni característicos (observaciones hechas con fines de piretoterapia con inoculación del virus, y observativa en enfermos), el autor opina que la denominación primitiva es inadecuada.

LA ALIMENTACION EN MEXICO

Con ese título se editó un trabajo del Dr. *Alfredo Ramos Espinosa*, que se recomienda por sí solo, ya que el autor es distinguido especialista en medicina infantil; pero, por añadidura, viene precedido por dos críticas debidas a las prestigiosas firmas de los Dres. Gustavo Argil, reputado urólogo, y Mario A. Torroella, el eminente pediatra. Si se menciona aquí el trabajo del Dr. Ramos Espinosa, es porque toca algunos puntos de neurología al referirse a los desequilibrios vitamínicos, y sobre todo por la trascendencia del capítulo relativo a la alimentación popular de México, sin olvidar, al contrario de otros autores, la consideración de aspectos sociales y psiquiátricos, así como la amplia bibliografía nacional.

ACADEMICO MEXICANO NOMBRADO CORRESPONDIENTE EN PERU

Con gusto hemos sabido que nuestro querido maestro y estimado colaborador, Dr. José Torres Torija, ha sido nombrado miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Lima, Perú. Es una distinción más entre los honores que mercedamente ya se le han hecho y se le seguirán haciendo, tanto en su patria como en otros países.

Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova Núm. 39

México, D. F.

Teléfonos: L-72-30 y 4-20-62



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

Director: Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Exámenes psiquiátricos: Dr. Juan Peón del Valle.

Exámenes neurológicos: Dr. Carlos Pavón Abreu.

Neurocirugía: Dr. Conrado Zuckermann.

Clínica interna: Dr. Roberto Llamas.

Laboratorio médico: Dr. Alberto Lezama.

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

Electropirexia: Dr. Guido Torres Martínez.

Neuroendocrinología: Dr. Enrique Calvo Badia.

Hematología y transfusiones: Dr. Roberto Cejudo.

Oftalmología: Dr. Luis Sánchez Bulnes.

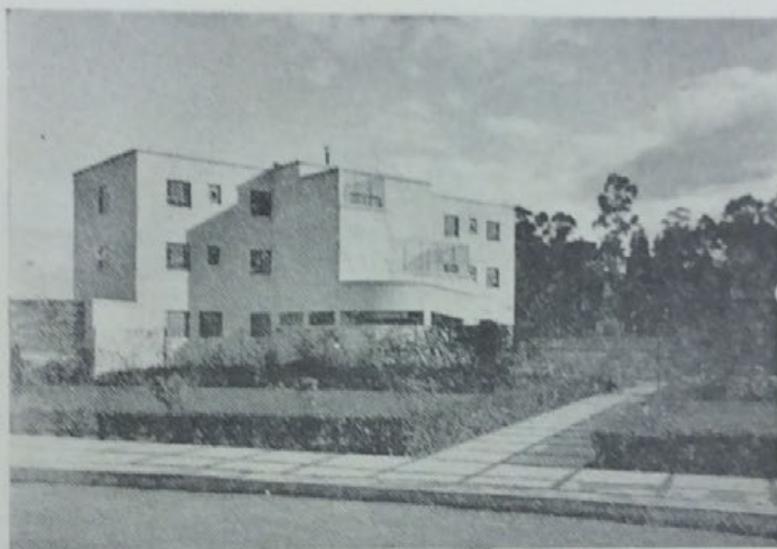
Odontología: Dr. Jorge Torres M.

Masoterapia: Prof. Heliodoro Maldonado.

Clínica Neuropsiquiátrica "Dr. Samuel Ramírez Moreno"

SANATORIO PARA ENFERMOS MENTALES
Y NERVIOSOS

Avenida México Núm. 10
Axotla, Villa Obregón, D. F.
Tel. P. 36-50



Director:

Dr. Samuel Ramírez Moreno.

Jefe del Servicio Neuropsiquiátrico:

Dr. Juan Peón del Valle.

Médico Interno:

Dr. C. Chamarro.

Todo el Personal Especializado.