

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

SUMARIO :

"DR. WENCESLAO LOPEZ ALBO."

CISTICERCOSIS CEREBRAL.—Aportación de un caso más.—Por el *Dr. Samuel Ramírez Moreno.*

APOPLEJIA MENINGEA—Por el *Dr. A. Fortes.*

NOTAS SINTETICAS.

VOL. XI

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 65

ENERO 1° DE 1945

MEXICO, D. F.

SULFANA
Wander

UNGUENTO

PARA AMINOFENILSULFANIDA

REG. No. 22129 D. S. P.

DR. A. WANDER, S. A. BERNA, SUIZA

REPRESENTANTES:

CIA. PABLO HERZIG, S. A.
HAMBURGO 13 MEXICO, D. F.

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 eutrófico*

●
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** —

Marques **POULENC Frères** et **USINES DU RHONÉ**
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

BREVILL.

VITAMINA

B1	Simple	0.02 Gr.
	Fuerte	0.05 Gr.
	Extrafuerte	0.25 Gr.

“HORMONA”

a precios razonables

Neumopiridina “Hormona”

20 Tabletas de 0.50 Gr. de Sulfopiridina

Laboratorios Hormona, S. A.

Laguna de Mayrán 411

México, D. F.

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

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

REG. N° 7290, D. S. P.

PROP. 1856



HECHO EN MEXICO POR
WALTZ & Cia, S. en C.
BALDERAS N° 132 MEXICO, D. F.

LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas
Funcionales - Metabolismo Basal
Vacunas Autógenas - Antígeno metilico tuberculoso

Eric.: 13-41-31

Plaza de la República N° 52

Mex.: L-76-56

MEXICO, D. F.

BETORMON

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

HIPOAVITAMINOSIS B₁, NEURALGIAS
POLINEURITIS, ETC.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables.

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles).

Comprimidos.

FABRICADO EN LOS
LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES N° 35

Registro N° 22047, D. S. P.

MEXICO, D. F.

Prop. N° 18754, D. S. P.

HEPATO-VIT

REGISTRO N° 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado
y Vitamina C.

INYECTABLES
(INDOLORO)

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

(FUERTE)

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

DEBILES
(NIÑOS)

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

(ADULTOS)

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

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES N° 35

MEXICO, D. F.

ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampolletas de 5 c.c.

FORMULA :

PLATA COLOIDAL ELECTRICA	0.00225	Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO	0.00025	"
Goma arábica purificada	0.05	"
Glucosa pura	0.2375	"
Agua destilada, c.b.p.	5	c. c.

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

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

Reg. N° 4186 D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS

64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. DE R. L.

Av. Chapultepec, 276

Apartado 399

MEXICO, D. F.

B-ENDO-VIT

VITAMINA B₁

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las
vías usuales de inyección)

5.000 U. I. DE VITAMINA B¹ POR C.C.

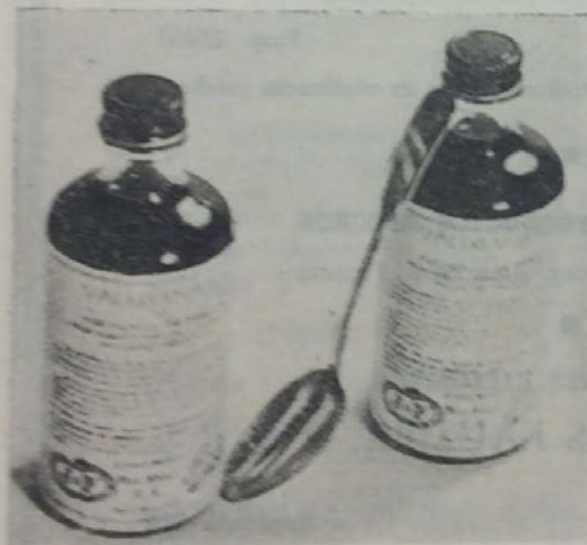
Reg. D. S. P. 23402

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES Nº 35.

MEXICO, D. F.

VALERIANATO PIERLOT



VALERIANATO DE AMONIACO Y EXTRACTO DE
VALERIANA EN SOLUCION HIDROGLICERICA

Restablece el equilibrio del sistema nervioso

**INSOMNIOS, EXCITACION NERVIOSA,
HISTERIA, EPILEPSIA Y SINDROMES EPI-
LEPTICOS, COREA, NEUROSIS CARDIO-
VASCULARES, TRASTORNOS**

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGI-
LANCIA MEDICA. Reg. Núm. 5453 D. S. P. Prop. Núm. 31913

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

OPOSTENOL

Registro N° 9325, D. S. P.

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

FORMULA :

Cada grajea contiene:

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

Frascos de 80 grajeas.

Dosis: de 6 a 10 grajeas al día.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.

Barcelona N° 26

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

LABORATORIOS KOCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

SULFO - MAGNESIO KÖCH

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

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

Reg. N° 18800 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras número 106.

Erc. 16-16-24

MEXICO, D. F.



**Afecciones
del sistema
nervioso**

Polineuritis y neuritis, beriberi, neuralgias, tal como ciática, neuralgias del trigémino; además, mielosis funicular, atonías gastro-intestinales, inapetencia, vómitos de las embarazadas, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono.

"Betabión" MARCA REGISTRADA
REG. No. 13148 Y 13679 D. S. P.

BETABIÓN

(aneurina)

Clorhidrato de la vitamina B, puro y cristalizado.

Merck

Versalles 15

MERCK MEXICO, S. A.

México, D. F.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

DIRECTOR

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DE REDACCION

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN XI.

Nº 65.

ENERO 1º DE 1945.

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 CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

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

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

TODA CORRESPONDENCIA DIRIJASE A:

SECCION EDITORIAL LUIS A. HERRERA.

GENOVA 39.

MEXICO, D. F.

SECCIONES:

Dres. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle.

NEUROLOGIA:

Dres. Adolfo M. Nieto y Santiago Ramírez.

MEDICINA LEGAL:

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

RAMAS AFINES

Neuro-Endocrinología: Dr. Fernando Ocaranza. Histología del Sistema Nervioso: Prof. I. Ocho-
terena. Criminología: Dr. José Gómez Robleda. Neuro-Cirugía: Dr. Manuel Velasco Suárez.
Psiquiatría Infantil: Dr. Manuel Neimann. Paludoterapia: Dr. Luis Vargas. Toxicomanías: Dr.
Juan Peón del Valle y Varona. Terapéutica del Sistema Nervioso: Dr. Antonio Tena. Neuro-
logía Ocular: Dr. Raúl A. Chavira. Fisioterapia: Dr. Guido Torres Martínez. Laboratorios: Dres.
Luis Gutiérrez Villegas y Alberto Lezama. Psiquiatría Jurídica: Lics. Gustavo Serrano
y Felipe Gómez Mont.

COLABORADORES REPRESENTANTES EN LA REPUBLICA

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

COLABORADORES EXTRANJEROS

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

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

“DR. WENCESLAO LOPEZ ALBO”



Este distinguido galeno, que cultivó hasta la muerte con ahinco y eficiencia las especialidades de psiquiatría, neurología, neurocirugía y endocrinología, acabó sus días en esta hospitalaria tierra de México, a la que mucho quiso y consideró como extensión de la propia España.

Nació en el puerto de Santander, el día 6 de octubre de 1889 y fueron sus padres Doña Gumersinda Albo Madrazo y Don Wenceslao López Hurtado; realizó los estudios médicos en la Universidad de Madrid, donde obtuvo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía el año de 1913 y el de Doctor en Medicina y Cirugía el de 1914. Desde estudiante manifestó inclinaciones y aptitudes para la neuropsiquiatría. En los años de 1912-1913 fué asistente a la clínica y consultorio de estas especialidades en el Hospital General de Madrid a cargo del Prof. Dr. N. Achúcaro; del laboratorio de

Histopatología del sistema nervioso de la Junta para Ampliación de estudios a cargo del propio Dr. Achúcaro en Madrid y de las clínicas psiquiátricas de Cienpozuelos del Prof. Dr. Gayarre. Ya médico, hizo numerosos cursos en varios países de Europa al lado de los más eminentes especialistas como los profesores Vonhoeffler, Lewandowsky, Oppenheim, Strassman, Krause, Nonne y Forster en Alemania; Chauffard, Fiessinger, Pierre Marie, Claude, Leri, Foix, Guilain, Martell y Robinau en Francia, Eiselberg, Marsburg, Wagner-Jauregg, en Austria; Elsberg y Cushing en Estados Unidos; Cárdenas en La Habana, etc.

Desempeñó destacados puestos, tales como Director de la Consulta de Neurología del Hospital Civil de Bilbao, Director del Manicomio Provincial de Zaldívar, Director de la Casa de Salud de Valdecilla, Director de la Colonia Psiquiátrica "Ramón Pelayo", Profesor de Neurocirugía y Neurología de la Universidad Autónoma de Barcelona y otros.

Tuvo importantes cargos en centros científicos y culturales; fué director y redactor de algunas publicaciones médicas; asistió a varios congresos, en los cuales presentó ponencias oficiales y trabajos de extraordinario mérito como por ejemplo: "Organización de los establecimientos psiquiátricos", "Neuroaxiopatías parasitarias", "Tratamiento quirúrgico de los tumores cerebrales", "Asistencia moderna a los enfermos mentales", "Cisticercosis del sistema nervioso central", etc. etc.

Sus artículos médicos suman más de doscientos, los que han sido publicados en cuarenta revistas de diversos países y los capítulos de endocrinología así como varios de neurología del Tratado Ibero-Americano de Medicina Interna, fueron por él escritos.

Hace pocos años vino a México —diciembre 3 de 1939— como han venido tantos médicos españoles, debido a la guerra civil de su país, pero como hombre inteligente, prudente y sabio, con su conducta honesta e intachable y su actitud de adaptabilidad, supo distinguirse entre la Sociedad y entre los médicos. Por ello ocupó posiciones destacadas y en los primeros tiempos de su estancia entre nosotros, fué profesor de Tercer Curso de Clínica de la Facultad de Medicina de Nuevo León, Director del Servicio Psiquiátrico de Monterrey y Consultor del Hospital Civil de la misma ciudad. No obstante su delicado estado de salud, más tarde pudo establecerse en la Capital, donde desempeñaba el cargo de neuropsiquiatra, neurocirujano y endocrinólogo del Sanatorio Español, siendo el Jefe del Servicio Neuroquirúrgico, además de ejercer honrada y cumplidamente la profesión. Era socio activo de la "Sociedad de Neurología y Psiquiatría de México".

Hombre de tanto valer como médico, como patriota y como amigo falleció a la edad de 55 años, cuando aun era muy útil para sus semejantes y para las especialidades a las que se dedicó.

La **Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal** expresa su profunda pena por este acontecimiento.

S. R. M.

El primer hospital para enfermos mentales en el Continente Americano, fué fundado por el filántropo Bernardino Alvarez, fraile de la orden de los Hipólitos, en el año de 1556.

CISTICERCOSIS CEREBRAL

APORTACION DE UN CASO MAS

Por el Dr. Samuel Ramírez Moreno.

El interés que ha venido despertándose entre clínicos, patólogos y laboristas acerca de la cisticercosis del neuroeje, se debe por una parte a la frecuencia con que este mal se está observando y por otra, a los trabajos que sobre el particular se han dado a conocer, entre los que se destacan las interesantes y bien documentadas monografías de Trelles y Lazarte del Perú y la del recientemente desaparecido López Albo, neurólogo hispano residente en México. Sin embargo, aun la mayor parte de los médicos no fija suficientemente la atención en esta parasitosis del sistema nervioso que por su importancia —en vista de lo común que es—, y por los múltiples problemas que presenta, debe ser mejor conocida para diagnosticarla, en un medio en que como el nuestro, las parasitosis intestinales son tan comunes.

Los casos observados, en su mayoría han sido diagnosticados *post-mortem* o después de intervenciones quirúrgicas y ya sabemos por el distinguido anatómo-patólogo, Costero que en autopsias llevadas a cabo en sujetos muertos de distintas causas, en la ciudad de México,— ha encontrado buen número de casos de cisticercos en el encéfalo.

A pesar de que se citan varias observaciones entre nosotros, sólo pocas han sido publicadas, lo cual es de lamentarse pues podríamos contar con mejor estadística. De las primeras dadas a conocer, es la publicada por Rojo de la Vega y por mí en 1939 —tal vez la primera en este País, según López Albo, las de Robles representadas a la Academia de Medicina en 1941, la que Fuentes comunicó a la Sección de Neurología y Psiquiatría del Primer Congreso Nacional de Medicina en 1942, las de López Albo en 1943 y las del mismo autor, de Gamboa y de Robles en 1944, referidas aisladamente en la Sexta Asamblea Nacional de Cirujanos.

Las cuestiones que plantea la cisticercosis nerviosa son de tal trascendencia, que valdría bien la pena que se abordaran por una de nuestras Sociedades galénicas, o en algún próximo congreso médico, ya que cada una de ellas merece atención especial. Tales son fundamentalmente sobre: a)—etiología y patogenia; b).—formas clínicas; c).—diagnóstico clínico; d).—diagnóstico de laboratorio; e).—profilaxis; y, f).—tratamiento.

El presente caso tiene interés, no sólo por sumarse a los ya publicados, sino porque en él se formularon diversos diagnósticos durante la vida de la paciente, siendo el verdadero, el que reveló la autopsia. Tales diagnósticos, se debieron a los cuadros clínicos que se presentaron, confundiendo con otras dolencias, ya que tal vez no se analizaron suficientemente los síntomas por parte de quienes vimos a la enfermita.

Debo hacer mención muy especial del Dr. Flores Covarrubias, a quien se deben en este estudio los exámenes radiológicos, electroencefalográficos, las fotografías y microfotografías que se presentan y expresar mi agradecimiento a los Dres. Héctor Ugarte, quien me trajo en consulta a la enferma y Santiago Castillejos que hizo una minuciosa historia clínica. El caso resumido es el siguiente:

La niña A. F. A. de 9 años de edad, mexicana, de raza mestiza y originaria del estado de Veracruz, sin antecedentes familiares de interés y de los personales importantes se cita que ha padecido **parasitosis intestinal**. Por primera vez la examinamos en febrero de 1944 y sabemos que el mal se inició dos meses antes de modo brusco, con cefalea de predominio frontal, estado confusional con desorden en la asociación de las ideas, alucinaciones visuales y auditivas aisladas, gritos de tipo meningítico, vómitos, somnolencia y fiebre de poca intensidad que duro por varias horas. Todo esto desapareció dos días más tarde para presentarse nuevamente después de una semana, con mayor intensidad, pero además se observó estrabismo convergente y narcolepsia prolongada. Fué tratada por diversos medios sin resultado. Al explorarla, encontramos aparte de los datos ya mencionados, escasa sintomatología clínica: cráneo doloroso a la percusión, especialmente en la región frontal y disminución de los reflejos tendinosos y osteoperiósticos. Se tomaron radiografías de cráneo —figs. 1 y 2—, que revelaron hipertensión intra-craneana por las muy visibles impresiones digitales que se observan.

El E. E. G. —fig. 5—, fué casi normal: ritmos dominante y subdominante Alpha, ondas de amplitud y frecuencia normales y sólo se presentan algunas "agujas" aisladas y cierta lentitud en la derivación pre-frontal izquierda.

El examen del líquido céfalo-raquídeo nada más reveló hipertensión —75 cm. de agua en posición sentada, manómetro de Claude—, y leucocitosis. La citología hemática da también leucocitosis y eosinofilia. Esta última de 17%.

Agrupando los principales datos: cefalea difusa, fiebre moderada de 37.5 a 38°, somnolencia, estado confusional con alucinaciones, hipertensión craneana y estrabismo, formulamos el primer diagnóstico de ENCEFALITIS POR NEUROVIRUS, de tipo de Von Economo —encefalitis letárgica—, e instituímos el tratamiento que nos parece más adecuado —salicilato de sodio, suero hipertónico, sulfas, vitamina B 1, etc.—.

Dejamos de ver a la enfermita durante ocho meses, tiempo en el cual fué atendida por varios médicos y curanderos, quienes realizaron múltiples tratamientos. En octubre del mismo año la volvimos a examinar; a decir de los padres, el mal había tenido remisiones hasta de dos meses, pero en cada recaída los síntomas se acentuaban. Tales recaídas se producen en forma de crisis, en las que la sintomatología antes anotada está presente, pero el cuadro confusional con alucinaciones es muy marcado —ve diversos animales como ratas y ratones que le hablan y percibe olores muy desagradables—, la cefalea es intensísima y hay pérdida de la visión, vómitos, acentuación del estrabismo, fiebre, torpor mental y somnolencia que llega hasta la narcolepsia.

En los períodos intercalares, o sea de remisión, la enfermita recupera la conciencia, se queja por su enfermedad e indica sus deseos de ser curada; pero en ocasiones está contenta, se expresa con toda corrección y pide que se le alivie del dolor de cabeza, que es el síntoma más persistente y molesto para ella.

Marcha por su propio pie, aunque con titubeo, más bien por los trastornos visuales que por otaxia. Otras alteraciones de movilidad son poco acentuadas y se manifiestan por torpeza en los movimientos finos de los cuatro miembros y por paresia facial izquierda, de tipo central. Los reflejos osteotendinosos, periósticos y musculares están disminuídos en los miembros superiores y abolidos en los inferiores. Los reflejos fotomotor y consensual casi no se aprecian. Babinsky discreto en ambos lados.

Los movimientos pasivos, la fuerza muscular, la coordinación, el equilibrio, los esfínteres y el lenguaje están normales.

Hay crecimiento del cráneo, que da ruido característico de "olla rajada" cuando se le percute y se ve acentuada exoftalmía. Es de anotar que en ninguna ocasión en que examinamos a la paciente encontramos bradicardia, pues el pulso tiene frecuencia de 80 a 84 por minuto.

El examen de fondo de ojo indica gran edema papilar en ambos lados y atrofia óptica bilateral.

Las radiografías de cráneo son particularmente interesantes en esta segunda ocasión que fueron tomadas, pues además de haberse acentuado el cuadro hipertensivo por las múltiples impresiones digitales y eminencias mamilares que se observan, hay separación de los huesos del cráneo con gran abertura de las suturas, principalmente la sagital y coronal, —fig. 3 y 4—.

El E. E. G. es muy diferente del primero, pues señala disritmia generalizada, anasincronía y bradisincronía, además de numerosos picos y ondas Delta. —fig. 6—.

En esta segunda época, el cuadro clínico también ha variado por acentuación de los síntomas anteriores y aparición de otros nuevos. En síntesis los principales son: hipertensión exagerada con separación de las suturas y aumento de volumen del cráneo, disminución de la agudeza visual, edema papilar y atrofia óptica, exoftalmía, cefalea muy intensa, degeneración piramidal bilateral —Babinsky—, somnolencia y episodios de estado confusional con alucinaciones sensoriales.

Esto nos hizo modificar el diagnóstico primitivo y sospechar en la existencia de un TUMOR CEREBRAL, aunque sin poder precisar el sitio, inclinándonos a una localización frontal. Sin embargo, quisimos practicar el examen encefalográfico y otra exploración clínica de la paciente, cuando se presentó nueva crisis hipertensiva, por la cual los familiares alarmados, acudieron a otros colegas que pensando también en la existencia de proceso tumoral, realizaron la intervención quirúrgica.

Desconocemos el diagnóstico de sitio que formularon y la técnica operatoria empleada por el más destacado de nuestros neurocirujanos, pero sabemos que no se encontró tumor alguno en la operación; que la paciente quedó en un estado de coma del cual

no salió, habiendo muerto varias horas después de la intervención. Fué practicada la autopsia y entonces se encontró la existencia de numerosísimos quistes de cisticercos diseminados en el cerebro de todos tamaños, desde microscópicos hasta de 4 a 5 milímetros, llenos de líquido claro, que producían aumento de volumen del encéfalo y proceso de inflamación difusa.

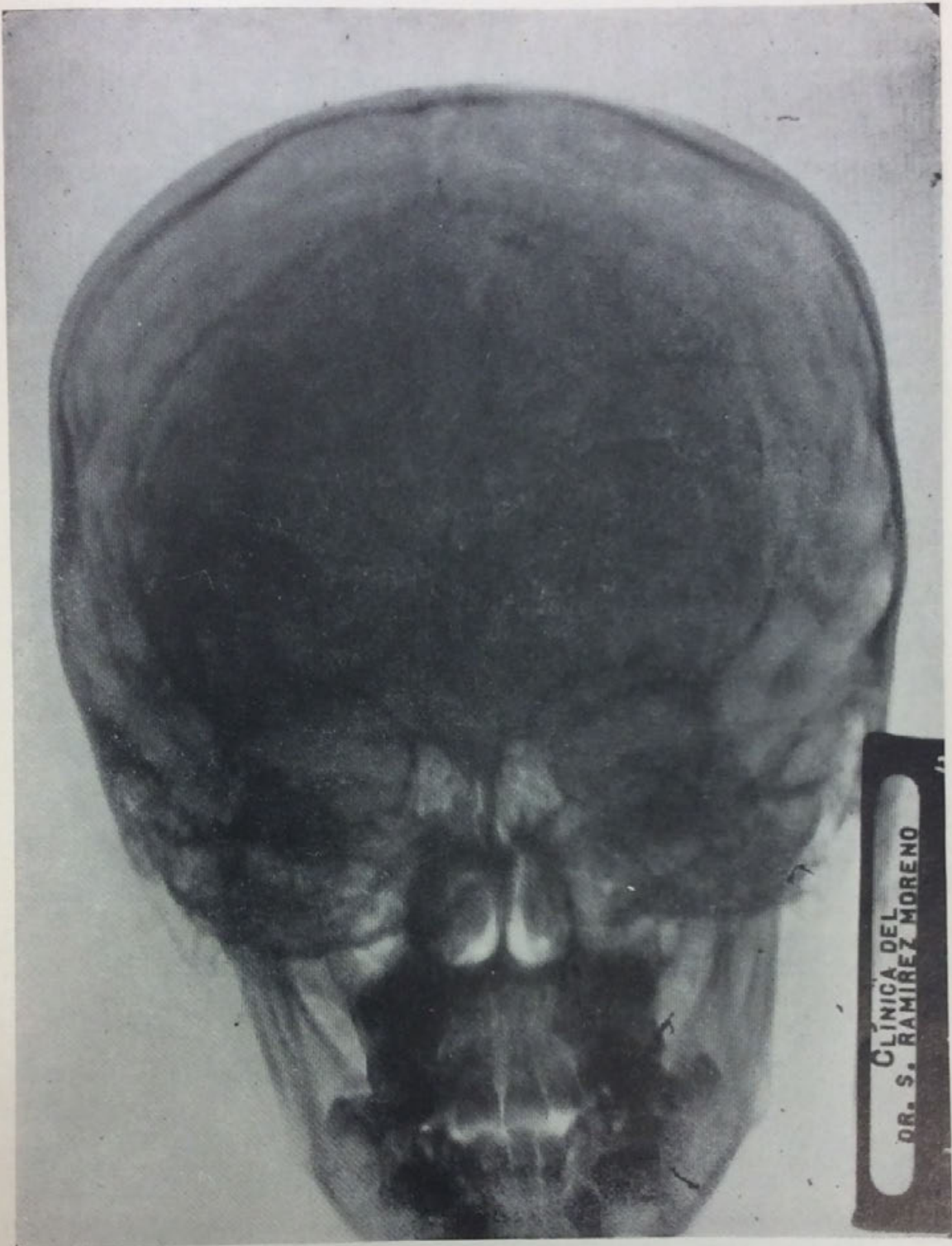
Las fotografías obtenidas gracias al interés y empeño del Dr. Flores Covarrubias, son suficientemente demostrativas —figs. 7 y 8—; en ellas se ven los quistes de cisticercos en distinto grado de desarrollo, situados preferentemente entre las cisuras y cerca de los gruesos vasos. Tienen aspecto arredondado y brillante, algunos están completos y otros han sido seccionados, viéndose en su interior a los parásitos, como los que están dentro del círculo de la figura 7.

Estos mismos fueron amplificados y en la admirable microfotografía —fig. 9—, pueden apreciarse con todo detalle. Mientras uno de ellos está en pleno desarrollo dentro del quiste, pudiéndose ver el "receptaculum capitis", el escólex y los anillos, el otro es mucho más joven y su desarrollo es menos completo.

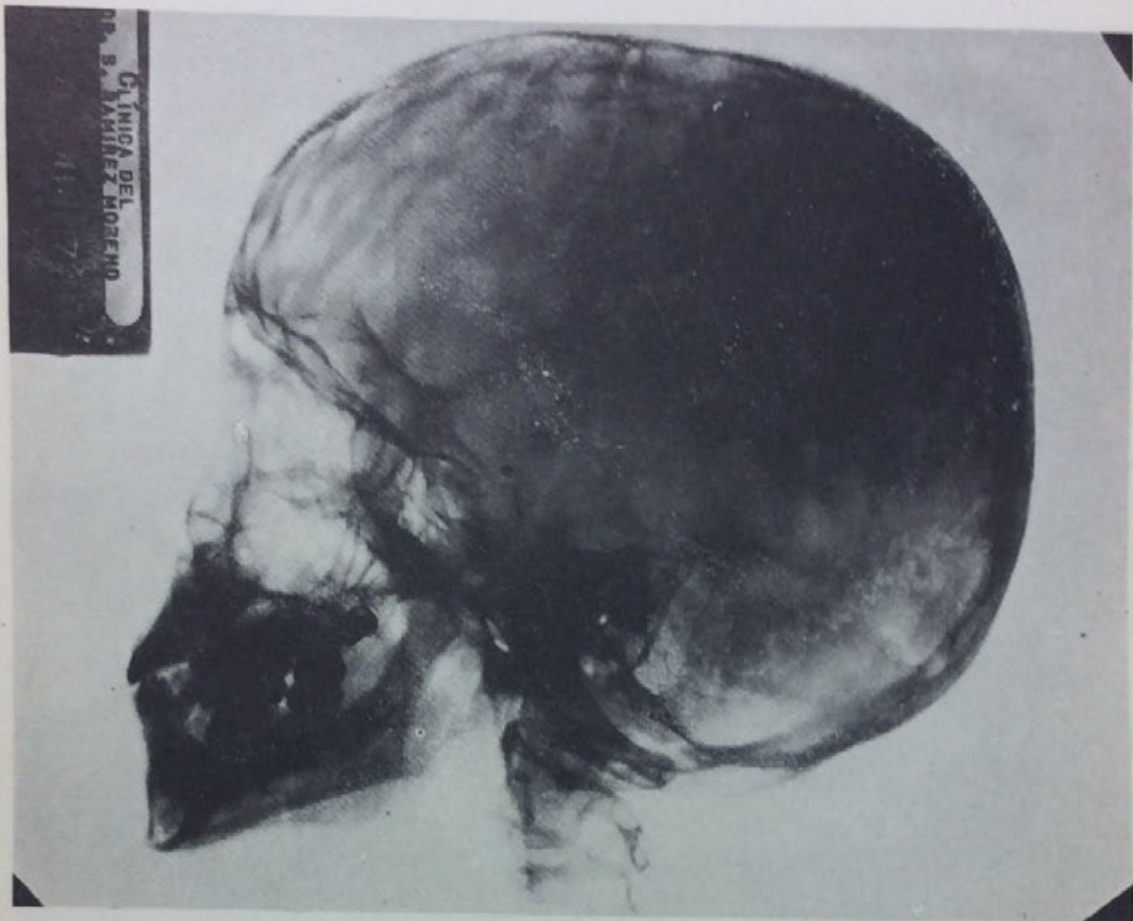
La observación de este caso, nos ha servido para hacer hondas reflexiones sobre las distintas modalidades y formas clínicas que la cisticercosis puede proporcionar —ya se han señalado las formas epilépticas, tumoral, meningo-quiasmo-hipofisaria, ventricular, diencefalo bulbar, meningo-peduncular, meningo-ponto-cerebelosa, extrapiramidal, cerebelosa, diencefálica, apopléctica, etc. —, lo cual equivoca el diagnóstico, ya que puede presentar la sintomatología de dolencias de índole muy diverso y como señalan Trelles y Lazarte: "es tan variable como imprevisible; tan pronto desaparecen todos los síntomas por un tiempo más o menos prolongado, como sobreviene la muerte súbita cuando menos lo hacían prever las condiciones del paciente".

Del número y localización de los parásitos dependen la sintomatología y la evolución. En nuestro primer caso, que dimos a conocer en esta Revista, se trató probablemente de un solo parásito envuelto en un enorme quiste que evolucionó como un tumor de precisa localización y que fué curado por intervención quirúrgica, ya que hasta la fecha y después de seis años, el paciente a quien hemos seguido viendo, está en magníficas condiciones; en cambio, en el caso que acabamos de consignar, los parásitos eran numerosísimos, diseminados en todo el cerebro, en distintas fases de evolución y dando origen a cuadros clínicos que sirvieron para hacer diagnósticos diversos.

Nos censuramos no haber tenido en consideración, con el cuidado debido, los antecedentes de parasitosis intestinal, la eosinofilia en la sangre que pasamos casi inadvertida por fijar nuestra atención en los otros síntomas aparatosos que se apreciaban y sin pensar en proceso parasitario del cerebro, no llevamos a cabo las investigaciones de laboratorio que se aconsejan, pero en este caso como en tantos que en el ejercicio profesional no diagnosticamos, debemos de ser sinceros al exponerlo y sacar de él muchas enseñanzas para el futuro.

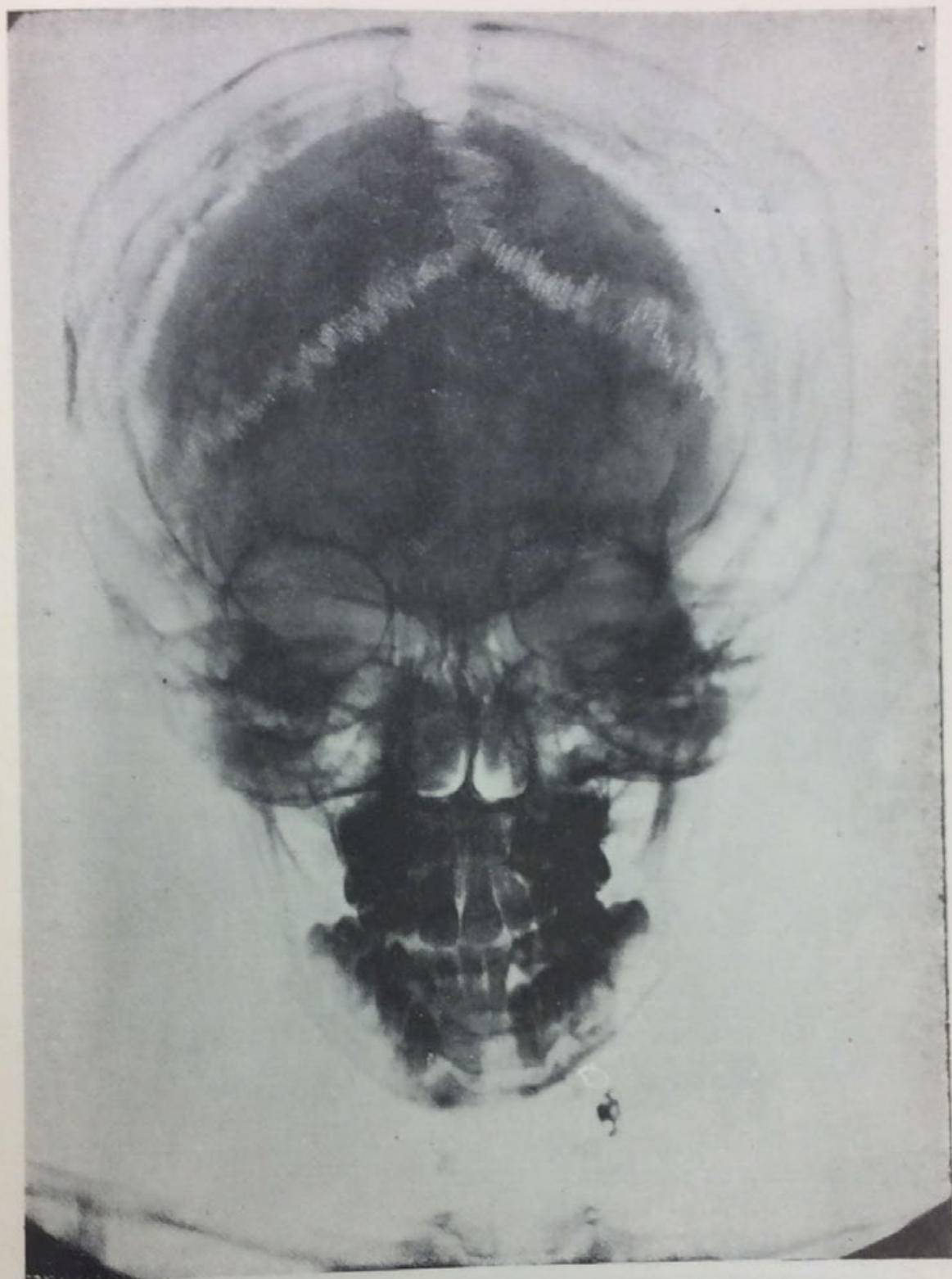


RADIOGRAFIA EN POSICION ANTEROPOSTERIOR. — SON VISIBLES LAS IMPRESIONES DIGITALES QUE DENOTAN HIPERTENSION INTRACRANEANA.

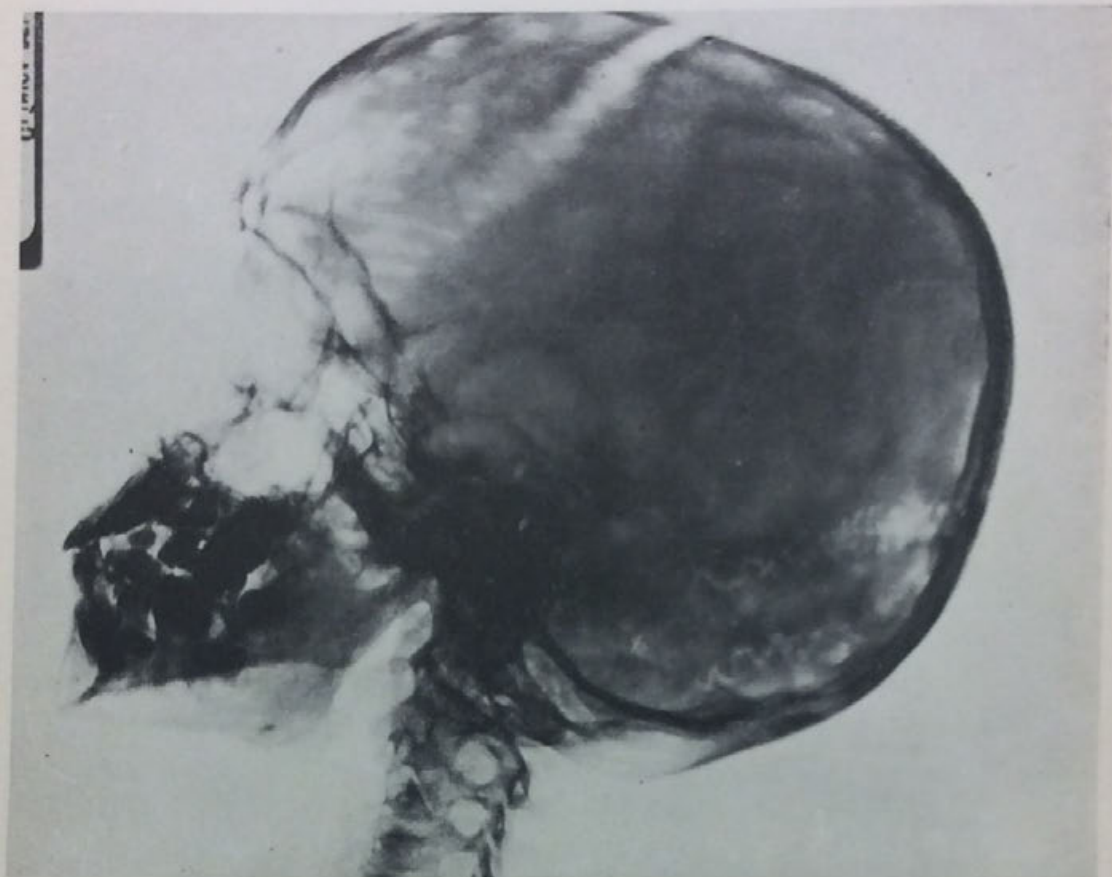


RADIOGRAFIA LATERAL TOMADA EN LA MISMA EPOCA. DONDE
TAMBIEN SON NOTORIAMENTE VISIBLES LAS IMPRESIONES DIGITALES.
SE OBSERVAN LAS SUTURAS CORONAL Y LAMBDOIDE.

Entre los clienistas mexicanos ya desaparecidos que fueron más ampliamente conocidos en el extranjero, pueden citarse los Dres. Juan Peón del Valle padre, Alfonso Ruiz Erdozain y José Meza y Gutiérrez. Estas personas que fueron de los precursores de dicha especialidad en el país, con excepción del primero, no dejaron obras escritas que expresaran sus amplios conocimientos y largo ejercicio profesional.



RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR TOMADA OCHO MESES DESPUES. — SE APRECIAN SIGNOS DE GRAN HIPERTENSION INTRACRANEANA, CARACTERIZADOS POR LAS IMPRESIONES DIGITALES Y EMINENCIAS MAMILARES Y LA SEPARACION DE LOS PARIETALES QUE ABRE LA SUTURA SAGITAL EN MAS DE UN CENTIMETRO. ADEMAS SE VE LA PROYECCION DE LA SUTURA CORONAL TAMBIEN MUY SEPARADA.

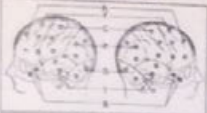


RADIOGRAFIA LATERAL. — SE NOTAN MUY MARCADAS LAS IMPRESIONES DIGITALES Y LA SEPARACION DE LOS HUESOS DEL CRANEO POR LA ABERTURA DE LAS SUTURAS. — LA FRONTOPARIETAL O CORONAL LLEGA CASI A 1 CM. DE ANCHO. — IGUALMENTE SE VEN ABIERTAS LA TEMPORO-OCCIPITAL Y LA LAMBDOIDE.

En la Clínica Neuropsiquiátrica Dr. Samuel Ramírez Moreno se han iniciado por primera vez en este país, varios de los estudios y tratamientos modernos para las enfermedades mentales y nerviosas; así por ejemplo, en ella se practicaron por primera vez en México los tratamientos de choques convulsivos y electrochoques en las psicosis esquizofrénicas; el tratamiento por Demorphene en las toxicomanías, el de Voetglin en el alcoholismo; el epamin en la epilepsia y otros más.

Entre los métodos de diagnóstico fué también en esta Clínica donde primero se realizó la electroencefalografía.

CLINICA DR. RAFAEL SUAREZ MORENO
SERVICIO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA
DR. PEDRO PARRON-CHAMBERS



PRINCIPALES DERIVACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS

Ondas ALFA
Ondas BETA
Ondas GAMA
Ondas DELTA

NOTA: Las ondas de mayor amplitud y frecuencia se obtienen por derivaciones frontales y posteriores. Las ondas de menor amplitud y frecuencia se obtienen por derivaciones laterales. El electrodo de referencia se coloca en el polo negativo de la derivación.

AMPLIFICACION



NOMBRE

NOMBRE

EDAD:

1 año 8 meses

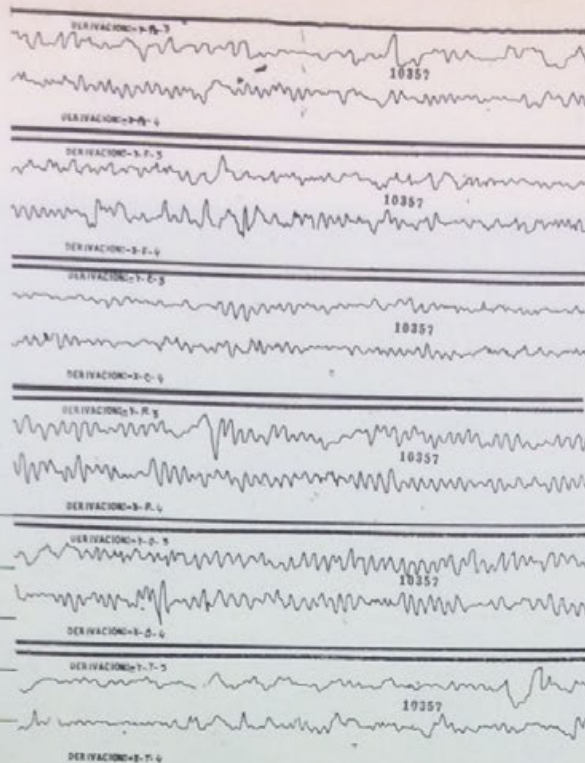
FECHA

15 DE FEBRERO DE 1944.

SINDROME

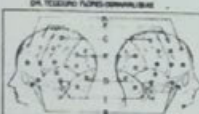
ENVIA EL SR. DR.:

SUAREZ Y SUAREZ MORENO.



PRIMER E. E. G. CON RITMOS DOMINANTE Y SUBDOMINANTE ALPHA, DE AMPLITUD Y FRECUENCIA NORMALES Y DE CARACTERES CITOARQUITECTONICOS FISIOLÓGICOS. — SE GENERAN PEQUEÑAS IRREGULARIDADES EN FORMA DE "AGUJAS" AISLADAS Y UNA QUE OTRA ONDA LENTA. — LA LENTITUD DE LAS ONDAS ES SOBRE TODO EN Y-Pr-3.

CLINICA DR. RAFAEL SUAREZ MORENO
SERVICIO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA
DR. PEDRO PARRON-CHAMBERS

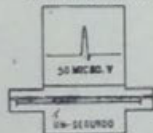


PRINCIPALES DERIVACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS

Ondas ALFA
Ondas BETA
Ondas GAMA
Ondas DELTA

NOTA: Las ondas de mayor amplitud y frecuencia se obtienen por derivaciones frontales y posteriores. Las ondas de menor amplitud y frecuencia se obtienen por derivaciones laterales. El electrodo de referencia se coloca en el polo negativo de la derivación.

AMPLIFICACION



NOMBRE

NOMBRE

EDAD:

8 años.

FECHA

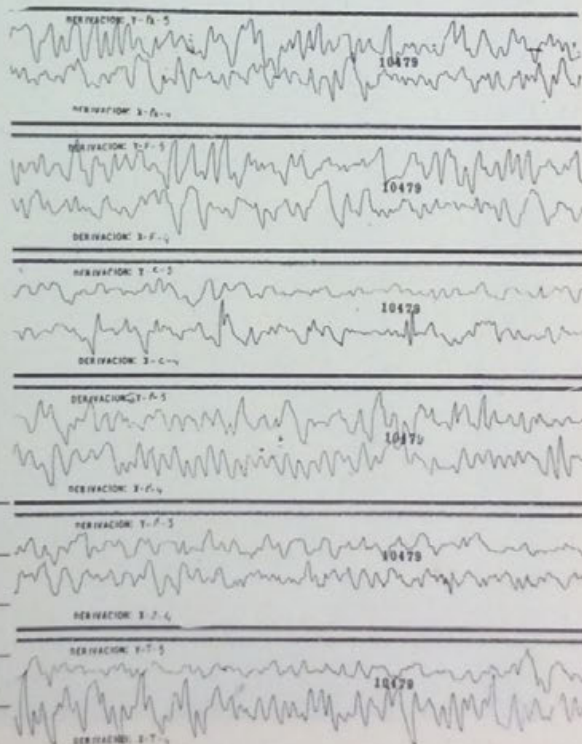
6 DE OTUBRE DE 1944.

SINDROME

ANASINCRONIA, BRADISINCRONIA, ALTA FRECUENCIA, TENDENCIA A LA SILENCIO.

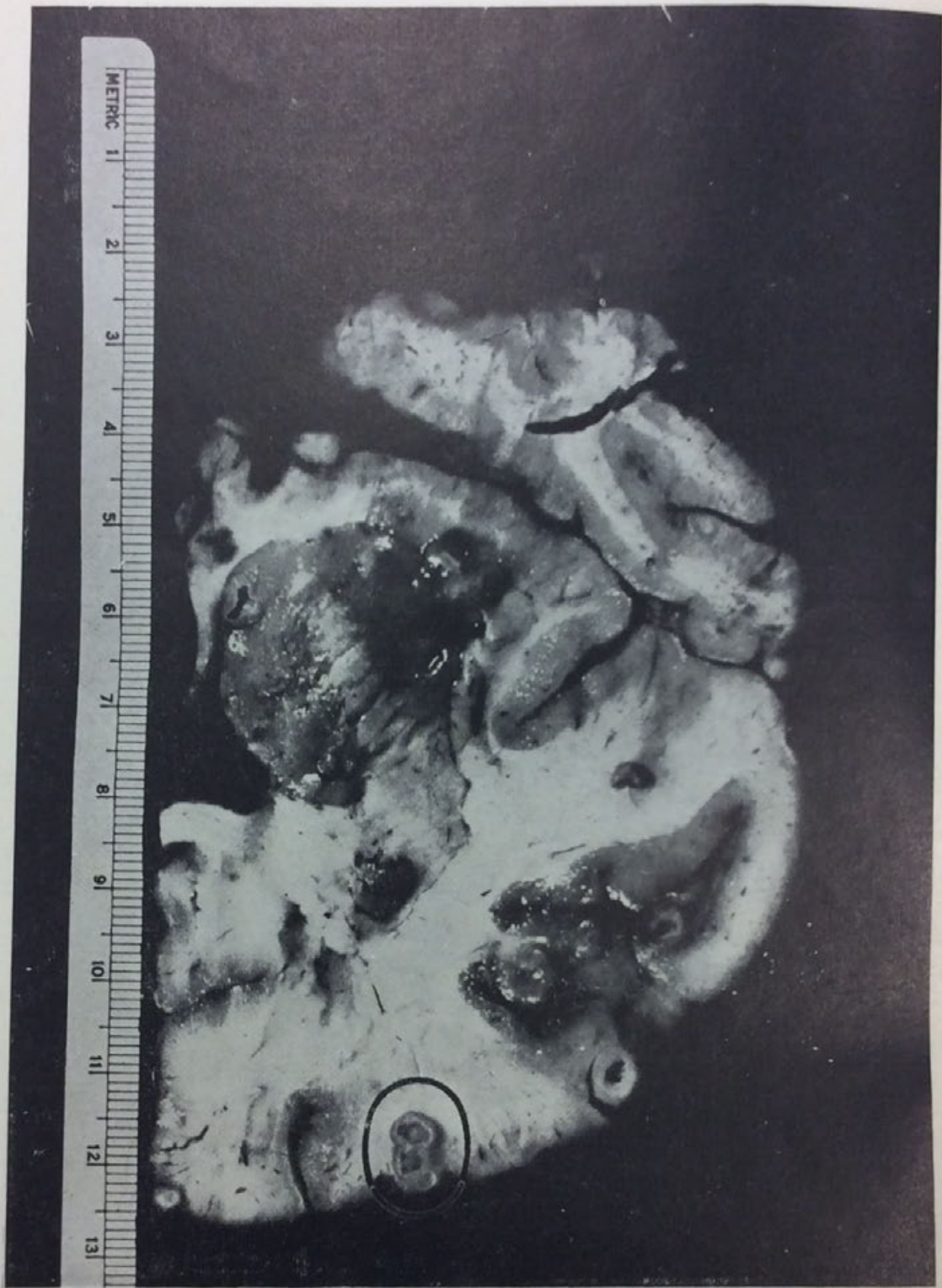
ENVIA EL SR. DR.:

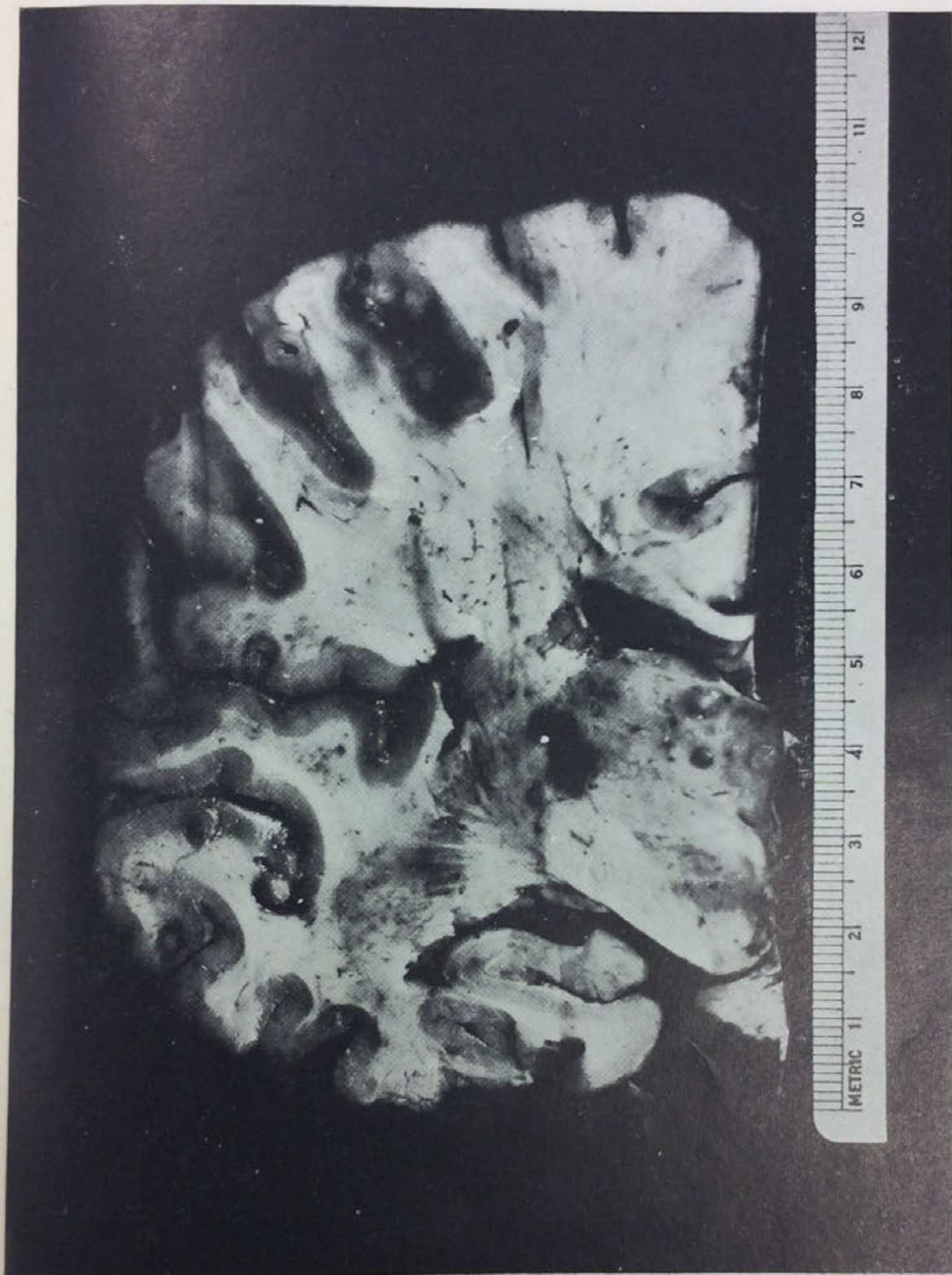
SUAREZ Y SUAREZ MORENO.



E. E. G. TOMADO OCHO MESES DESPUES. — ES NOTORIAMENTE DIFERENTE DEL PRIMERO, PUES AQUI SE PRESENTAN ALTERACIONES BIOELECTRICAS GENERALES, ANASINCRONIA Y BRADISINCRONIA CON NUMEROSOS TRENES DE PICOS, ONDAS ALPHA RETARDADAS Y MULTIPLES ONDAS DELTA, ESPECIALMENTE EN Y-Pr-3, Y-Pr-4, Y-F-4, X-F-4, X-C-4 y X-T-4.

COORTE DEL HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO (FRONTAL). — SE PUEDEN VER LA CISURA INTERHEMISFERICA, LA PARTE ANTERIOR DEL VENTRICULO CEREBRAL IZQUIERDO, EL CUERPO CALLOSO, PARTE DE LA CISURA FRONTAL ASCENDENTE Y LAS SUBSTANCIAS BLANCA Y GRIS. — SE DESTACAN NETAMENTE NUMEROSOS QUISTES DE CISTISUS CEREBROSUS, DE FORMA ARREDONDADA, UNOS ENTEROS Y OTROS SECCIONADOS QUE PERMITEN VER EL PARASITO EN SU INTERIOR. — NOTENSE LOS QUE ESTAN DENTRO DEL CIRCULO.





CORTE UN POCO MAS ATRAS QUE EL ANTERIOR, PASANDO POR LA CISURA DE ROLANDO Y POR CASI TODA LA DE SILVIO. — TAMBIEN SE VEN NUMEROSOS QUISTES DE FORMA REDONDA Y DE ASPECTO BRILLANTE. — SU DIFERENCIA DE TAMAÑO INDICA DIVERSAS ETAPAS DE EVOIUCION DEL CISTICERCO.

CISTICERCO MUY
DESARROLLADO

CAVIDAD
VIRTUAL

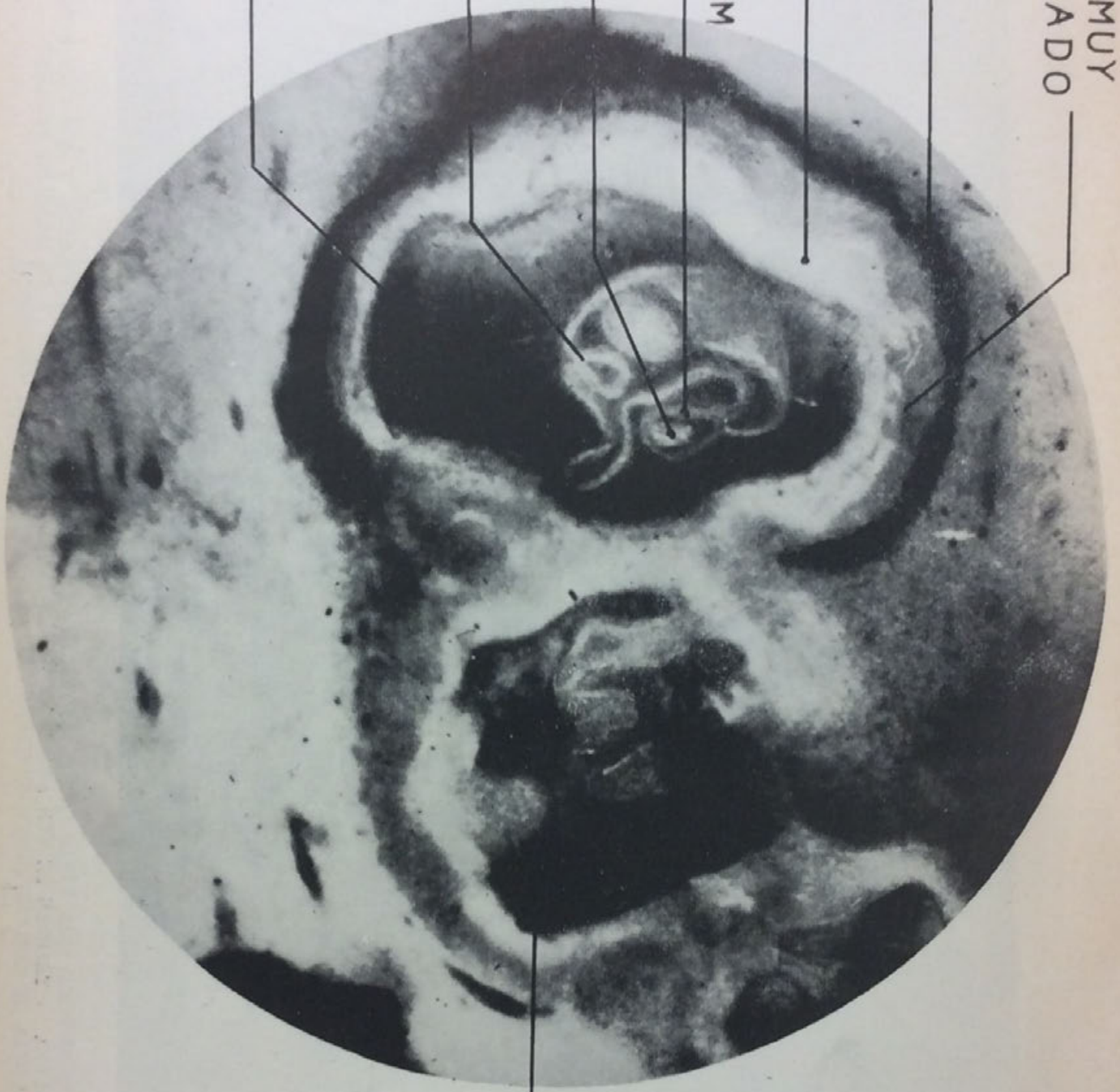
MEMBRANA

"RECEPTACULUM
CAPITIS"

ESCÓLEX

ANILLOS

CAVIDAD
QUISTICA



OTRO
CISTICERCO
EN VIAS DE
DESARROLLO

MICROFOTOGRAFIA DEL CISTICERCO CELLULOSAE QUE APARECE EN EL CIRCULO DE LA FIGURA 7. — FUE OBTENIDA CON LUZ POLARIZADA PARA EVITAR REFLEXIONES Y EN ELLA SE VE A DOS PARASITOS: EL DE LA IZQUIERDA MUY CRECIDO Y EL DE LA DERECHA EN VIAS DE DESARROLLO. — SE PUEDE OBSERVAR TAMBIEN LA DISPOSICION QUE TOMA EL CISTICERCO DENTRO DEL QUISTE Y TODAS LAS PARTES QUE LO INTEGRAN.

APOPLEJIA MENINGEA

Por el Dr. A. Fortes. (1)

El objeto del presente artículo es separar la Apoplejía Meníngea como una verdadera entidad clínica, de la hemorragia cerebral propiamente dicha, ya que su etiología, sintomatología y tratamiento son esencialmente diferentes.

Definición.—Entendemos por Apoplejía Meníngea una hemorragia subaracnoidea debida a una debilidad congénita de las paredes vasculares de las arterias intracraneanas.

Etiología.—Se presenta más frecuentemente en la edad madura (entre los 30 y 50 años). El sexo masculino parece ser el más inclinado a la Apoplejía Meníngea, pero no es raro encontrarla en el sexo femenino también. A diferencia de la Hemorragia Cerebral, donde la Arterioesclerosis y la Sífilis son las causas más frecuentes de la debilidad vascular, en la Apoplejía Meníngea dichas enfermedades parecen desempeñar un papel muy insignificante o ninguno en la producción de la hemorragia. Tampoco la hipertensión arterial puede ser culpada ya que en la gran mayoría de los casos diagnosticados como Apoplejía Meníngea la presión sanguínea oscilaba entre las cifras normales. La evidencia de aneurismas encontradas en las autopsias de personas con cuadro apoplético, parece ser la causa más común de dichas hemorragias. Lo que todavía no está bien explicado es el origen de dichos aneurismas. Si deseamos, pues, la Arterioesclerosis, la Sífilis y la hipertensión sanguínea como causas debilitantes de las paredes vasculares, estamos inclinados a creer con los doctores A. E. Bennett y J. J. Keegan en una debilidad vascular constitucional. Dichos médicos, en su artículo "Cerebral Aneurysm and Cortical Herniation" (*Archives of Neurology and Psychiatry*, julio de 1931 Vol. 26, p. 36-49), dicen a este respecto: "...la debilidad congénita de las paredes arteriales del cerebro se explica por las condiciones anatómicas especiales de dichas arterias, como es la poca protección que los tejidos adyacentes les proporcionan, como también el hecho que ramas relativamente pequeñas y poco protegidas tienen que soportar la casi total presión sanguínea del

(1) Médico del Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno, de México, becado en el Bishop Clarkson Memorial Hospital, de Omaha, Nebraska. (E. U. A.)

tronco principal que derivan, sin la reducción que ocurre con la ramificación sucesiva y gradual de otras arterias. Otro factor sería el siguiente: las arterias Comunicantes Cerebrales Anterior y Posterior están siempre expuestas a la constante tracción de dos troncos más vigorosos que comunican..."

Sintomatología.—**Cefalea:** El dolor de cabeza es el síntoma que predomina en el cuadro clínico. Tomando en cuenta las circunstancias especiales en que aparece dicho dolor, éste sólo síntoma puede guiarnos hacia el diagnóstico. Los familiares o el paciente mismo nos darán los antecedentes de un dolor de cabeza intenso que sorprende al enfermo en pleno estado de salud. Al profundizar más en la Historia Clínica, encontraremos que dicha cefalea fué localizada a una región relativamente pequeña al principio, y que rápidamente se ha ido extendiendo transformándose en hemicefalea primero y más tarde abarcando toda la cabeza. El punto de iniciación de la cefalalgia es de capital importancia para la localización de la hemorragia. Otra característica de dicho dolor de cabeza y aparte de su gran intensidad, es que se acompaña de una sensación de desmayo o de muerte inminente. El enfermo se da cuenta que algo grave está sucediendo en su organismo.

Estupor o coma.— Rara vez, en la Apoplejía Meníngea, el paciente pierde el conocimiento instantáneamente, como es la regla en la Hemorragia Cerebral propiamente dicha. Generalmente transcurre un lapso de tiempo, que varía entre pocos minutos hasta horas o aun días, entre el momento de la aparición del intenso dolor de cabeza y la pérdida del conocimiento. Naturalmente esto depende del lugar de la hemorragia y de la intensidad de la misma. El paciente experimenta una sensación de mareo y siente que las fuerzas lo abandonan; esto puede evolucionar en un estupor o coma profundo.

Ataque epileptiforme.— No es raro que una convulsión precedida por cefalalgia abra todo el cuadro clínico. Si dicha convulsión es de tipo Jacksoniano será de gran ayuda diagnóstica de localización.

Parálisis.— Como regla general, el médico llega a ver al paciente cuando éste se encuentra en un estado de estupor o coma. La exploración neurológica revelará parálisis de las cuales la hemiplejía es la más común. Dichas parálisis servirán también de guía para la localización de la lesión.

Síntomas de hipertensión intracraneana y de irritación meníngea: estupor que puede llegar al coma, convulsiones, rigidez de la nuca, vómito, bradicardia, parestesias, etc.

Punción Raquídea.—Esta revelará la presencia de sangre fresca en el L. C. R. y una hipertensión del mismo, lo cual confirmará el diagnóstico. Es de recomendarse guardar en un tubo de ensaye unos centímetros cúbicos del L. C. R. que servirá como colorímetro para las punciones posteriores, con objeto de ver si el vaso lesionado si que sangrando.

Diagnóstico.—La historia de un dolor de cabeza de intensidad extraordinaria que sorprende al enfermo en plena salud; la pérdida del conocimiento que le sigue a las pocas horas y el estado grave del paciente nos debe traer a la mente la posibilidad de una Apoplejía Meníngea. La punción raquídea está indicada como ayuda para el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial.—A todo enfermo en estado de coma se le deben de practicar los análisis de orina y de sangre para eliminar el coma diabético, hipoglicémico, urémico o de cualquier otra causa de intoxicación externa o interna. La ausencia de ataques epilépticos previos eliminarán la posibilidad de Estado de Mal Epiléptico. El diagnóstico diferencial de un tumor cerebral abierto al sistema ventricular se hará basándose en los síntomas que dicho tumor hubiera manifestado tiempo antes de la precipitación del presente cuadro clínico. De cualquier manera el coma producido por la ruptura de un tumor en los ventrículos es mucho más profundo; el cuadro clínico es de suma gravedad y la cuadriplegia es la regla. El examen oftalmoscópico en busca de edema papilar será de una ayuda capital.

La hemorragia extradural podrá dar un cuadro semejante. El antecedente de un traumatismo servirá de diferenciación, además de que en este caso (hematoma extradural sin fractura de cráneo) el L. C. R. aunque está a tensión, conserva su color claro.

En caso de Hemorragia cerebral propiamente dicha, la pérdida del conocimiento es instantánea.

Diagnóstico de localización.—Una vez hecho el diagnóstico de Apoplejía Meníngea es de capital importancia localizar el lado de la lesión. Nos basaremos para ello en el lugar preciso donde se inició el dolor de cabeza, y en la parálisis consecuente en el lado opuesto a la hemorragia. La hemiplejia cruzada será decisiva. La parálisis de los músculos oculares que es de las primeras en aparecer,

y la dilatación pupilar unilateral servirán de fundamentos diagnósticos. El ataque epiléptico de tipo Jacksoniano es de considerarse.

La presencia de los síntomas que a continuación se enumeran servirán de gran ayuda para localizar el lado de la lesión: Ptosis palpebral, ceguera unilateral, parálisis del tercer nervio craneal, dilatación pupilar de un solo lado y el síndrome de Weber (hemiplejía del lado contrario a la lesión y parálisis oculomotor del mismo lado).

Actitud Médica.—Hecho el diagnóstico con la localización precisa de la lesión, se recomendará al enfermo reposo absoluto en cama. Para reducir la presión intracraneana se podrá administrar 200 a 300 c.c. de una solución hipertónica. (Dextrosa al 50%). Si a pesar de esto la gravedad del enfermo sigue en aumento la intervención quirúrgica está indicada. Esta consistirá en la ligadura de la Carótida Interna Correspondiente al lado de la lesión, que aliviará el aneurisma del impulso sistólico. La intervención quirúrgica en sí es sencilla, y puede ser llevada a cabo por un cirujano general en caso de emergencia.

Antes de ligar la carótida se hará una compresión gradual por 15 minutos, cuidando síntomas del hemiparesia, pues ésta es frecuente en el 20% de los casos de ligadura, especialmente en persona de edad avanzada.

Si la presión intracraneana sigue aumentada y persisten los síntomas de compresión cerebral con la amenaza de herniación al nivel del agujero occipital y muerte instantánea consecuente, es preciso practicar un trépano y aspirar la sangre derramada.

Estas dos operaciones salvarán, la mayor parte de las veces, la vida del paciente, siempre y cuando el diagnóstico de causa y localización se hagan oportunamente.

A continuación relatamos dos casos clínicos que ilustrarán lo dicho arriba.

Caso Núm. 1.—(resumido).

A. W., campesino, de raza blanca 36 años; ingresó al Servicio del Dr. A. E. Bennett en el Bishop Clarkson Memorial Hospital, el 11 de febrero de 1944.

Antecedentes familiares y personales sin importancia clínica.

Enfermedad actual.—El día anterior a su ingreso al hospital el enfermo fué sorprendido, en pleno estado de salud, por un intenso dolor de cabeza a las 11 a. m., que le obligó a dejar su trabajo y

acostarse. Dicho dolor de cabeza estaba localizado en la región frontal. Durmió hasta las 2 p.m. del mismo día y despertó quejándose de un dolor de cabeza insoportable. Un cuarto de hora más tarde volvió a dormirse y desde entonces hasta las 6.45 p.m. del día siguiente cuando ingresó al hospital no ha recuperado el conocimiento.

Examen clínico.—El enfermo a su llegada al hospital estaba en estado de estupor. Temperatura 37.2°C.; pulso 48; respiraciones 22 por minuto; Presión arterial 140/80. El examen neurológico reveló una hemiplejia derecha.

Le practiqué una punción lumbar, obteniendo los siguientes datos: Presión inicial 300 mm. de agua. Después de drenar 5 c.c. de L.C.R. la presión bajó a 120 mm. de agua.

Exámenes de laboratorio.—Orina.—no había datos patológicos. Serología sanguínea.—negativa.

L.C.R. reveló la presencia de sangre fresca y estaba de color rojo vivo.

Glóbulos blancos 42.

Proteínas 54.8 mgr. por 100 c.c. de L.C.R.

Wassermann.—Negativo.

Curva del oro coidal: 0111000000.

Tiempo de sedimentación 21 mm. en una hora.

Tratamiento.—Al día siguiente a su ingreso se le practicó la ligadura de la Carótida Interna Izquierda y un trépano en la región temporal del mismo lado, aspirando 20 c.c. de sangre.

Evolución.—A los dos días la hemiplejia desapareció y lentamente el enfermo salió del estupor, entonces presentaba afasia, agrafia y alexia completas. Siguió mejorando y fué dado de alta a los 15 días de haber ingresado al hospital, presentando como única reliquia, vestigios afásicos, por lo demás se sentía perfectamente bien, y reanudó sus labores en el campo.

Tres meses más tarde tuvo un ataque epileptiforme. Sus familiares relataban que habían observado ciertos cambios en su personalidad, pues se había vuelto irritable y tenía accesos de ira, especialmente con los caballos que ocupaba para laborar. Además de ligera afasia que todavía presentaba, pero se entendía al enfermo con facilidad y solamente de cuando en vez, usaba una palabra por otra, dándose cuenta del error. Fué sometido a un tratamiento anti-

convulsivo (Fenobarbital y Epamín) y hasta los momentos que este artículo se escribe el enfermo no ha tenido ningún otro trastorno.

Caso Núm. 2 (Resumido).

A. N. de sexo femenino, de 41 años de edad, de raza blanca, ama de casa, ingresó al Servicio del Dr. A. E. Bennett en el Hospital Clarkson el día 10 de septiembre de 1944.

Antecedentes personales y familiares sin importancia clínica.

Principio y evolución de la enfermedad.—Manejando su automóvil en la carretera experimentó un intenso dolor de cabeza, arriba del ojo derecho y al mismo tiempo sentía que las fuerzas la abandonaban. Experimentó ligero mareo, rigidez de la nuca y adormecimiento de los miembros. Sintiendo que se desmayaba, paró el automóvil y trató de salir de él, perdiendo el conocimiento a los pocos instantes. Volvió en sí una hora más tarde, encontrándose al lado de su coche acostada en la carretera. La rigidez de la nuca había desaparecido lo mismo que las parestesias de las extremidades, pero el intenso dolor de cabeza persistía, con la diferencia que entonces abarcaba toda la cabeza.

Desde entonces dicho dolor de cabeza no la ha dejado, ni ha sido aliviado con analgésicos. Ha tenido desmayos frecuentes y períodos de confusión mental.

Examen clínico: no reveló datos patológicos con excepción de una hiperreflexia tendinosa generalizada. Presión arterial 145/80.

Examen clínico: no reveló datos patológicos, con excepción de reacciones serológicas de la sangre y L. C. R. fueron negativas.

Punción lumbar.—L. C. R. estaba a ligera tensión (185 mm. de agua en decúbito) y de color rojo vivo. La punción al día siguiente reveló un color rojo más intenso.

Evolución.—En la tarde del tercer día a su ingreso la enferma tuvo una confusión mental aguda con delirio y excitación. Le fueron administrados 200 c.c. de suero glucosado al 50% y a las pocas horas el estado confusional desapareció, pero la enferma seguía quejándose de un dolor de cabeza intenso, presentando una amnesia completa para todo el período confusional.

Tratamiento.—Se le practicó la ligadura de la Carótida Interna Derecha.

Período post-operatorio.—Al día siguiente de la operación presentaba parestesias en el lado izquierdo de la cara y un temblor fibrilar, no constante, de los músculos del mismo lado. Había mejoría franca del dolor de cabeza y ningún otro trastorno. Al quinto día de operada el dolor de cabeza desapareció por completo y la enferma fué dada de alta a los 14 días de operada. A la semana de operada una punción lumbar le fué practicada, el líquido estaba de color claro y a 140 mm. de agua de tensión.

Conclusiones:

1.—La Apoplejía Meníngea considerada como entidad clínica, debe diagnosticarse oportunamente y diferenciarla de la hemorragia cerebral propiamente dicha.

2.—A diferencia de la Hemorragia Cerebral, la Apoplejía Meníngea se presenta en una edad relativamente temprana (30 a 50), mientras que la primera es frecuente después de los 50 años.

3.—La Arterioesclerosis, la Sífilis y la Hipertensión arterial no parecen desempeñar papel alguno en la Apoplejía Meníngea, que más bien tiene su origen en una debilidad constitucional de las paredes vasculares del cerebro.

4.—El cuadro clínico se caracteriza por:

a.—Dolor de cabeza intenso que sorprende al enfermo en pleno estado de salud.

b.—Lapso de tiempo, más o menos largo, entre la aparición del dolor de cabeza y la pérdida del conocimiento.

c.—Cefalea localizada al principio que junto con las parálisis consecuentes guían a la localización de la lesión.

d.—Síntomas de aguda hipertensión craneana y de irritación meníngea.

5.—Tratamiento: Ligadura de la carótida interna correspondiente con trépano y aspiración de la sangre derramada.

NOTA.—Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. A. E. Bennett por las sabias sugerencias clínicas a este respecto.

NOTAS SINTETICAS

Por. J. P. V.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH



Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

Se han escrito ya numerosos trabajos acerca del psicograma por el método de Rorschach, pocos de ellos en México. Entre éstos el más reciente es el que publicó como tesis para su examen profesional de médico cirujano el ya doctor don Ramón de la Fuente Muñiz, discípulo del Prof. Dr. Samuel Ramírez Moreno en la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

No se trata simplemente de una tesis más, para cumplir con el requisito que exige nuestra Escuela de Medicina. No viene a aumentar la serie de "informes sanitarios" sobre tal o cual misérrimo poblacho rural de nuestro gran país con alardes de real o ficticia contribución social o colectiva, manera cómoda con la que están saliendo del paso los aspirantes a médicos ya que tienen obligación de prestar un servicio que les da ocasión para elaborar con poco esfuerzo ese tipo de informes, algunos de ellos útiles y brillantes pero casi todos estériles y opacos.

No es tampoco un trabajo de un maduro psicólogo o de un experto psicometrista. Es la obra de un inteligente y empeñoso estudiante que hizo a conciencia su labor y llenó el objeto que se propuso: exponer lo que es el psicodiagnóstico de Rorschach por lo que se refiere a su aplicación en la clínica, en nuestro medio. Con honradez señala la escasez de las contribuciones hechas en este país

sobre este capítulo. Por esto su tarea no ha sido fácil y es más meritoria.

El joven autor comienza por advertir que la prueba de Rorschach no substituye a ninguno de los métodos clínicos habituales, pero es un complemento útil. Describe después el material de la prueba. Escoge con buen tino las láminas que llama "estandarizadas sobre estadísticas amplias", que son las originales de Rorschach; y para la técnica prefiere la de Samuel Beck.

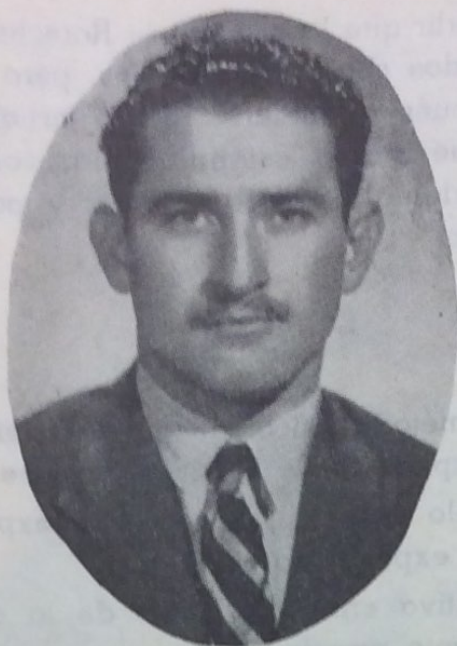
Formula, seis conclusiones:

- 1.—El test de Rorschach es un método psicológicamente científico. No obstante algunas de sus explicaciones son insuficientes.
- 2.—La objetividad del método sólo es posible cuando el explorador posee la suficiente habilidad y experiencia.
- 3.—Existe una concordancia positiva entre los datos de la clínica y el psicodiagnóstico correctamente practicado.
- 4.—Si bien los resultados de un psicodiagnóstico no son decisivos para fundar un diagnóstico en psiquiatría, sí nos dan un conocimiento global de la personalidad del enfermo. Dicho conocimiento es por todos conceptos altamente valioso.
- 5.—La escasa popularidad del método entre nosotros se debe a que la mayoría de los psiquiatras tienen sólo un conocimiento muy superficial de él y como por otra parte, no se cuenta con personas especializadas, muy pocos están dispuestos a gastar una hora en la práctica de una prueba de la que esperan poco.
- 6.—Dudamos de su utilidad en manos de personas poco ejercitadas en resolver problemas psicológicos y psiquiátricos.

Termina el autor de la tesis reproduciendo algunos ejemplos de sus observaciones: un normal, una epiléptica, una maníaca, una esquizofrénica y una débil mental, que escogió entre 20 normales, 20 epilépticas, 10 oligofrénicas, 10 maníacas y 10 esquizofrénicas.

El Dr. de la Fuente marcha a los Estados Unidos disfrutando una beca que obtuvo por gestiones del Dr. Samuel Ramírez Moreno con el Dr. A. E. Bennett en el Bishop Clarkson Memorial Hospital, de Omaha, Nebraska, y para substituir al Dr. Abraham Fortes quien felizmente regresa a México, terminada su misión. El nuevo becario seguramente obtendrá provecho y por su parte dará valiosa colaboración, pues es muy raro un joven profesionista tan bien orientado y tan capacitado. Su tesis no sólo es un ejemplo para sus compañeros, sino una obra útil en la práctica de la clínica psiquiá-

ESQUIZOFRENIA Y ELECTROENCEFALOGRAMA



Dr. Santiago Castillejos Bezares.

Por gentileza del Dr. Ramírez Moreno, llegó a nuestras manos una tesis profesional titulada "Contribución al estudio de la esquizofrenia desde el punto de vista bioeléctrico", de que es autor Santiago Castillejos Bezares.

Las conclusiones son interesantes por referirse a esquizofrenia. Los esquizofrénicos, en efecto, no tienen cuadro bioeléctrico típico (hasta ahora), pero el autor interpreta las variaciones (curvas normales, curvas anárquicas y otras) con fines pronósticos, apreciaciones sobre la evolución y existencia de desórdenes funcionales

u orgánicos. Esto es evidente, todo ello muy útil.

El Dr. Castillejos, como dijimos en el número anterior de esta Revista, va al Instituto of Living, de Hartford, Connecticut.

PENICILINA EN NEUROPSIQUIATRIA

En la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno se están aplicando actualmente tratamientos con penicilina por vía intramuscular e intravenosa, y de manera especial para la neurosífilis por vía intratecal. Cuando sea oportuno serán publicados los trabajos de exposición para agregar el resultado de estas labores a la estadística científica que se está haciendo.

PSIQUIATRA MEXICANO A PANAMA

El Dr. Hugo del Bosque, médico de la Clínica del Dr. Samuel Ramírez Moreno, pasará a ocupar un cargo en el frenocomio de Panamá, como colaborador del Dr. Héctor Ugarte, quien también fue enviado por gestiones del Dr. Ramírez Moreno a la República hermana con fines de cooperación interamericana.

NECESIDAD DE LA ENSEÑANZA PSIQUIATRICA EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA

La higiene mental y la psiquiatría han ido adquiriendo importancia a medida que los conocimientos de medicina y sociología avanzan y a medida que el número de enfermos mentales aumenta. Esto ha repercutido en la instrucción universitaria, y afortunadamente ya se imparte, de manera oficial, la enseñanza de la higiene mental y de la psiquiatría en diversas Escuelas y Facultades.

En México hacen labor de higiene mental, aunque a veces indirectamente o sin saberlo, entre otras personas de diversos sectores, las trabajadoras sociales y las enfermeras visitadoras.

A pesar de que todos los enfermos, de cualquier padecimiento, presentan siempre alteraciones psíquicas, los textos de enfermería general omiten o apenas mencionan algunos aspectos relativos a la mentalidad de los enfermos y omiten o pasan superficialmente los capítulos relacionados con las enfermedades del sistema nervioso, especialmente con las llamadas enfermedades mentales propiamente dichas.

En la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina y Ciencias Biológicas de nuestra Universidad, ya se está llenando, desde hace cuatro años, la necesidad de cubrir una cátedra de higiene mental y enfermería psiquiátrica. Existen cursos semestrales, teórico-prácticos, que se dan a las alumnas del Hospital Juárez y del Hospital General en los lugares adecuados para que estén en contacto con la realidad; sin pretender hacerlas especialistas en la asistencia a enfermos mentales, se les dan lecciones fundamentales que les permiten llenar su papel de colaboradoras en el plan general de la higiene mental y para que puedan ocupar cargos en establecimientos donde antes no tenían cabida más que personas impreparadas.

La necesidad de que esta asignatura se llene con formalidad de manera definitiva, no sólo atañe a los enfermos. Incumbe también a las enfermeras, porque así tienen más fuentes de trabajo profesional, en lo particular y en clínicas, sanatorios y frenocomios.

Ya en 1930 se daban en el Manicomio General tres cursos de un año cada uno para los vigilantes y las enfermeras, pues allí la amplitud de la enseñanza se debía a que los alumnos ya estaban verdaderamente en plan de especialización y porque la heterogeneidad de los grupos requería que muchos comenzaran desde adquirir nociones de materias que las alumnas universitarias que estudian enfermería ya han cursado. Otros cursos de capacitación y

adiestramiento se han llevado a cabo en una Clínica Neuro-Psiquiátrica particular.

Dado que algunos enfermos mentales requieren atención y asistencia por hombres, sería conveniente que estudiaran enfermería también alumnos del sexo masculino. Sin embargo, no es indispensable, pues auxiliares debidamente adiestrados bastarían, como de hecho está sucediendo, para completar la labor de las enfermeras en esta clase de asistencia médica y social.

Existen libros dedicados exclusivamente a enfermería psiquiátrica, donde pueden las alumnas universitarias ampliar sus conocimientos de higiene mental y asistencia a enfermos mentales, o utilizarlos como obras de consulta. Para una enfermera con estudios generales de asistencia a enfermos de medicina y de cirugía, basta con un curso como el que actualmente se da, en el cual se completan las nociones de anatomía y fisiología del sistema nervioso y se da enseñanza teórica y práctica acerca de los distintos aspectos de los enfermos mentales y de los establecimientos donde éstos son atendidos, pues ofrecen particularidades que los hacen totalmente diferentes a otros hospitales y sanatorios. Actualmente se les explica también a las alumnas el aspecto extra-sanatorial, el problema de la prevención y tratamiento de la psicosis de guerra y, en fin, todo lo que pueda interesar a la enfermera en las circunstancias emergentes del momento, sin perder de vista el ambiente especial de México y procurando tomar en consideración las condiciones que probablemente prevalecerán en el futuro próximo o inmediato.

Es, pues, una necesidad permanente, la enseñanza de la psiquiatría, para las personas que ejercen los trabajos de enfermería, y es tan importante como la enseñanza de puericultura, anestesia, dietética, sanidad y otras ramas que, lejos de ser verdaderas especialidades, constituyen partes integrantes de la profesión tan noble e interesante de la enfermería, por ser la asistencia más directa y continuada cerca del enfermo y la labor auxiliar más valiosa para el médico. Una enfermera general puede ser movilizada y debe estar apta para prestar sus servicios ante cualquier clase de enfermo, sin exceptuar ya al enfermo mental, y en cualquier establecimiento sin exceptuar ya al hospital psiquiátrico.

El más grande hospital psiquiátrico de México, el Manicomio de la Castañeda, que actualmente tiene cerca de 3,500 enfermos, fué inaugurado en el año de 1910, con motivo de la celebración de la Independencia de México.

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

POR EL

Stovarsol

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

PRESENTACIÓN

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS a 0.25
FRASCOS DE 70
COMPRIMIDOS a 0.05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS a 0.01

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

Reg. N° 10249-D S.P.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DREVILLE

Dr. ROBERTO F. CEJUDO

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli N° 85.

Tels.: 13-34-50 y L-43-74

Dr. TEODORO FLORES COVARRUBIAS

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

Génova N° 39.

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

Dr. JOSE TORRES TORIJA

Av. Madero N° 66.

Tels.: 12-45-48 y J-11-33

Dr. GUIDO TORRES MARTINEZ

RAYOS X — TERAPIA PROFUNDA — ELECTROPIREXIA

Londres N° 13.

Tels.: 14-65-66 y L-72-68

LABORATORIO MEDICO DEL

Dr. ALBERTO LEZAMA

Regina N° 7.

Tels.: 12-60-02 y J-33-06

INTERNADO BINET CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15 Eric. Local, 140 Mex. Local, 44 Tlalpan, D. F.

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

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora *Lilia Alfaro Vega*.

PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: *Dr. Francisco Núñez Chávez.*

Neurología: *Dr. Francisco Elizarrarás G.*

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

Oftalmología: *Dr. José Carlos Fernández McGregor.*

Odontología: *Dr. Enrique Encinas Vélez.*

Pediatría: *Dr. Jorge Muñoz Turnbull.*

Cirugía niños: *Dr. Roberto Portillo Gómez.*

Laboratorio: *Dr. Alberto Lezama.*

Laboratorio Psicotecnia: *Profa. Soledad Craíl Reyes.*

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

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

Laura Alva Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

NEUROTONINE

Registro N° 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.

HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

LABORATORIOS "GAVRAS"

Antonio Sola N° 58.

MEXICO, D. F.

Clínica Neuropsiquiátrica

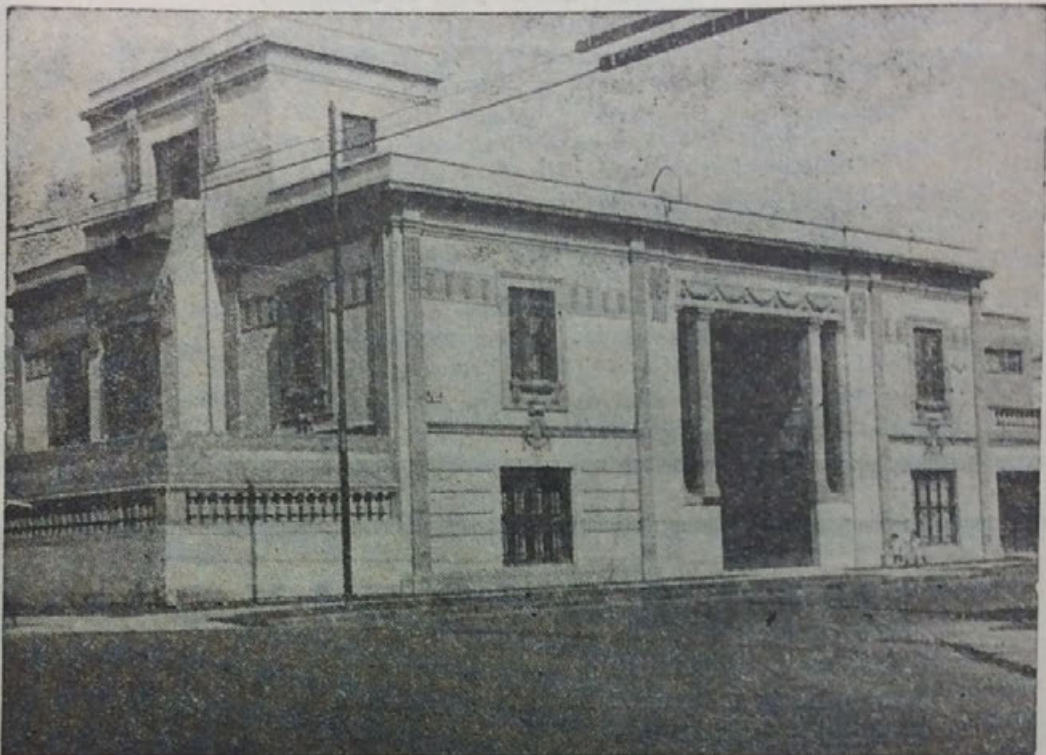
"Dr. Samuel Ramírez Moreno"

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova N° 39

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

México, D. F.



DIAGNOSTICOS CLINICOS, ESTUDIOS DE GABINETE
Y LABORATORIO, TRATAMIENTOS ESPECIALES

DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

Médico Ayudante: *Dr. Héctor Armella.*

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

Neurocirugía: *Dr. Manuel Velasco Suárez.*

Laboratorio médico: *Dr. Alberto Lezama.*

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

Electropirexia: *Dr. Guido Torres Martínez.*

Hematología y transfusiones: *Dr. Roberto F. Cejudo.*

Oftalmología: *Dr. Luis Sánchez Bulnes.*

Odontología: *Dr. Manuel Villalpando Moreno.*

Metabolismo basal: *Dr. Luis Gaytán.*

Masoterapia: *Prof. Heliodoro Maldonado.*

Clínica Neuropsiquiátrica

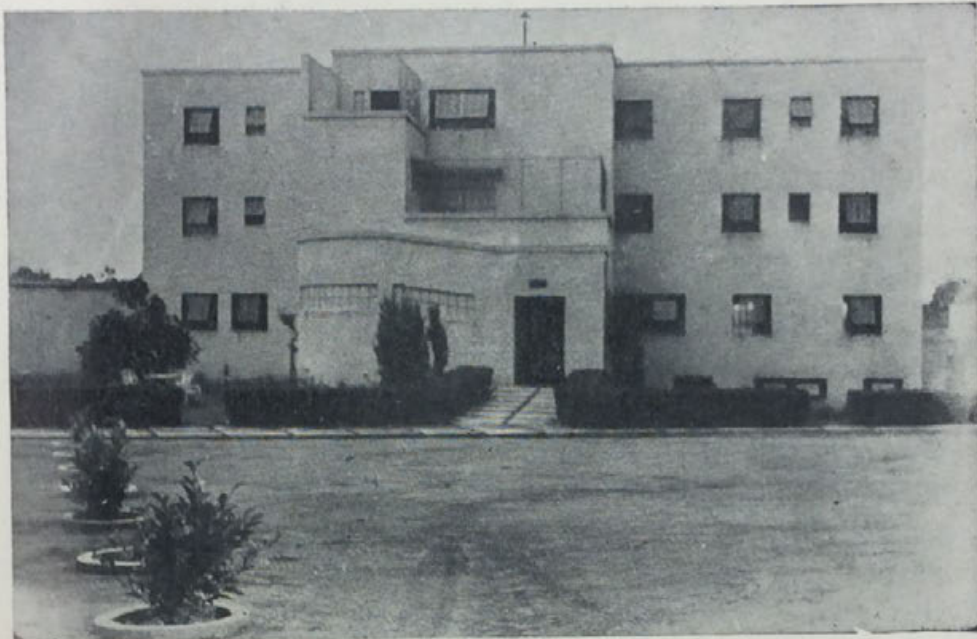
"Dr. Samuel Ramírez Moreno"

SANATORIO PARA ENFERMOS MENTALES Y NERVIOSOS

Av. México 10.

Axotla, Villa Obregón, D. F.

Teléfonos: 15-59-59 y F-06-50



DIRECTOR:

DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO

JEFE DEL SERVICIO NEUROPSIQUIATRICO:

DR. JUAN PEON DEL VALLE

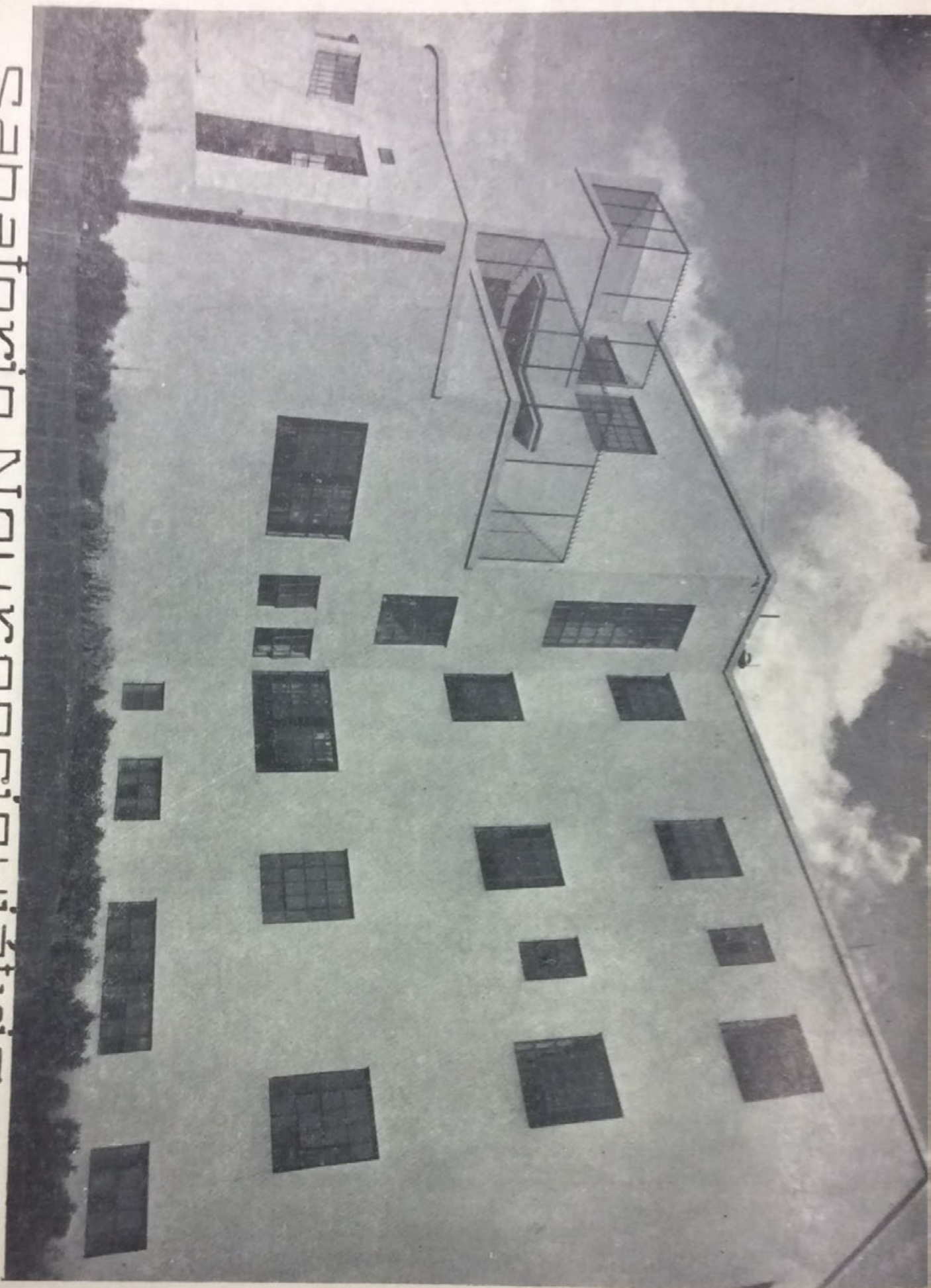
MEDICO INTERNO:

DR. HUGO DEL BOSQUE

PRACTICANTES:

ROBERTO MOULUN y O. LEON CAMELO

TODO EL PERSONAL ESPECIALIZADO



Sanatorio Neuropsiquiátrico "
Dr Samuel Ramirez Moreno"