

1 ABCESO CEREBRAL

MEMORIA

Presentada para optar al grado de

Museo Nacional de Medicina

Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

JUAN RAVENNA BERISSO



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA SAN BUENAVENTURA

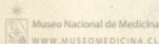
CALLE SAN FRANCISCO, NÚM. 1-A

1897



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



PRÓLOGO

Museo Nacional de Medicina

Uno de los capítulos de Patología que sólo hace 20 á 30 años comienza á progresar mediante los esfuerzos de los cirujanos ingleses, es el referente á las afecciones cerebrales; efectivamente, poseemos monografías brillantes sobre las inflamaciones cerebrales en las diferentes edades de la vida, sobre la meningitis cerebro-espinal, sobre la tuberculosis meníngeas y en fin sobre todas las afecciones agudas, crónicas y neoformaciones cerebrales.

A los trabajos realizados por la escuela inglesa, vienen á agregarse en los últimos años los considerables adelantos que ha alcanzado la escuela alemana en el terreno anatómo-patológico.

De los capítulos de patología cerebral el mejor estudiado en los últimos tiempos en su etiología y tratamiento es el de los abcesos cerebrales.

Si tratamos de darnos cuenta el porqué una afección tan interesante ha demorado tanto en ser perfectamente conocida y estudiada, entonces se ve que el abceso cerebral no es una afección frecuente y que aun médicos que han practicado largos años en los hospitales, encuentran sólo un escaso número; así el profesor Lebert en su trabajo no publica más que cinco observaciones propias.

Por desgracia, en nuestro país, si bien es cierto que se han presentado los abcesos con relativa frecuencia, aún no se han reunido estas observaciones, para que así tomadas en conjunto pudieran servir de base para estudios posteriores.

Es este el móvil que nos ha guiado al emprender esta tesis





— 4 —

y esperamos que la honorable comisión sabrá sobreponer el interés del tema á las deficiencias del presente trabajo.

Solamente hemos podido reunir 8 observaciones detalladas de las cuales 6 han sido tomadas personalmente por nosotros.

Antes de entrar á esponer las observaciones, creemos de utilidad la descripción suscita de los absesos cerebrales.

*
* *

El estudio de estos absesos presenta antes que todo un interés anatómico con relación al sitio, á la organización, á la limitación, á la encapsulación de los exudados, á las comunicaciones anormales y al estado de los tejidos circunvecinos; en una palabra, la influencia sobre la estructura del cerebro en su totalidad.

No menos interesante es la apreciación clínica de los síntomas con relación á su gran variabilidad y á su marcha latente; sin embargo, en este aparente caos se puede encontrar un guía por medio de la agrupación de las diferentes formas en tipos determinados, que correspondan, ya á la marcha rápida ó lenta, ó que descansen por medio de diferentes combinaciones sobre una inflamación aguda ó crónica ó sobre una influencia especial de los procesos traumáticos; ó sobre el origen de los absesos en la caries de los huesos del cráneo, ó sobre procesos metastáticos en afecciones piohémicas.

RESEÑA HISTÓRICA

Vamos á resumir en pocas palabras el estudio del desarrollo de nuestros conocimientos sobre los absesos cerebrales.

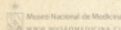
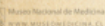
La primera observación data del año 1533 en que fué publicada por Massa en sus escritos anatómicos; esta relación trae dos casos de absesos en el hemisferio cerebral derecho y cerebello.

En el siglo XVI, Bauhain comunica un caso en el hemisferio derecho.

Para tener una idea de la escasez de las observaciones antiguas, diremos que Bonetus en su famoso Sepulcretum, sólo



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



menciona cuatro casos, de los cuales uno pertenece á Bauhain, el segundo á Borrichius, el tercero al cirujano jenovés Balli y el cuarto al cirujano Sponius.

La idea de que los abscesos cerebrales se abren camino á través del oído, es debida á Bonetus.

En el siglo XVIII, sólo encontramos muy pocos casos interesantes. En el año 1762 el cirujano alemán Brandsor, comunica un caso de absceso encapsulado del hemisferio derecho. Morgagni ha sido citado muchas veces cuando se trata de la relación entre las supuraciones cerebrales y las otorreas, sin embargo, en sus cartas sólo se encuentra un caso auténtico de absceso cerebral. Entre las observaciones aisladas de Portal, Kuesney, Brochaska y Coutard, es especialmente interesante la del segundo; se trata de un niño que había sufrido una caída sobre el parietal izquierdo; se hizo la trepanación y los síntomas cerebrales desaparecen durante 28 días, luego se presentan movimientos convulsivos, parálisis completa del lado derecho, sopor y pérdida del conocimiento; se incindió la duramadre que estaba sana, pero ir más adelante no se le permitió; en la autopsia se le encontró un absceso cerebral tres ó cuatro dedos más adentro de la incisión.

En la obra de Stoll, encontramos cuatro observaciones propias, tres tienen su sitio en el cerebelo y una en el cerebro; ya este autor llama la atención sobre la diferencia entre las dos formas, de las cuales una se acompaña de manifestaciones meningíticas y otra, nó. Uno de los casos á que se refiere, cuya autopsia se hizo el 6 de Abril de 1762, presentaba un absceso del cerebelo, otro en la región del peñasco y una tercera colección purulenta en el seno lateral; el pus tomaba también la médula oblongada. No menos interesante es la observación que sigue y que se refiere á un sastre de 16 años de edad que tenía durante mucho tiempo otorrea y que sucumbió rápidamente en medio de fenómenos meningíticos: en este caso se encontró una caries del peñasco derecho con comunicación al oído externo; además había pus alrededor del cerebelo y en los ventrículos.

Dos casos importantes se encuentran en los anales de la Clínica Ambulatoria de Halle, de los cuales uno se refiere á



un absceso encapsulado del cerebello con caries concomitante de la caja del tímpano, con pérdida de los huesecillos del oído medio y destrucción del tímpano. El segundo caso es interesante porque además de las manifestaciones cerebrales de la otitis interna, presentaba un tumor poliposo de coloración roja y de aspecto esponjoso que pasaba de la caja del tímpano al conducto auditivo, tumor que desapareció cuando el enfermo sanó.

En dos observaciones alemanas de las cuales una se encuentra en los archivos de Horn y la otra en los anales de Rust en el año 1830, se encuentra en una de ellas una comunicación de un foco purulento con los ventrículos.

El caso comunicado en 1832 por Fischer, merece mención especial y el absceso cerebral no sólo comunicaba con los ventrículos, sino que presentaba además otra comunicación con un absceso de la órbita.

Pero de un interés especial es el caso comunicado por Virchow, en el cual un absceso cerebral consecutivo á una otitis interna que había sido producida por un colesteatoma desarrollado en el peñasco.

De los autores ingleses, tenemos las observaciones antiguas de Bateman, Parchinson, O'briend y la de Brodie que presentaba una comunicación entre el absceso y la parte cariada del peñasco. Entre las modernas encontramos la comunicación de Benett que halló abscesos múltiples en el cerebello y que dio datos histológicos muy interesantes. Muy instructiva es una comunicación de Heslop en 1848, respecto á un caso en el cual el absceso se encontraba en el centro de la glándula pituitaria; un caso semejante se cita en la Clínica Médica de Andral; otro en el trabajo de Rayer sobre el cáncer de esta glándula, así como una descripción de los abscesos de esta glándula en el manual de Anatomía Patológica de Rokitsanski.

Por último daremos á conocer un caso de Detmold del año 1851. Se trata de un hombre de 46 años de edad, al cual se le estrajeron tres esquirlas del cráneo después de una fractura de dos meses de data, después de lo cual se abre un absceso de la superficie del cerebro; los síntomas cerebrales desaparecen, pero después de algunas semanas se presentan de nuevo y se





abre nuevamente un absceso del cerebro (aún el autor pretende haber llegado con el bisturí hasta los ventrículos laterales). Por último cuatro y medio meses más tarde, se abre otra vez un absceso y el enfermo muere en la misma tarde; en la autopsia se encuentran ambos ventrículos laterales llenos de pus, el cuerno anterior del fornix había sido herido en el corte. (Esta observación contiene hechos tan increíbles que es muy posible se haya exagerado algo.)

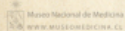
Llegamos á la literatura francesa que nos presenta muchos casos. En la obra de Broussais sobre Inflammaciones Crónicas se encuentra un par de casos interesantes; el primero de ellos es el muchas veces citado caso del capitán Tavernier y que era considerado por muchos como una prueba de que las perturbaciones mentales, pueden producir supuraciones cerebrales; pero aquí probablemente el cerebro estaba ya profundamente perturbado, cuando el enfermo tuvo dos ataques apoplectiformes después de haber recibido noticias desagradables. El mismo Lallemand cita también este caso como prueba de que los absesos cerebrales pueden curar, pues la parte correspondiente del cerebro se había retraído.

Mencionaremos las palabras textuales de Broussais: «El hemisferio izquierdo está resblandecido y hundido en su parte media. Se encuentran en él varios focos purulentos que comunican entre sí, sin insinuarse entre las circunvoluciones. Las paredes de los focos son grises, desiguales, cubiertas de una secreción purulenta, más bien hundida que destendidas como si el pus hubiese sido reabsorbido en parte.»

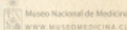
En las obras de Lallemand y Abererombier, se encuentra una cantidad no despreciable de observaciones que son consideradas como supuraciones cerebrales y que tal vez no son sino resblandecimientos parecidos á las supuraciones, pues estos resblandecimientos han sido conocidos sólo últimamente. Como resblandecimiento también puede considerarse la observación de Broussais anteriormente mencionada; efectivamente, tres meses antes de la muerte del enfermo éste recibe una noticia desagradable, se queda inmóvil y presenta una parálisis de la mitad derecha de la cara, acompañada al cabo de dos días de una hemiplejía derecha. Luego sobreviene delirio y



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

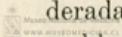


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

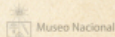


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

mejoría notable; recibe nuevamente otra mala noticia, tiene un ataque apoplectiforme y muere tres días después. Como se vé, es esta una de las formas que con más frecuencia presenta el resblandecimiento.

En las obras de Itard, sobre afecciones del oído, se encuentran algunas observaciones aisladas de valor sobre abscesos cerebrales consecutivos á otitis interna. Las alteraciones del oído interno, están descritas con más ó menos exactitud, sin embargo reina un criterio no muy seguro sobre la relación entre las afecciones auditivas y los abscesos cerebrales.

Uno de los autores que nos ha dado datos más exactos, es Andral, el cual en su Clínica Médica (tomo V) nos ofrece tres observaciones; en la primera se trata de un absceso de la glándula pituitaria; en la segunda, varios focos purulentos, comunicando entre sí los trayectos fistulosos; la tercera es un absceso del cerebello.

La mejor descripción de los abscesos cerebrales es la de Calmeis, que se encuentra en el tomo XI del Diccionario de Medicina.

En los Boletines de la Sociedad Anatómica, hay cuatro observaciones de Coritour, Saint-Laurent, Labric y Caron.

También existen observaciones de Rennes, Breshet, Martin, Broussais, Sédillot, Durand, Fardes y Dubiez.

Para no hacer más estensa esta reseña, omitimos mencionar las observaciones de los últimos tiempos, por cuanto ellas se encuentran repartidas en las diversas revistas científicas.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

El sexo masculino tiene una predisposición especial para la enfermedad. Así en las 80 observaciones que se encuentran en la Monografía de Lebert, hay 53 hombres, 24 mujeres y tres niños. La afección se presenta en todas las edades de la vida, pero con especial frecuencia de la pubertad hasta el principio de la involución. En las 80 observaciones mencionadas, la edad sólo se indica en 67 y en la forma siguiente:



1 á 5 años.....	4 casos	45 á 50 años... ..	1 caso
5 á 10 »	2 »	50 á 55 »	1 »
10 á 15 »	4 »	56 á 60 »	3 »
15 á 20 »	11 »	60 á 65 »	2 »
20 á 25 »	8 »	65 á 70 »	2 »
25 á 30 »	10 »	70 á 75 »	1 »
30 á 35 »	5 »		
35 á 40 »	8 »		
40 á 45 »	5 »		
			67

Esta enfermedad puede ser primitiva ó secundaria; en este último caso puede ser debida: 1.º ó bien á una supuración de los órganos y de los huesos vecinos al cerebro, vr. gr. á la supuración del ojo (oftalmia purulenta), á supuraciones de las fosas nasales (rinitis supurada), caries de los huesos del cráneo, etc., la más frecuente de todas estas causas es la supuración de la caja del tímpano, (otitis media) que se presenta en la cuarta parte de los casos.

En otros casos es un accidente banal, un golpe de la oreja por ejemplo, una faringitis, la ablación de un diente la que determina la hinchazón de la mucosa del oído que se opone á la libre salida del pus, éste no pudiendo vaciarse hacia fuera, sea por el conducto auditivo externo ó por la trompa de Eustaquio, penetra por orificios que á veces se encuentran normalmente en la pared superior de la caja del tímpano, provoca una paquimeningitis externa y rota la meníngea, el pus penetra en la superficie del cerebro y produce una meningitis, una encefalitis, ó una meningo-encefalitis.

En otros casos la inflamación se propaga por contigüidad, en otros, por fin hay un espacio sano entre la lesión periférica y el absceso situado en el espesor del cerebro, es esto lo que se llama un «absceso á distancia», debido al transporte de los gérmenes ó por las venas ó por los linfáticos.

2.º Otra causa frecuente de esta afección es el traumatismo con ó sin fractura de los huesos del cráneo, una simple contusión puede provocarlo y los fenómenos de la encefalitis pueden seguir inmediatamente á la lesión craneana ó pueden desarrollarse mucho tiempo después de la curación del traumatismo. Los progresos de la cirugía moderna, van disminuyendo cada día más la importancia de este factor etiológico.



3.º Un absceso cerebral puede deber su origen á supuraciones de otras partes del cuerpo situadas á veces á gran distancia, por ejemplo, bronquitis pútridas, pneumonia crónica ó aguda, gangrena pulmonar, ó bien una endocarditis ulcerosa ó una piohemia puede servir de punto de partida.

Es curioso que en la fiebre tifoidea tan abundante en complicaciones inflamatorias, no se haya observado ningún caso de absceso cerebral.

Los casos en que el absceso cerebral se ha desarrollado de una manera espontánea, han sido puestos en duda ó atribuidos á enfermedades infecciosas; por fin pueden aún ser debidos á focos resblandecidos de tubérculos ó de gomas.

En cuanto á los micro-organismos que producen el absceso cerebral de origen ótico, es un punto poco conocido.

Barker cree que la diferencia de calidad y condiciones del absceso (encapsulado, libre, sin olor ó fétido) están subordinados á la naturaleza del agente infeccioso.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Ante todo, debemos decir algo sobre el número y el sitio de los absesos.

El número es variable; de ordinario único, pero se han encontrado hasta trece; la multiplicidad de los focos es especialmente frecuente en los absesos metastáticos y piohémicos. Cuando existen focos múltiples, entonces se presentan diversas combinaciones respecto á su sitio, especialmente entre ambos hemisferios cerebrales, así como entre un hemisferio y el cerebelo.

Generalmente los absesos cerebrales son raros en la superficie de la sustancia gris, limitándose casi siempre á la sustancia medular ó partiendo de esta, sólo se desarrollan después hacia la superficie; es curioso que siendo la sustancia gris mucho más vascular que la blanca, no se presente en la primera la formación de pus, sino que la terminación más frecuente es el resblandecimiento.

Taynbée ha dado como regla que, en general, la otitis media da origen á absesos en el cerebro; la otitis externa á absesos en el cerebelo y la otitis laberíntica á absesos en el bulbo.





El absceso en la inmensa mayoría de los casos está situado en el mismo lado de la otitis que lo ha producido, pero hay casos en que el absceso se encuentra en el lado opuesto. Lo mismo puede también encontrarse en los de origen traumáticos, sobre todos á los que son debidos á una contusión del **cerebro.**

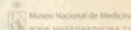


Los absesos debidos al transporte de gérmenes á distancia por las vías sanguíneas, se encuentran situados de ordinario en el lado izquierdo, lo que es debido á la disposición anatómica de los gruesos vasos que salen del cayado aórtico; esto mismo explica que las embolias cerebrales sean más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho.



En los 80 casos de Lebert encontramos el sitio de los absesos en las siguientes formas:

En el hemisferio izquierdo.	23
En el hemisferio derecho.	18
En los cuernos laterales	2
En el cerebelo	12
En la pituitaria	2
En la médula oblongada	1
Abcesos múltiples distribuidos en diferentes partes del cerebro	22

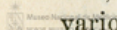


80

El tamaño varía entre un grano de alpiste y un huevo de gallina.



Respecto á las medidas, oscilan entre dos y cinco centímetros, alcanzan sin embargo á siete y aún más. Cuando existen varios absesos, su tamaño es diferente, pero cuando están bien encapsulados son casi siempre del mismo volumen.



La cantidad de pus contenido, oscila entre algunos gramos y treinta ó sesenta, es una excepción que alcance de noventa á ciento veinte.



También existen ciertas leyes sobre la formación de los absesos, siempre que la afección haya durado algún tiempo. Desde el principio la supuración es circunscrita, pero al rededor de la colección purulenta existe una infiltración purulenta de forma



indeterminada, algunas veces en zic-zag, con fusiones tanto mayores cuanto que el tejido vecino está más resblandecido. Se observa principalmente esta limitación indeterminada y desigual en los procesos metastáticos y especialmente cuando la afección se ha desarrollado con rapidez sin un período de latencia anterior. Posteriormente se circunscribe más y más la cavidad purulenta y veremos luego al hablar de la encapsulación, que existen leyes determinadas con respecto al tiempo y á su duración. Con el tiempo, la forma tiene tendencia á redondearse y aún en la mayoría de los casos toma la forma de un huevo.

El contenido de la cavidad es una masa de pus amarillo, más ó menos líquido, unas veces sin olor y otras muy fétido, coincidiendo entonces comunmente con un color verdoso, rara vez se presenta mezclado con sangre, lo que llama tanto más la atención, cuanto que en las membranas de envoltura, muy vasculares, no son raras las equimosis.

Algunas veces el pus tiene una consistencia filante y viscosa. Lallemand se dió el raro placer de probar en un caso el pus, que encontró naturalmente salado. Algunas veces se encuentra en el pus coágulos fibrinosos y en su pared interna verdadera pseudo membrana. En la investigación microscópica del pus se encuentra un gran número de células nucleadas típicas, especialmente cuando el foco es antiguo. Mucha de las células de pus presentan una infiltración granulosa clara y con gotitas de grasa en su interior.

De un interés especial son las paredes limitantes y principalmente la encapsulación de los abscesos que se desarrollan, cuando éste ha durado ya algún tiempo. En un principio el tejido cerebral infiltrado de pus, forma el límite más próximo á la colección purulenta; más allá, sigue una capa resblandecida que en los casos de supuraciones recientes presenta una coloración rojiza y una inyección vascular.

Si se encuentra una cápsula bien organizada, aún cuando los síntomas cerebrales hayan sido de duración corta, se puede estar casi seguro de que la afección ha presentado durante algún tiempo una marcha latente, pues veremos luego que la cápsula sólo ofrece cierta solidez después de un tiempo determinado.





Por el contrario, la encapsulación falta por completo, cuando la formación purulenta es la consecuencia de una piohemia ó cuando ha tenido una marcha muy aguda.

Lo que primero se observa es una limitación más ó menos determinada del absceso. Una parte de la región antes infiltrada con pus, sufre un proceso de resblandecimiento y en la región limítrofe se forma un exudado más plástico, una expansión en forma de membrana de consistencia fibro-albuminosa que progresivamente aumenta en espesor y solidez y alcanza así hasta $\frac{1}{2}$, 1 aún después 2, 3 y aún 4 milímetros. Poco á poco penetran vasitos en esta membrana de nueva formación.

En la membrana misma, no sólo se presenta una estructura celular, sino que también después se ven con claridad elementos celulares jóvenes, especialmente de naturaleza fibro-plástica.

En algunos casos tienen las membranas limitantes más gruesas una disposición extratificada, dejándose separar en laminillas. Poco á poco esta cápsula se pone tan firme y gruesa que se la puede sacar intacta del tejido circunvecino, relativamente blando. El interior de la cavidad es de un aspecto liso ó más ó menos irregular. La pared puede tener una dureza extraordinaria, pero la transformación calcárea que se observa en los quistes antiguos, sólo se presenta aquí raramente. Esta membrana tan vascular no tiene tendencia á la retracción, ni á la formación cicatricial, con espesamiento ó calcificación del contenido.

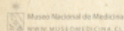
Quando se encuentran abscesos múltiples del cerebro, entonces generalmente no todos son encapsulados. Para dar una idea de la tendencia que hay á la encapsulación, vemos que en cuarenta y tres casos de las ochenta observaciones, ellas se presentaban.

Como es de suma importancia determinar la duración de la enfermedad, especialmente en los casos médicos-legales, tendremos que decir algo sobre la relación entre la encapsulación y la duración de la afección. Lallemand sostiene que la membrana limitante se puede presentar ya al décimo tercio día, pero en general se puede decir que la duración entre el principio de la enfermedad y la encapsulación, es de 2, 3 á 4 semanas; algunas veces, se suele presentar á los 2 y aún á los 3 meses.



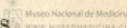
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



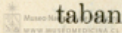
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



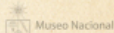
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



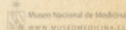
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cuando la afección ha durado cierto tiempo, existe cierta tendencia al establecimiento de comunicaciones, por irrupción del absceso á otras regiones y este hecho puede reconocer varias causas. Ante todo, predispone la región del absceso, así como cuando este está separado de las cavidades laterales por una capa delgada de tejido que puede inflamarse ó resblandecerse, de tal manera, que el absceso se hunde en esa parte en forma de fondo de saco, se ulcera y hace irrupción por último. Otro causante de la irrupción, es el hecho, de que la cantidad de pus aumente en un espacio ya limitado por la encapsulación; esto sucede especialmente en los casos de marcha rápida, cuando la pared aún no es muy sólida. También puede inflamarse y resblandecerse de tal manera la sustancia medular hacia la superficie, que se establece una irrupción hacia fuera que generalmente pone en comunicación el foco purulento con otra supuración que parte del hueso, caries del peñasco, de la órbita, etc.

En la irrupción á los ventrículos laterales se presentan diferentes eventualidades: si ha pasado poco pus, entonces se acumula en el cuerno posterior de uno de los ventrículos laterales; generalmente se presenta entonces una inflamación purulenta del epéndimo y sólo así se puede explicar como en algunas observaciones se encuentra una cantidad tan notable de pus en los ventrículos.

No sólo se perfora el tabique pelúcidum, sino que también se encuentran llenos de pus, el tercero y cuarto ventrículos. Si en estas condiciones se examina con atención las paredes de los ventrículos, se encuentra el epéndimo engrosado, con inyección vascular considerable, de un aspecto puntuado y una coloración rojiza; también existen en él pequeñas equimosis y en la sustancia cerebral más próxima se encuentran huellas innegables bajo la forma de pequeños foquitos inflamatorios ó de resblandecimiento rojo.

Relativamente más rara que la irrupción á los ventrículos es la que se establece hacia el oído y hacia la órbita. En un caso de Brodie se encontraba en el hemisferio izquierdo un absceso enquistado de tres pulgadas de espesor que reposaba por su cara inferior sobre el peñasco y que, por medio de un

trayecto fistuloso corto que perforaba la dura-madre, se ponía en comunicación con el peñasco y el oído externo. Un caso semejante describe Stoll en que un absceso del cerebello comunicaba con el peñasco cariado.

Si echamos una ojeada sobre las otras alteraciones cerebrales, se encuentra con frecuencia una acumulación de serum en los ventrículos, en uno ó en ambos lados. La cantidad oscila entre 30 y 120 gramos. En algunos casos se encuentra un aumento del líquido sub-aracnoides; raramente está el serum mezclado con sangre. La hidropesía ó la supuración de los ventrículos traen generalmente consigo un resblandecimiento central, con destrucción del tabique y hundimiento de la bóveda.

En la sustancia cerebral sana que rodea el absceso, están las circunvoluciones aplanadas, la sustancia en conjunto se encuentra un poco solevantada y toda la región presenta no raras veces fluctuación.

Las meníngeas han perdido su brillo, están en ese punto muy secas, adheridas entre sí ó con el cerebro, ó también con la parte correspondiente del hueso. La meningitis supurada es rara, pero se suele observar cuando el punto de partida del absceso ha sido una caries del peñasco.

La sustancia cerebral que rodea el absceso está más ó menos resblandecida, si la afección es reciente, se encuentra un resblandecimiento inflamatorio rojo, al cual sucede luego una zona de resblandecimiento amarillo que se va extendiendo gradualmente. En los focos encapsulados de mucho tiempo se encuentra más bien un resblandecimiento jelatiniforme con coloración gris amarillenta ó gris blanquiza.

La zona resblandecida de los alrededores del absceso puede oscilar entre medio y varios centímetros.

Por lo que respecta á las regiones más distanciadas, ya hemos hablado de las meningitis que no sólo se encuentra en las partes más vecinas sino que también á gran distancia.

Los huesos se encuentran afectados en muchos casos, ya sea á consecuencia de un traumatismo, fractura ó sea caries traumática ó necrosis, pero con mucho mayor frecuencia se presenta aquí la caries del peñasco. La caries se puede encon-



trar especialmente en la caja del tímpano ó en los alrededores, y también en el laberinto. Es de mucha importancia para la sintomatología, saber si los canales que dan paso á los nervios, están ó nó afectados.

Nos queda que mencionar por último, las alteraciones de otros órganos en los enfermos de abscesos cerebrales. En casos raros, se ha encontrado indurada la parte inferior y posterior de la médula. Si el absceso ha durado mucho tiempo, entonces el cuerpo enflaquece, y este enflaquecimiento se pronuncia mucho más, cuando la piohemia sigue el absceso.

En la sangre no se encuentran alteraciones constantes; en ella se presenta con más frecuencia la liquefacción que la coagulación.

Los órganos respiratorios sólo se afectan en los casos de piohemia y así, se han encontrado pleuresias purulentas y hemorrágicas, y aún abscesos metastáticos.

Si reasumimos en pocas palabras lo anteriormente dicho, entonces vemos, que el absceso cerebral, es al principio circunscrito, pero no encapsulado, que posteriormente se forma una verdadera cápsula que no lleva á la curación sino que apresura la muerte, porque la vascularización de las paredes de la cápsula, aumenta el exudado purulento y de consiguiente la presión. Esta muerte puede ser también producida por las irupciones más variadas, pero especialmente en los ventrículos laterales. Las regiones vecinas están frecuentemente resblan decidias. En los ventrículos laterales se encuentra un derrame seroso aún cuando la pared esté intacta.

SINTOMATOLOGÍA

Los abscesos cerebrales se desarrollan, ya sea en el curso de un estado de salud perfecta, ú ofrecen en la anamnesis, afecciones que están en relación con la lesión cerebral.

La sintomatología es extremadamente variable. Tillaux cita un caso que tuvo ocasión de seguir en la clínica de Gosselin, y que se refiere á un individuo de oficio carretero, que murió de repente al día siguiente de su ingreso al hospital, al que había entrado con el objeto de descansar algunos días; en la

autopsia se encontró un vasto abceso en uno de los lóbulos cerebrales.

En general los síntomas dependen del sitio en que se ha desarrollado el abceso, lo que se deduce de las localizaciones cerebrales. A la aparición de la encefalitis que comunmente es secundaria, ha tenido que precederla una de las afecciones que pueden provocarla, lo que hay que tener muy en cuenta para el diagnóstico.

Cuando la encefalitis se desarrolla, vemos aparecer de ordinario un grupo de fenómenos que han sido considerados como los síntomas del período prodromico y que constituye la faz inicial latente de la afección que se presenta en la gran mayoría de los casos. Entre estos fenómenos iniciales tenemos en primer lugar la *cefalea*, que es continua, de ordinario generalizada, con exasperaciones nocturnas incensantes, pero presentando un punto máximo de dolor que es siempre el mismo. Esta cefalea aparece á veces súbitamente y de una manera violenta, y muchas veces constituye el único síntoma constante.

Según el sitio del abceso puede ser general, ó sólo limitada á una mitad de la cabeza.

En segundo lugar tenemos los *vértigos*, que se presentan en una cuarta parte de los casos y varían mucho en su intensidad, desde ligeros desvanecimientos, hasta un vértigo intenso que provoca la caída; este vértigo con frecuencia se acompaña de náuseas, vómitos y zumbidos de oídos.

Las facultades intelectuales están poco y pasajeramente perturbadas y sólo presentan una alteración seria al fin de la afección. La memoria disminuye.

En algunos casos se observan verdaderos delirios que se presentan en los casos agudos, pero que rara vez son duraderos y que sólo se acompañan de gritos y movimientos desordenados cuando la cefalea es muy intensa.

Además se observa cambio de carácter, ideas tristes de suicidio, delirio de grandeza, alucinaciones visuales y auditivas que imprimen á la enfermedad un carácter de locura.

Síntomas de lesión en foco, en un sexto de los casos, son estos, hormigueos que se presentan en una extremidad, en un la-

MEMORIA

2



do del cuerpo, contracturas, parálisis aisladas ó mono-hemi-paplegias, epilepsia yacsoniana, agrafia ó pérdida de la escritura, afasia ó pérdida de la memoria de la palabra, ceguera verbal ó pérdida de la visión de la palabra y sordera verbal ó pérdida de la audición de la palabra.

Las perturbaciones de la motilidad son relativamente frecuentes, y entre ellas tenemos la astenia muscular con paso vacilante. Con más frecuencia y en poco más de la mitad de los casos se observa verdaderas parálisis locales que se presentan ya gradualmente con sensación de hormigueos, dolor, ya atacando sólo una mano ó un pie, pero extendiéndose gradualmente á un miembro entero y más tarde á una mitad del cuerpo.

Esta impotencia motriz puede desaparecer y vemos recuperar los movimientos á los enfermos que tenían parálisis completa. Sólo escepcionalmente se localiza la parálisis en un sólo miembro, pero también escepcionalmente sobrepasa la mitad del cuerpo. A las parálisis de los miembros se asocia no rara vez la parálisis facial, con menos frecuencia la de los músculos oculares.

Es curioso el hecho de que existiendo abcesos en ambos lados del cerebro, la parálisis sólo se presenta en una mitad del cuerpo.

Cuando el principio no ha sido latente, entonces las manifestaciones convulsivas sólo se presentan tarde, algunas veces precediendo á las parálisis, otras veces acompañándolas. Se las encuentra más ó menos en la mitad de los casos. Generalmente son locales, más frecuente en los miembros paralizados que en el lado sano; pero pueden mostrarse también en aquellos casos en que no hay ninguna parálisis.

Entre las formas raras están los calambres coreiformes, epileptiformes y tetaniformes. El trimus y el estrabismo permanente, especialmente convergentes son raros. La rigidez del cuello se observa especialmente en los abcesos del cerebelo.

Estos ataques convulsivos son irregulares, no muy frecuentes, pudiendo ser causa directa de la muerte.

Mucho más rara que la parálisis y las convulsiones son las contracturas en los miembros paralizados que presentan como todos los demás síntomas la variabilidad.



Un síntoma frecuente del principio, es la estrechez seguida de dilatación pupilar, pereza é inmovilidad de la pupila.

Síntomas generales. — A veces es un enflaquecimiento, sin causa aparente, un aspecto caquético, otras veces crisis de vómitos, con los caracteres del vómito cerebral; abscesos febriles. Lo que estos fenómenos tienen aquí de particular, es el presentarse por crisis, no se mantienen durante todo el curso de la enfermedad, aparecen, desaparecen, vuelven á presentarse y se repiten ocho, diez, doce veces en el curso de la afección, separadas unas de otras por intervalos que varían entre días y meses; con el intervalo la remisión es completa, la enfermedad vuelve á quedar latente y el único fenómeno que persiste es la cefalea, pero no con la intensidad de los períodos críticos, sino más bien como un malestar cerebral.

Generalmente al principio se conserva la conciencia, pero el individuo está en un estado de excitación ó de abatimiento.

El período prodrómico se presenta en la mitad de los casos en que la enfermedad es debida á una otitis; falta de ordinario cuando el absceso es debido á una de las causas de origen interno y tiene una duración corta, de pocos días, cuando es debido á un traumatismo.

El principio apoplectiforme es raro, y se presenta también, es precedido de un estado latente. Los enfermos caen súbitamente, pierden el conocimiento y se establece una hemiplegia.

El principio después de un traumatismo es puramente cerebral: cefalalgia con delirio á los cuales sucede luego el coma, la convulsión y la parálisis.

Entre el momento del traumatismo y el principio de las manifestaciones cerebrales pasan muchas veces varias semanas.

Un síntoma muy importante es el coma que se presenta más ó menos en los dos tercios de los casos y que generalmente se presenta tarde, cuando la marcha anterior no ha sido latente. Generalmente se viene á manifestar cuando la cefalalgia y los delirios con los cuales á veces alterna han durado largo tiempo. Sólo experimenta una mejoría momentánea después de una operación para vaciar el absceso.

La fiebre puede faltar durante largo tiempo en los casos de principio latente, pero se presenta luego tanto en los casos de



marcha aguda como sub-aguda; presenta remisiones irregulares, desaparece algunas veces por completo y hacia el fin de la afección se establece nuevamente.

El pulso es muy variable, acelerado al principio, más lento después, alternando ambos estados después hacia el fin de la afección. Accesos de calofríos indican una pihemia.

Cuando los síntomas cerebrales son pronunciados, la respiración es irregular, dificultosa y ruidosa; la tos con expectoración sanguinolenta ó purulenta indica una complicación inflamatoria ó metastática de los órganos respiratorios.

El aliento fétido, apareciendo súbitamente puede depender de la supuración de la trompa de Eustaquio.

Hacia el fin de la afección la digestión es muy irregular, y la disfajia que se presenta es debida á las parálisis.

También suele presentarse parálisis de la vejiga y del esfinter del ano.

La cara que en un principio estaba roja, se vuelve pálida, la mirada se descompone, la fisonomía se altera, la expresión es estuporosa. La alteración de la fisonomía es consecutiva á la parálisis de la cara y de los músculos oculares.

Las fuerzas de los enfermos disminuyen independientemente de las parálisis; hacia el fin sobreviene la resolución de los miembros y la muerte sobreviene en coma y colapsus ó en un ataque convulsivo.

Después sigue aquel período en que la enfermedad se establece, presentando tres formas distintas.

1.º *Una forma meningítica* que reproduce los fenómenos de una meningitis aguda, pero aquí estos fenómenos no tienen una aparición tan brusca, ni una marcha tan rápida; en la encefalitis aparecen con más frecuencia los síntomas en foco que son también más precoces, por el contrario los síntomas generales son más acentuados en la encefalitis que en la meningitis, estas distinciones no tienen importancia en la clínica porque hay casos en que las dos enfermedades están asociadas, lo que es frecuente, hay casos también en que la asociación se presenta á distancia, y otro en que la meníngea puede estar sana, pero esto es raro.

2.º *Forma tifoidea.*—El cuadro es de una fiebre tifoidea,



con todo, hasta el estado tífico, parecidas curvas térmicas, pero aquí faltan las manchas rosadas, la constipación es la regla, el enfermo va desde la somnolencia hasta el coma. en el que sucumbe en el espacio de diez á quince días, y la autopsia demuestra que no hay lesiones en las placas de Payero. En esta forma son más frecuentes las manifestaciones depresivas que las de excitación.

3.º *Forma pihémica.*—La pihemia se va haciendo cada día más rara con los progresos de la cirujía, así que ahora es más fácil confundirla con la forma pihémica de la encefalitis. A los síntomas vienen á unirse los fenómenos de una flebitis de los senos yugulares. En los dos casos el enfermo muere en un espacio de diez á treinta días.

MARCHA DE LA AFECCIÓN

Pueden ser varias. La primera forma es aquella en que la formación del foco purulento es latente durante cierto tiempo, siguiendo después una marcha rápida. Es en esta forma en que se observa la tolerancia notable del cerebro, pues un absceso puede permanecer en él durante varios meses, puede inflammar la sustancia cerebral, resblandecerla, hacerla supurar, puede el pus encapsularse, sin que se sospeche siquiera la existencia de la lesión

La segunda forma es mas digna de atención, aunque presente con la primera la particularidad común de la marcha latente; se distingue sin embargo de ella, en que esta marcha no es tan latente, sino que presenta manifestaciones claras y determinadas; en cambio falta en esta forma el período final agudo.

La tercera forma tiene con las anteriores algún parecido, pero al lado de las manifestaciones claras, presenta más bien síntomas de carácter tifoideo.

La cuarta forma es más bien puramente cerebral con manifestaciones claras de una duración relativamente corta y una marcha más aguda.

Mucho más importante y más frecuente es la quinta forma, en la cual, es cierto, se presentan desde el principio las mani-



festaciones cerebrales, pero generalmente con un carácter más ó menos variable y que sólo hacia el fin toma una marcha aguda.

En la sexta forma se presenta como complicación la inflamación del oído interno. Esta forma presenta dos sub-divisiones, la primera se refiere á los casos de abceso cerebral que tienen como punto de partida una supuración del oído que se propaga rápidamente al cerebro, trayendo en este el abceso. La segunda sub-división, es aquella en que la otitis presenta una marcha crónica y á la cual sólo después se asocia la supuración cerebral.

Llegamos por último á la séptima forma que es muy importante y que es aquella en que como causa etiológica figura el traumatismo.

DURACIÓN Y TERMINACIÓN

La terminación es en la gran mayoría de los casos fatal. La muerte puede venir súbitamente, ó con manifestaciones convulsivas ó apoplectiformes ó en estado comatoso.

La determinación de la duración presenta ciertas dificultades, pues no se puede saber en muchos casos, si la marcha inicial ha sido latente. Generalmente, cuando la marcha la tenete ha existido, la duración se puede avaluar de uno á dos meses.

PRONÓSTICO

Cuanto menos se pronuncien los síntomas y cuanto más se acerquen á la marcha latente, tanto más favorable es el pronóstico. Es necesario tener muy presente que en esta afección las mejorías relativas son frecuentes. En todo caso el abceso cerebral es una afección en la cual la presión intra-cranéana siempre en aumento es incompatible con la vida.

Es una enfermedad lenta en su evolución y tiene al enfermo amenazado constantemente. Hay otra forma de esta afección que no hay período prodrómico en que la marcha es fulminante, sin que nada anuncie el abceso; aquí tenemos un ataque apoplectiforme al que sigue un coma profundo con una cefa-





lalgia extrema, y en otros casos con convulsiones epileptiformes: es el cuadro clínico de una hemorragia cerebral; pero este cuadro viene precedido de las enfermedades que pueden provocar las encefalitis.

El pronóstico es grave, pero menos ahora que quince años atrás, porque antes no había medios para combatirlos, por temor á las operaciones sobre el cerebro, siendo que los antiguos consideraban á la dura-madre como la membrana que separaba la vida de la muerte.

La evolución es tan lenta en algunos casos que Dupuytren cita uno en que el accidente que había producido el absceso, remontaba á diez años.

DIAGNÓSTICO

Desde luego tendremos que distinguir los abscesos traumáticos de aquellos producidos por una otitis, y excluirémos por ser menos importantes los metastáticos.

El diagnóstico de los abscesos traumáticos tiene que hacerse con las siguientes afecciones: meningitis, apoplejia, encefalitis hemorrágica no purulenta, tumores, epilepsia neurosis.

Ya Boling había indicado que atriciones del cráneo traían hemorragia que sólo venía á manifestarse después de días ó semanas, pudiendo dar lugar así á un falso diagnóstico de absceso cerebral.

El número de los casos es mucho mayor según los estudios de Openheim, en que el diagnóstico es dudoso entre una apoplejia meníngea traumática y un absceso traumático tardío. En estos casos se puede hacer el diagnóstico de absceso cerebral cuando se tienen los síntomas de supuración ó de compresión cerebral progresiva, y al mismo tiempo se pueden excluir los síntomas de un tumor. Respecto de las neurosis traumáticas llama la atención Openheim que faltan en este caso los síntomas objetivos de compresión cerebral y que las manifestaciones paralíticas se presentan siempre en el lado de la herida.

Mayores dificultades se presentan aún para el diagnóstico de los abscesos cerebrales de origen ótico. Openheim divide las afecciones que pueden confundirse en dos grupos. En el primer grupo coloca los síntomas cerebrales de la otitis media no



complicada (incluyendo el vértigo de Menière) el absceso extradural, la trombosis de los senos, la meningitis cerebro-espinal purulenta y por último síntomas cerebrales que aparecen después de la trepanación y otras operaciones.

El segundo grupo comprende los tumores cerebrales, la encefalitis hemorrágica no purulenta, las enfermedades infecciosas (tifus intermitente) arterio esclerosis con sus consecuencias, las psicosis, la histeria y sus neurosis semejantes.

Un error muy común es la confusión de la meningitis con el absceso cerebral. En los casos más agudos, la meningitis comienza por un calofrío; el dolor que el enfermo experimenta en un principio se extiende al mismo tiempo que se acentúa el entorpecimiento de la inteligencia. Es este un signo que marca la extensión rápida de la inflamación á toda la superficie del cerebro y á veces también á la base y al raquis. Entonces se ven aparecer las contracturas, las parálisis parciales de la cara y de los nervios de la base. La papila óptica se presenta también edematosa. El absceso del cerebro no empieza por un calofrío; la temperatura se eleva sólo un poco más por la tarde; el dolor permanece localizado, las parálisis ó contracturas están limitadas á grupos musculares bien determinados. Tan sólo al final cuando se rompe el absceso ó cuando determina una meningitis por propagación, es cuando los síntomas se difunden; la muerte sobreviene entonces con rapidez.

TRATAMIENTO

La intervención está indicada en los casos de abscesos del cerebro. La evacuación del pus no es una operación moderna.

Quesneay, Lapeironie la aconsejaban. El año 1850, Detmold incindió con el bisturí un ventrículo destendido por el pus. En 1867, Renz empleó la aspiración para evacuar las colecciones purulentas del cerebro. Frenger y Lee en 1885 se han servido con éxito de la jeringa exploradora de Pravaz para descubrir el pus y darle en seguida salida por medio de una incisión.

Aquí existe la regla general de dar salida al pus tan luego como su existencia es reconocida ó sospechada. Si hay una fístula es necesario debridarla: ella conduce ya á una fractura con esquirlas, cuya extracción basta para dar salida al pus





ya sobre un punto denudado y necrosado y á este nivel es entonces indispensable trepanar, y si en estas condiciones el pus no se escapa, se incinde la dura-madre.

¿Existe algún signo que revele la existencia del pus una vez incindida la dura-madre? H. Braun ha insistido en estos últimos años sobre la prominencia local de la dura-madre con ausencia de pulsaciones cerebrales que indican un absceso del cerebro. Hasse ha podido reunir un gran número de casos en que ha constatado este signo. Sin embargo puede faltar y Braun ha reunido cinco casos.

En resumen el cirujano tendrá como guía para la investigación del pus, ya una fistula, una esquirra, un hueso denudado, ya con ó sin cicatriz del cuero cabelludo, tendrá los fenómenos, indicando la participación de la zona motriz, al nivel de la cual trepanará: investigará el signo de Rose-Braun que le indicará la proximidad del pus; una vez incindida la dura-madre, examinará con gran cuidado la superficie cerebral é irá en busca del foco purulento por punciones prudentes, cuya inocuidad ha sido demostrada experimentalmente en los animales y aplicada con éxito al hombre.

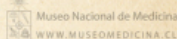
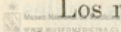
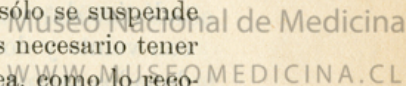
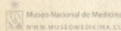
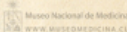
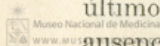
Cualquiera que sea el procedimiento operatorio y la situación del foco purulento, es absolutamente necesario asegurar el drenaje y la antisepsia permanente. Se introducirá un tubo corto en la cavidad del absceso, que se lavará con una solución boracada, timolada ó fenicada débil. El drenaje sólo se suspende cuando ya no hay más secreción purulenta. Es necesario tener presente el no cerrar muy pronto la herida ósea, como lo recomienda Bergmann, pues es muy frecuente y peligroso la retención del pus en la convalecencia de estos absesos.

Los resultados operatorios son alentadores. Bluhn cuya estadística se detiene en 1875, es decir, antes de la era antiséptica, llega a un término medio de 50 por 100 de mortalidad después de la intervención.

Forgue ha reunido ocho observaciones de absesos cerebrales traumáticos de la era antiséptica; en ella hay tres curaciones y cinco resultados fatales, es decir, el 62 por 100 de mortalidad.

Esto por lo que se refiere á los absesos traumáticos.

En cuanto á los absesos de origen microbiano, el cirujano



está autorizado á todos los atrevimientos operatorios, pero con mucho tacto y una prudencia extrema.

La vía para llegar al absceso, varía según los cirujanos: MacEwen aconseja hacer una abertura á seis centímetros por encima del conducto auditivo externo. Wheeler, perfora el cráneo á la altura del meato auditivo, por delante de una línea vertical que divide en dos partes iguales la apófisis mastoides.

Bergmann, prefiere trepanar por delante y un poco por encima del ángulo postero-inferior del parietal, traza una línea que va del meato auditivo á la protuberancia occipital externa y á cuatro centímetros por detrás del meato eleva sobre ella una perpendicular de uno á cinco centímetros.

Barker recomienda denudar el agujero mastoideo, pues así se puede reconocer si el absceso es temporal ó cerebeloso. Si se ve una gota de pus alrededor de la vénula que sale por este agujero, eso indica que la inflamación se ha propagado ya á la base del cráneo y que hay un absceso del cerebelo. Una vez hecha la trepanación y encontrado el absceso, la conducta del cirujano es la misma que en caso de absceso traumático.

En 1887, en el Congreso de la Asociación Médica Inglesa, Pratt dice haber salvado por el trépano seis operados sobre ocho. Wheeler más feliz aún, ha visto curar á catorce de sus dieciséis operados.

Bluhm, en los Archivos de Languenbeck, ha hecho una estadística de cuarenta y cuatro casos tratados antisépticamente con veinte y dos curaciones; mientras que estos abscesos abandonados asimismo, dan un noventa por ciento de mortalidad.

*
* *
*

Pasaremos á exponer algunas observaciones entre las cuales creemos existen unas pocas de interés científico.

Observación primera

Abrahám Peña, albañil, de 24 años de edad, nacido en Rengo, ingresó al hospital de San Juan de Dios el 24 de Septiembre de 1885.

En Marzo del mismo año, recibió varias heridas de sable en





la cabeza, la más importante, situada en el parietal izquierdo, sanó pero quedaron algunos trastornos intelectuales. Poco tiempo después se formaron fístulas que obligaron á extraer esquir-las óseas.

Estado actual.—Paresia é insensibilidad del lado derecho, amnesia, cefalalgia y dolor localizado en una parte prominente de la cicatriz, dolor que se exageraba con la presión al nivel de ese punto.

El enfermo mismo no conserva recuerdos exactos de lo que le ha pasado.

La intervención quirúrgica se limitó á incindir la cicatriz y explorar con la jeringa de Pravaz, habiéndose reconocido que la parte prominente y dolorosa era formada por una hernia cerebral. La herida siguió una marcha perfectamente normal.

Los síntomas se mantienen sin grandes variaciones hasta á mediados de Octubre. Entonces entran en escena los vómitos que contribuyen á agotar más al enfermo, hasta que por fin fallece el 18 de Noviembre. La muerte fué rápida en pocas horas y precedidas de convulsiones tónicas generalizadas.

Autopsia.—Pérdida de tejido óseo en una extensión de más ó menos dos centímetros, delante y detrás se nota el callo óseo, la cara interna de este callo hundido, formando una verdadera cresta ó prominencia ósea, á uno y otro lado de la cual se encuentran exóstosis que en su mayor altura alcanzan á doce milímetros. Estas comprimen la masa encefálica y facilitan así la producción de la hernia.

Encéfalo.—Se encuentran dos enormes abscesos; uno en el lóbulo frontal izquierdo redondeado y perfectamente circunscrito; el otro situado en el lóbulo parietal; habíanse vaciado, bañando los núcleos centrales: tálamo ópticos, cuerpos extra-dos, etc.

*
* *

Como se ve, podemos considerar la anterior observación como un caso típico de abscesos cerebrales de marcha latente, pues, aquí entre la aparición de las primeras manifestaciones y el momento del traumatismo trascurren seis meses, y este hecho es aún más notable si tomamos en consideración que en



los abscesos de origen traumáticos, se presentan las primeras perturbaciones pocos días después del accidente inicial.

Por otra parte el cuadro sintomático era bastante obscuro y se reducía á la paresia, á la insensibilidad, al dolor en la cicatriz y á la cefalalgia; faltaban aquí los síntomas iniciales del período prodrómico y en todo el curso de la enfermedad no hubo un solo movimiento febril. Sólo al aproximarse el fin vienen vómitos.

Como se comprenderá el diagnóstico en estas circunstancias no deja de presentar ciertas dificultades.

Observación segunda

Silvestre Bhorques ingresa en la noche del 13 de Junio de 1895 al hospital de San Juan de Dios. Había recibido tres golpes de garrote en la cabeza que le comprometían el frontal y el parietal derecho. Se trataba de tres heridas transversales con fracturas conminutas de estos huesos; existía una esquirla que comprometía casi todo el parietal, haciéndolo muy movable y solamente adherido á las partes blandas. Venía con tanta hemorragia que se le puso un vendaje bien oclusivo y se le dejó así, porque no presentaba síntoma alguno.

El día 14 y 15 la temperatura sube á $38\frac{1}{2}^{\circ}$ y aparece un violento dolor en la herida.

Cloroformado el enfermo se hace una incisión perpendicular á las tres heridas, de atrás adelante, de doce á catorce centímetros de largo que comprende toda la región confusionada, se sacan numerosas esquirlas, esceptuando dos grandes que tienen adherencias con la dura-madre; hay un enorme coágulo sanguíneo que tiene en algunos puntos hasta tres centímetros de espesor, de manera que el cerebro está rechazado y comprimido hacia dentro. Se saca este coágulo y se encuentra que una de las líneas de fractura se extiende transversalmente hacia el lado izquierdo, desgarrando el seno longitudinal superior, causante de la hemorragia. Se puso una pinza hemostática de modo que uno de los bocados comprimía el seno y el otro se colocó encima del hueso. La dura-madre está desgarrada por las esquirlas, una de las cuales penetraba á la masa ce-



rebral. Hubo que hacer un debridamiento de la dura-madre para darle salida al pus. No se suturó. Se ligaron los pequeños vasos; se arreglaron los fragmentos y se aplicó un vendaje ligeramente compresivo.

Día 18 temperatura 38°.

Día 19 » 38½°.

Día 20 Nueva curación.

Desde el 20 al 1.º el estado general es satisfactorio, no hay fiebre y se cura como herida simple día por medio.

Día 2 de Julio.—Parálisis del brazo izquierdo y el día 10 se hizo extensiva al miembro inferior del mismo lado. Ninguna otra perturbación. Sospechando que se tratara de una parálisis periférica a frigore, se le hacen fricciones excitantes, disminuyendo así la parálisis poco á poco hasta salir de alta el enfermo el 30 de Julio. Los movimientos de la pierna izquierda no eran perfectamente normales.

El enfermo ha sido visto en el mes de Junio del año siguiente y tratado por el Dr. Orrego por histeria.

Desempeña su ocupación de gasfiter; ha tenido dos ataques con pérdida del conocimiento: uno en Febrero y el otro en Julio, ataques que su mujer atribuye al alcoholismo.



Aquí por el contrario no encontramos la marcha latente, pues algunos días después del traumatismo se presentan las primeras manifestaciones.

El incidente de la parálisis pudo muy bien haber sido atribuido por el cirujano á un nuevo absceso cerebral; como que efectivamente se iba á operar cuando el doctor Orrego hizo el diagnóstico de histeria.

Observación tercera

Florentino Zuluaga, de 25 años de edad, ingresó al hospital de San Juan de Dios el 17 de Abril de 1895.

Estando ebrio recibió un golpe de botella en la frente: en ese punto el cráneo estaba hundido, había una herida redonda, como si hubiese sido hecha con sacabocados de cuatro á cinco



centímetros de extensión y ocupando una zona de tres centímetros por fuera de la línea media hacia el lado izquierdo y la mitad superior estaba cubierta por el cabello. Había gran hemorragia; se regularizaron los bordes de la herida; se sacaron las esquirlas y se taponó con gasa yodoformada.

El día 18 el enfermo sigue bien; no hay temperatura.

El día 19.—La temperatura era 38.2°, se levanta la curación y se encuentra la herida infectada; se debrida y se sacan pequeñas esquirlas.

Durante la curación el enfermo tiene un acceso de tos y sale como un gramo de sustancia cerebral.

Día 20 temperatura 37½° en la tarde; el enfermo no habla; hay afasia. El estado general es bueno.

Día 21.—Temperatura 37.4°. El enfermo pasa todo el día muy bien; en la tarde habla con su familia, lo cual lo fatigó mucho, sintiéndose mal en la noche.

Día 22.—La temperatura 38.2°, nuevamente aparece la afasia.

Día 23. Se resolvió trepanarlo porque la temperatura era de 39° y porque el cerebro con sus envolturas hacía hernia, se incindió la dura-madre, continuando el punto roto por las esquirlas. Aquí salió un poco de pus con coágulos sanguíneos y se extrajeron dos pequeñas esquirlas. En la tarde la temperatura se mantenía en 39°. Después de la operación sigue en el mismo estado, ese mismo día se notó agrafia, lo cual affligió mucho al enfermo.

Día 24. Temperatura 39°; se hace un aseo minucioso de la cabeza, se limpia la herida y se pone una curación salolada; en la tarde del mismo día la temperatura asciende á 39.6° y aparece ictericia.

Día 25. El enfermo sigue en el mismo estado; hay eliminación de sustancia cerebral, y los movimientos de la cabeza están dificultados y la ictericia es menos pronunciada.

Día 26. Temperatura 40.2° en la tarde. La demacración es muy grande, la mano derecha tiene muy poco movimiento. Hay incontinencia de orina y materias fecales.

Día 27, temperatura 40° en la mañana; el enfermo se encuentra sumido en el coma. En la herida se encuentra poco pus.





Día 29. Temperatura 40.3°, el fungus ha aumentado mucho; se incinde y sale una pequeña cantidad de masa cerebral resblandecida como papilla.

Día 30. Temperatura 39.5° en la mañana. El enfermo recobra el uso de la palabra y comprende todo. Se cree en una mejoría.

Día 1.º de Mayo. El estado es el mismo del día anterior; la temperatura no desciende y á las 9 A. M., muere súbitamente.

Autopsia.—Encefalitis total; existía una gran cantidad de pus en la superficie del hemisferio derecho, la aracnoides muy inflamada; al practicar los cortes del cerebro se notaba infiltrado de pus.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

* *

Este caso es análogo al anterior por la precoz aparición de los fenómenos cerebrales después del traumatismo. Aquí vemos como el absceso cerebral puede presentar una marcha aguda de tal manera que llevó al enfermo á la muerte en catorce días.

La temperatura como se puede observar, ha ido aumentando progresivamente á medida que la infiltración cerebral purulenta se extendía.

Observación cuarta

Es un caso comunicado por el Dr. Calvo á la Sociedad Médica en sesión de 23 de Agosto de 1895.

Se trata de un enfermo de 55 años de edad que cayó al suelo, produciéndose una herida del cuero cabelludo, de la región parietal derecha, que fué curada por herida simple.

Consecutivo al golpe se presentan fenómenos de conmoción que desaparecen al día siguiente. El sexto ú octavo día se notó paresia del lado izquierdo y contractura del facial.

El examen del enfermo que sólo se pudo efectuar trece días después del accidente, permitió constatar un hundimiento de la parte posterior del parietal derecho y del occipital vecino.

Los trastornos funcionales estaban representados por dolores de cabeza, ruidos variados del oído, vértigos y disminución de la agudeza visual en el lado afectado.

No había trastornos motores, y la fuerza muscular estaba



más ó menos intacta. En los días siguientes los trastornos funcionales fueron aumentando, agregándose á ellos, alteraciones de la sensibilidad de los miembros superior é inferior izquierdos.

Las facultades mentales en perfecto estado.

Se hace la trepanación trece días después del primer examen, se debrida las meníngeas engrosadas y salen próximamente cuarenta gramos de pus. Evacuado el abceso se introduce un tubo de drenaje perpendicularmente hacia el lóbulo occipital. En los días que siguieron á esta intervención, los trastornos funcionales desaparecieron y el enfermo se encuentra sano.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*
* *

Llama la atención dos hechos en esta observación: aquí no ha habido ninguna perturbación motriz; no ha habido ningún síntoma dependiente de una localización cerebral; todo el cuadro clínico se reducía á algunos síntomas del período prodrómico y algunas perturbaciones funcionales que no tendrían nada de característico sin el antecedente del traumatismo.

Por otra parte la curación rápida es digna de notarse.

Hemos sabido por conducto del Dr. Calvo que el enfermo en cuestión se encuentra hoy día en buen estado de salud, es decir, dos años y meses después del accidente primitivo.

Observación quinta

Simón Guajardo, de 22 años, soltero, cochero.
Antecedentes hereditarios sin importancia.

En la segunda quincena de Marzo de 1896 en una pendencia recibió un golpe con una espuela, de las que usan nuestros huasos, en la eminencia frontal izquierda; perdió el conocimiento por más de una hora, sintió desde el primer momento un dolor muy fuerte, dolor que se hacía más intenso en la superficie de la herida y que desapareció más ó menos siete días después del accidente, época en que entró al hospital de Rancagua.

Durante la enfermedad ha tenido tres ó cuatro veces crisis de vómitos de corta duración, vómitos que se hacían sin esfuerzos, fáciles, con poco ó nada de náuseas; se presentaban á horas irregulares y de ordinario fuera de la hora de las comidas.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Desde que entró al hospital de Rancagua, notó que tenía un temblor ligero en todo el lado derecho del cuerpo, estos movimientos al poner los miembros sin punto de apoyo van acentuándose poco á poco hasta alcanzar una gran intensidad.

El estado general del enfermo es satisfactorio; todas sus funciones se cumplen con regularidad, aunque se nota un grado muy ligero de paresia intelectual.

Al hospital de San Vicente de Paul entró el 19 de Junio de 1896.

Estado local.—Al nivel de la protuberancia frontal izquierda se nota una pérdida de sustancia vertical de 4 centímetros de largo, de poco ancho y situada á 3 centímetros por encima de las cejas del mismo lado; esta solución de continuidad está cubierta por mamelones rosados, poco exuberantes, y bañados por pus.

El médico de guardia lo reconoció á su entrada al hospital y pudo introducir más ó menos en el centro de la herida, un estilete en una profundidad de 6 á 8 centímetros directamente hacia atrás y un poco inclinado hacia la línea media; le puso un tubo de drenaje de 5 centímetros de largo y como saliera un chorro de pus bastante grueso y que aumentaba á cada pulsación, lo sacó por temor á una depleción demasiado rápida.

No hay hundimiento del hueso. Las dos pupilas se encuentran un poco dilatadas, reaccionan bien y no tienen diferencia entre sí.

El pulso es lento, 69 pulsaciones por minuto, pequeño, de-
presible.

Los movimientos respiratorios son regulares, aunque algo lentos.

Antes y después de la operación no ha habido alza térmica.

La temperatura ha oscilado siempre entre 36.6° y 37.6°.

Fué operado el día 23 de Junio por el doctor San Cristóbal; después de cloroformizado se divide el hueso con cincel y la trepina en una extensión de cuatro centímetros de largo por tres de ancho. Una vez desprendidas las partes blandas, se vió que en el hueso existían tres orificios, situados en una misma línea vertical y distantes uno de otro más ó menos un centíme-

MEMORIA

8



tro; el más grande de estos orificios era el del lado por el cual salía el pus y era el único que daba paso al estilete; al lado externo de este orificio existía un razgo de fractura lineal de corta extensión. Una vez descubiertas las meníngeas que estaban adheridas al hueso, engrosadas y adherentes á la superficie cerebral, presentando un solo orificio correspondiente al central del hueso; se practicó una incisión vertical de tres centímetros, la que dió salida á una gran cantidad de pus de un color amarillo verdoso, de un olor muy fétido y en cantidad más ó menos de 150 gramos.

Por la incisión se introdujo el dedo índice casi en toda su extensión, y se llegaba á una vasta cavidad ovoidea de paredes redondeadas y lisas; la sustancia cerebral se encontraba alrededor de ella como amasada.

Se lavó la cavidad y se relleno con gasa yodoformada; se practicó la sutura de los bordes del colgajo y se reseco la parte enferma de la piel, dejando de este modo una abertura central por la cual salían los extremos de la gasa. La operación duró hora y media y el enfermo perdió bastante sangre.

El seno frontal no fué abierto. Al día siguiente el estado general era enteramente satisfactorio, estaba tranquilo y contento, no ha habido vómitos, y el temblor desapareció por completo.

El pulso más lleno en número de 60 por minutos.

Continúa así sin novedad hasta el 1.º de Julio, día en que se le sacan los puntos de sutura; la herida estaba completamente cicatrizada en los lados, tres días antes se le habia hecho la primera curación para sacarle la gasa; colocar en su lugar dos tubos de drenajes de seis centímetros de largo. No habia supuración. Ocho ha sido el número de curaciones, la supuración ha sido insignificante, por no decir nula.

El pulso ha aumentado de frecuencia hasta llegar á 100.

Por lo demás no ha habido nada de particular.

El 14 de Julio se sacaron los tubos de drenaje; pocos días después el enfermo fué dado de alta en un estado de perfecta salud.

*
*
*





Dos meses después de su salida del hospital hemos tenido oportunidad de ver al enfermo en magníficas condiciones de salud.

Es este un ejemplo de gran resistencia del cerebro, pues en este enfermo la cavidad craneana contenía más de 150 gramos de pus sin traer consigo la serie de síntomas que suelen acompañar en tales casos las supuraciones de un órgano tan importante.

Los síntomas fueron muy pocos marcados y sólo por la salida de pus por la herida externa es que se confirmó el diagnóstico.

Un hecho curioso aquí es que durante todo el curso de la afección no ha habido una sola alza térmica, apesar de haber revestido el absceso cerebral en este caso la forma aguda.

Queremos aún llamar la atención á la desaparición completa de los síntomas inmediatamente después de la operación.

Observación sexta

Polipanardo Trujillo, de 46 años de edad, soltero, gañán, ingresó al hospital de San Juan de Dios el 2 de Mayo del presente año.

Había recibido varias pedradas en la cabeza que le produjeron varias heridas contusas en la parte posterior de la cabeza. Perdió el conocimiento, permaneciendo toda la noche á la interperie completamente desnudo.

Al día siguiente por la mañana recobra el conocimiento y va á su casa á curarse las heridas. Doce días después del accidente ingresa al hospital, llevando aún dos heridas contusas en la región occipital de un centímetro cada una y en vía de cicatrización.

El enfermo no entró á curarse sus heridas, sino por un mal estar general que sentía; dolor de cabeza, fiebre, vientre timpanizado, insomnio.

Se hace una ligera curación de las heridas que ya están casi completamente cicatrizadas.

Examen objetivo.—Se nota al enfermo algo abatido, en estado semi-comatoso y las facies algo angustiosa.



En un examen atento se encontró que haciendo soplar al enfermo, bajaba un poco más la comisura labial derecha. Lengua muy saburral; vómitos repetidos; existía estreñimiento; la temperatura era $38\frac{1}{2}^{\circ}$; pulso frecuente entre 90 y 110 por minuto, pequeño, irregular, delirio en la noche de tal modo que hubo que ponerle camisa de fuerza.

Se diagnosticó una infección gastro-intestinal y se le administraron algunos desinfectantes; con lo cual no se consigue modificar en nada el estado anterior.

El estado general sigue empeorando cada día más y el enfermo fallece el día 8 del mismo mes en medio de fenómenos diséicos.

Autopsia.—En el cuero cabelludo al nivel de la región occipital hay dos cicatrices recientes.

En el cráneo existe una fractura lineal completa que comprometen ambas láminas del hueso á la derecha del agujero occipital y sube hacia atrás en una extensión de tres traveses de dedos; hay otra fisura en el lado izquierdo que sólo compromete la lámina interna en una extensión de dos traveses de dedos.

Al abrir el cráneo se notan adherencias de las meníngeas con la superficie cerebral fuertemente congestionada.

Al hacer la autopsia de los ventrículos sale pus del ventrículo lateral izquierdo; era un pus amarillo verdoso, inodoro, más ó menos viscoso y avaluado en unos 40 gramos.

Esta observación es interesante por el hecho de haber revestido el abceso cerebral en este caso la forma de una infección tifoidea, no característica, pero suficiente con esos síntomas para inducir á un falso diagnóstico.

Como en dos de las observaciones anteriores se ve aquí la ausencia de síntomas en foco.

La única manifestación que pudiera haber hecho sospechar y quizás asegurar la lesión cerebral fué la paresia del facial inferior que no se tomó en consideración por ser tan insignificante.

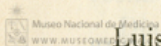
Felizmente este error diagnóstico no influyó en nada sobre





la vida del enfermo, porque aún diagnosticado el absceso habría sido imposible operarlo, dada su situación en el ventrículo lateral.

Observación séptima



Luis Carrasco, de 27 años de edad, casado, natural de Malloco.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Entre los personales se encuentra un sarampión á los 10 años.

Hábitos alcohólicos.

Ingresó al Hospital de San Vicente de Paul el 7 de Septiembre del año en curso.

Enfermedad actual.—El 5 de Agosto recibió en la frente un golpe con un trozo de fierro cilíndrico de 15 centímetros de longitud por 4 de grueso, que le fué dado de una distancia de dos metros. No perdió el conocimiento, quiso tomar el fierro para lanzarlo á su vez, pero se le cayó de las manos. Desde ese momento, la pérdida de sangre fué abundante, de manera que no pudo continuar trabajando. No guardó cama, pero se quejaba de un dolor constante en la región frontal y desde entonces quedó con cierto grado de hebetud.

Así pasó todo el mes de Agosto hasta que en los primeros días de Septiembre su estado se agravó, pues el 3 del mismo mes tuvo su primer ataque: el enfermo estaba durmiendo cuando en un momento se observó que dió un grito, seguido de convulsiones en todo el cuerpo; en el resto de la noche se repitieron los ataques en la misma forma; al día siguiente nuevo ataque y en la tarde llega al hospital donde fué acometido por tres nuevos accesos en la noche. Se quejaba de un intenso dolor de cabeza, se notaba dificultad en la palabra, no se le entendía bien lo que quería decir y se encontraba con subdelirio.

El pulso era pequeño, con 70 pulsaciones por minuto.

Al examen directo se observa en la línea media de la región frontal un poco hacia la derecha y á un través del dedo del nacimiento de los cabellos una solución de continuidad que



más bien parecía hecha con un instrumento cortante, de dirección transversal de 3 centímetros de largo por 1/2 de ancho.

Las pupilas estaban contraídas. Como no había antecedentes no se hizo diagnóstico, ni se exploró la herida, porque no se sabía si esta era anterior ó posterior á la caída producida por los ataques.

Se le administró una lavativa con infusión de sen y tintura de asa-fétida.

Los días 7 y 8 pasó el enfermo mas ó menos bien, únicamente continuaba la cefalalgia frontal. La temperatura era normal como también el pulso.

Explorada la herida se constató una fractura con hundimiento por lo que se decidió la trepanación para el día 10.

Al querer tomarle algunos datos no se acordaba absolutamente nada de los hechos relacionados con el accidente (amnesia reciente), recordando todo lo anterior á él. Dormía bien, no tenía delirio y solamente se le notaba algo de estupor intelectual.

En la tarde del día 9 por primera vez la temperatura ascendió, y llegó á 38.6° con 86 pulsaciones. Esa tarde la cefalalgia se exasperó violentamente; en la noche hubo delirio violento.

El día 10 la temperatura era de 38.7°, y el pulso 64, lleno, amplio; pupilas contraídas con reacción floja á la luz. La inteligencia deprimida.

Este día se extrajo la parte hundida de la lámina externa y en seguida con cincel se desprendió la lámina interna, inmediatamente salió pus en cantidad de 30 gramos más ó menos, á ésto se limitó la operación, quedó un estrecho orificio en las meníngeas por donde se introdujo una delgada cola de gasa para asegurar el drenaje. Después de la operación la temperatura era de 38.4° y el pulso 84.

Día 11. El enfermo dice sentirse mejor; su inteligencia algo más despejada, la cefalalgia menos intensa. La temperatura matinal 37°, pulso 86. Se hizo la primera curación, dando salida á bastante cantidad de pus al retirar la gasa. En la tarde temperamento 37.7°, pulso 70.

Desde el 11 al 26 la temperatura ha oscilado entre 36.7° y 37.2°, y el pulso desde el 11 al 18, entre 80 y 60. Desde el 18



al 26, entre 48 y 52. El 18 el estado intelectual ha decaído, encontrándose en un ligero grado de sopor. En esos días había constipación.

Día 28, temperatura 37°.

» 29 » » 37°, pulso 64. Pupilas desiguales, la derecha muy dilatada.

Día 30, temperatura 37°, pulso 64. Pupilas iguales, más bien contraídas; hubo incontinencia de orina.

El 1.º de Octubre pulso 66.

El 2 de Octubre pulso 72, tiene tendencia á llevar la mano derecha á la región herida.

Desde el 2 al 10, la temperatura ha oscilado entre 36.8° y 37.3°. El número de pulsaciones, entre 76 y 80. El 10, en la tarde la temperatura subió á 38°, pulsación 88.

Desde el 10 al 16 la temperatura fué entre 37.5°, en la mañana; 38° en la tarde, pulsaciones entre 88 y 90.

El 17, temperatura en la tarde alcanzó á 38.5°, pulsaciones 90. Así se mantuvo hasta el 21, día en que el doctor Carvallo le practicó la operación que describiremos.

Hay que notar que desde la primera operación hasta dos días antes de la segunda, la curación se hizo diariamente, dando cada vez salida á cierta cantidad de pus, como también se notaba que mientras se le curaba se le producían convulsiones epileptoideas en el brazo izquierdo, como asimismo desaparece el estado soporoso después de la curación.

Día 21. Se hace una incisión crucial sobre la cicatriz antigua, movilizandó los cuatros colgajos, quedando así al descubierto la antigua pérdida de sustancia de hueso que era más ó menos del tamaño de una moneda de 20 centavos; la presión intracranéana estaba muy aumentada; el cerebro hacía hernia en una pequeña extensión; el cerebro latía; se hace una punción y en el momento de practicarla sale una escasa cantidad de pus, se incinde la parte herniada y salen próximamente 100 gramos de pus. La cavidad dejaba penetrar el dedo miñique, ésta se redujo después de la evacuación del pus á la mitad.

El ábceso era perfectamente encapsulado. Se lavó con agua esterilizada y se hizo un drenaje con gasa antiséptica. En la



tarde la temperatura era 37.6 y 76 pulsaciones, lleno, regular. La cefalalgia ha disminuído considerablemente.

	Pulso	Temp.		Pulso	Temp.
Octubre 22	82	37.2°		29	86 37.4°
En la tarde	92	37.7°	Tarde	90	37.9°
23	80	37.1°	Tarde	30	86 37.4°
Tarde	82	37.3°	Tarde	92	37.8°
24	78	37°	Tarde	31	106 37.4°
Tarde	84	37.3°	Tarde	108	37.9°
25	80	37°	Noviembre 1.º	104	37.4°
Tarde	82	37.2°	Tarde	106	37.6°
26	86	37.1°	2	86	37.2°
Tarde	86	37.5°	Tarde	88	37.5°
27	80	37.1°	3	86	37°
Tarde	86	37.4°	Tarde	88	37.2°
28	88	37.7°	4	86	37°
Tarde	96	38°	Tarde	96	37.9°

5 falleció á las 7 A. M.

Algunos días consecutivos á la operación se notaba un estado parético generalizado, estado intelectual muy deprimido; la desigualdad pupilar se hizo casi constante. En los últimos días se puede comprobar una parálisis del facial inferior derecho. La incontinencia de orina y materias fecales se hizo más marcada y el enfermo entra en coma profundo el día anterior á su muerte, empezando los extertores agónicos á las 10 de la noche del día 4 y falleciendo á las 7 A. M. del día 5.

Durante los dos días siguientes á la operación salía cierta cantidad de pus al hacerle las curaciones, pus que reapareció tres días antes de su muerte. Desde el segundo día salía gran cantidad de líquido céfalo-raquídeo.

Autopsia.—En la superficie del cerebro de la cara superior de los hemisferios se encuentran pequeños focos purulentos situados al nivel de la cisura de Silvio. Toda la superficie del cerebro estaba congestionada como también las meníngeas. La dura-madre estaba intimamente unida al cerebro al nivel de la región trepanada. La aracnoides y pia engrosadas.

La cavidad del absceso operado era pequeña y perfectamente circunscrita, la cantidad de pus era insignificante. La pared posterior de la cavidad presentaba un orificio redondeado, tras



del cual seguía un trayecto que iba al ventrículo lateral derecho, trayecto y todos los ventrículos estaban completamente llenos de pus cremoso inodoro.

En la base del cerebro se encuentra al nivel del istmo del encéfalo una capa continua de pus que se extendía hasta más allá del bulbo.

Nos abstenemos de todo comentario porque creemos que esta observación está suficientemente detallada.

*
* *

No podemos dejar en silencio un caso interesante que se encuentra actualmente en el hospital de San Juan de Dios, cuya historia no se ha escrito, pero que sin embargo nosotros hemos podido recoger algunos datos.

Se trata de un hombre de 40 años de edad que está en la sala de San Camilo, llamado Pedro Nolasco Díaz, que se presentó al hospital más ó menos á fines de Noviembre del 96 con varias contusiones en la cabeza; á los pocos días tuvo sordera derecha y secreción constante serosa por el oído del mismo lado; al mismo tiempo se presentó afasia completa; se creyó entonces que se trataba de una mastoiditis derecha, pero el doctor de la sala opinó por un absceso del cerebro situado en la región parietal izquierda, procedió en consecuencia á la trepanación de esa región en la parte inferior de la línea Rolándica y no encontrando nada en este sitio, se agrandó la ventana hacia el bregma, se pudo ver un absceso encapsulado que fué evacuado y que contenía como 150 gramos de pus; después de la operación el enfermo fué recuperando paulatinamente la palabra.

En los primeros días de Enero se presenta una hemiplegia que empezó por el brazo derecho y que más tarde se acompañó de movimientos epileptoídeos en el lado paralizado y además hiperestesia del lado opuesto.

En el sitio trepanado se formó un enorme fungus del tamaño de una cabeza de feto. Se hizo entonces la abertura y se encontró un depósito abundante de pus situado entre el cerebro y las meníngeas con destrucción de una parte considerable de la sustancia cerebral.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Después de esto ya la afasia se hizo permanente y la hemiplegia completa. Más adelante por ignorancia de uno de los practicantes de la sala que colocó un vendaje muy apretado, creyendo conseguir con esto la reducción del fungus que en esa época se había reproducido, el enfermo tuvo fenómenos nerviosos que consistían en contracturas del lado paralizado que se hicieron permanentes; desviación de la lengua hacia la derecha; y el estado general del enfermo se agravó de un modo alarmante.

Las aplicaciones de hielo al principio en el fungus y de tintura de yodo mitigada después trajeron la reducción completa del fungus y la mejoría del enfermo.

Estado actual.—Según el examen que le hemos hecho en los últimos días de Octubre del presente año, hemos podido constatar: en el lado derecho hemiplegia espasmódica completa y total. La lengua está desviada hacia la derecha; cuando recientemente se manifestó esta desviación, el rafe medio correspondía á la comisura labial derecha; hoy día esto es menos acentuado. El estado general es muy satisfactorio, el enfermo conserva sus facultades intelectuales en toda su plenitud y aún llama la atención que el enfermo es inteligente, en sus movimientos y acciones se comprende todo lo quiere decir, ayudado de algunas palabras; empieza á recobrar la facultad del lenguaje y persiste la sordera del oído derecho.

En la región fronto parietal izquierdo se nota una depresión de 2 cents. en su mayor profundidad y que se extiende unos 12 centímetros de arriba abajo y unos 8 de delante atrás, faltando el hueso en toda esta extensión por las diversas trepanaciones que se le han practicado: presentando movimientos de expansión isícronos con el pulso radial.

* * *

Este caso confirma una vez más el hecho de que el centro de la palabra se encuentra á la izquierda, por cuanto la afasia fué el único signo que decidió al cirujano á trepanar en el lado izquierdo, en contra de la opinión de otros de sus colegas que en vista de la sordera derecha y del flujo seroso de ese mismo la-



do, pensaban se debía operar en el lado derecho al nivel de la apófisis mastoidea derecha.

Por otra parte llama la atención las circunstancias de que apesar de los grandes traumatismos que ha sufrido este cerebro, el enfermo se conserva relativamente bien y prueba la enorme resistencia de que es capaz este órgano,

A pesar de la considerable pérdida de sustancia cerebral al nivel de los centros de la palabra, lengua y miembros, el enfermo consigue pronunciar algunas palabras, y con un poco de insistencia se logra enseñarle cada día otras nuevas.

Creemos que la destrucción de estos centros es definitiva: y que la hemiplegia es incurable, pero se impone el hecho de que el enfermo con el tiempo llegará á hablar con más ó menos perfección y no sabemos hasta qué punto podemos pensar en que se está efectuando la educación del pie de la tercera circulación frontal derecha.

*
* * *

Los datos que nos proporciona la clínica son, pues, de una importancia capital, y de una exactitud superior á los que hasta hoy ha dado la esperimentación fisiológica en materia de localizaciones cerebrales.

Seguramente está reservado al porvenir por intermedio de la observación clínica resolver los escabrosos problemas que hasta el día han sido el devaneo de los neurólogos.

J. Ravenna B.

Santiago, Noviembre 12 de 1897

