

Boletín Médico de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

TOMO II.

MÉXICO, 15 DE NOVIEMBRE DE 1902.

2ª SERIE.—NUM. 22

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 5 DE NOVIEMBRE DE 1902.

Patogenia de las neuritis ópticas.

El Sr. Dr. Hurtado manifestó: que aprovechando la oportunidad de encontrarse presentes los Sres. Dres. Lorenzo Chávez y José Ramos, deseaba oír la opinión de dichos señores acerca de la patogenia de las neuritis ópticas, consecutivas á tumores intracraneos, pues actualmente tiene en estudio una enferma que le recomendó el Sr. Dr. Emilio Montaña, la cual además de una neuritis óptica que reconoció el referido oftalmologista, lleva también un tumor de la bóveda craneana. No ha podido hacer un examen muy completo de los síntomas de dicha enferma, pero sí ha podido convencerse de que no oye, hay torpeza cerebral y amnesia verbal; signos que hacen suponer una lesión de la corteza cerebral. La enferma está muy pálida, con facies de amaurotica, pero su marcha no es temblorosa, aunque sí parece ejecutarla por medio de brincos. Las pupilas están inmóviles y hay un ligero reflejo palpebral. La sensibilidad se conserva intacta, así como el sentido muscular. El pulso es de 184 pulsaciones por minuto, pero son iguales en ambas radiales, y esta aceleración no está de acuerdo con la idea de tumor cerebral, en cuyo caso siempre hay detención del pulso.

El tumor que tiene esta enferma está situado en la región parietal del lado derecho; es aplastado, sesil, y no hay alteración de la piel; se extiende de arriba á abajo hasta el hueso temporal, y no hay surco apreciable que lo limite; no es translúcido y da una sensación apegaminada por el tacto.

Entre los antecedentes de la enferma hay un hecho importante, y es el relativo á que dice que hace dieciocho meses recibió muchos golpes en la cabeza; pero no parece tuberculosa ni sifilítica. En tal virtud él se inclina á creer que se trata de un tumor que al principio fué intracraneano que ha traído como consecuencia concomitante una tensión interior no muy grande, supuesto que no se observa ninguna parálisis. Pero es un quiste hidático, que son tan raros en México? es un glioma? un fungus de la dura madre? un carcinoma? ó un sarcoma de los huesos, en cuya etiología Chipault y Kirmisson hacen desempeñar papel importante á los traumatismos del cráneo?... Es difícil decidirlo.

La intervención también es muy aventurada; pero si se abandona á la enferma moriría indudablemente. En su concepto debe hacerse una incisión en U; ver el aspecto del tumor y si las paredes huesosas están destruidas, no ir más allá.

El Sr. Dr. Chávez: —No recuerda haber visto á la niña de que habla el Sr. Hurtado, lo que se explica por el número grande de enfermos que atiende en el hospital de la Luz. Es partidario de la intervención en los casos de neuritis óptica, provocada por tumor cerebral; pues según la teoría de Parinaud y Sourdille, el edema cerebral se propaga al nervio óptico. Las neuritis se mejoran y algunas se curan. Los casos de neuritis ópticas por diversas causas no son raros; en su consulta se presentan al año, como 12. Es partidario de la intervención moderada, por las coronas de trépano, con el objeto de disminuir la tensión intracraneana. En el hospital San Luis, de París, la estadística de operaciones de trépano es muy favorable; da una mortalidad de sólo 4 %, y es de brillantes resultados para mejorar y salvar la vista. En los anales de oculística se encuentra referida la historia de un caso de atrofia papi-

lar curada, no obstante que databa de 12 años.

El Sr. Dr. Ramos.—En el caso, se trata de un tumor comunicante que bien podría llamarse mixto, por estar tanto en el interior como en el exterior del cráneo. La Medicina, la Cirugía y la Oftalmología, tienen muchos puntos de contacto y se puede decir que se hermanan, se dan la mano. El interés científico de la cuestión propuesta es grande y suscita tres cuestiones:

1ª ¿Existe un tumor cerebral?

2ª ¿Cuál es su naturaleza?

3ª ¿En dónde está situado?

Que existe un tumor cerebral es posible saberlo en la mayoría de los casos, y sus síntomas son tan conocidos que sería por demás repetirlos; tales son la cefalalgia que se exagera por las noches, el insomnio, las perturbaciones intelectuales; aunque más bien que perturbación, hay depresión y la epilepsia Jacksoniana. La enferma tiene accesos epiléptiformes.

La sordera de la enferma indudablemente que es central; lo demuestra el hecho de que oye mejor el reloj cuando se aplica directamente en el apófisis mastoide que cuando se coloca delante del oído. Una prueba más precisa pudo haberse hecho con el diapasón.

En muchas ocasiones no se puede averiguar la patogenia de las neuritis ópticas. Se han dado diferentes explicaciones y se han tratado de explicar por infección, por propagación, por inflamación; pero lo cierto es que ninguna hipótesis es satisfactoria. La compresión cerebral no es siempre la causa. En más de 50 % de casos de tumor cerebral no se presenta la neuritis óptica. En la clínica del Dr. Galesowski, se presentó un hecho que fué probante, de que la compresión cerebral no es siempre la causa de las neuritis ópticas; tal parecía por sus detalles, un hecho experimental, más que de observación. Se trató de un niño con neoplasia cerebral y neuritis óptica; pues bien, las suturas de los huesos del cráneo no estaban soldadas y no había, por consiguiente, compresión.

Tampoco está averiguado que sea la infección la causa; hechos claros lo demuestran no habiéndose encontrado ningún microbio en el trayecto, desde el neoplasma, hasta los nervios ópticos. ¿Se verifica por las vainas del nervio

óptico ó por los linfáticos? Por las autopsias se ha comprobado que la red linfática está perfectamente sana. ¿La infección se propaga de trecho en trecho? El sitio del tumor no tiene relación con la neuritis óptica; tumores colocados en diferentes lugares, pueden determinarla; aunque los tumores del cerebelo son los que más predisponen. ¿Será por estar cerca del centro de la visión? El centro de la visión, admiten los fisiólogos, está en el lóbulo posterior, en el cuneus, el precuneus ó en la sisura calcarina.

Se debe de ser ecléctico; las causas son varias, ¿Por qué cuando hay compresión, se limita al nervio óptico? ¿Por qué no se hace sensible en otros centros? En el pliegue curvo está el centro del elevador del párpado; cuando está lesionado, se produce la caída del párpado (blefaroptosis cortical). Las oftalmoplegias externa é interna se explican por lesión de los núcleos de los nervios, acomodador, esfínter, iriano, óculomotor común, patético y óculomotor externo, que se encuentran en la protuberancia en dos columnas. La neuritis óptica puede observarse sin que haya alteración quinesódica. En el caso del Sr. Hurtado, estaba más cerca de la circunvolución Riolándica y, sin embargo, no había parálisis en los miembros.

Hay dos formas de neuritis óptica; por estrangulamiento y la descendente. Ambas se han encontrado. ¿Cómo se explica que á veces empiece la neuritis por la extremidad ocular del nervio óptico, por la papila? ¿Habría compresión de la vaina del nervio? La naturaleza del tumor no influye. La compresión no es la causa exclusiva de las neuritis. Ha encontrado neuritis ópticas descendentes, después de meningitis; primero era rétrobulbar; pero después descendía y había papilitis clásica. Las eminencias científicas no pudieron ponerse de acuerdo con respecto á la patogenia de estas neuritis en el último Congreso Internacional, de Medicina. De muchas neuritis no se puede determinar la causa.

En cuanto al tratamiento, está de acuerdo con el Dr. Hurtado. La Cirugía invade cada día más el terreno de la Medicina. Cree que se trata de un sarcoma; tumor que no es enteramente raro encontrar en los jóvenes.

El Sr. Dr. Chávez.—Tomó de nuevo la palabra para hacer una aclaración: El Sr. Ramos

ha combatido las ideas patogénicas de infección y compresión. La teoría de compresión de Manz, no es aceptada ya; la de infección de Deutschmann y Leber, está abandonada.

En los Archivos de Oftalmología del año de 95 y en los números del año pasado, se pueden ver las explicaciones de Parinaud. Se trata de un edema sin compresión. El quiasma está en continuidad con la pared anterior del ventrículo.

Las estadísticas de tumores cerebrales que conoce, señalan un 90 % de neuritis ópticas.

El Sr. Dr. Hurtado.—Dió las gracias á los Sres. Chávez y Ramos. Es un misterio la explicación de la neuritis óptica. Parece que el cerebro se acostumbra á la compresión. En un individuo con reblandecimiento cerebral, hasta los dieciocho años de enfermedad apareció la neuritis óptica. Hay varias derivativas de la circulación; las vías venosas, por los senos cerebrales. Si se perturba el equilibrio, hay edemas y neuritis ópticas. En un adulto que va á operar, procederá con cautela; hará diez ó doce perforaciones y no fracturará las paredes hutesosas; no incindiré la dura madre. Procuraré la descompresión, y si no bastare, recurriré después á la más amplia intervención.

A pedimento del Sr. Hurtado, el señor Presidente nombró una comisión para examinar al enfermo. Fueron designados para ella, los Dres. Ramos, Chávez y Urrutia.

Secretario primero,

J. P. GAYÓN.

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 12 DE NOVIEMBRE DE 1902.

Nuevo procedimiento para descubrir en la sangre los hematozoarios de Laverán, por el Dr. Miguel Otero.—Discusión.—Informe de la Comisión que se nombró para hacer el estudio de la enferma de neuritis óptica perteneciente al Dr. Hurtado.—Opiniones acerca de la etiología de esta clase de padecimientos.—Discusión acerca de si debe ó no intervenir en los casos de tumores cerebrales.

El señor segundo Secretario dió lectura á un trabajo del socio correspondiente en San Luis Potosí, Dr. Miguel Otero, titulado: «Nuevo procedimiento, sencillo y seguro, para la

demostración del hematozoario de Laverán.»

Concluida su lectura el Sr. Dr. Hurtado manifestó: que en su concepto el método del Sr. Otero no presentaba ninguna novedad, pues siempre se ha recomendado que se estudien *in natura* y en el campo del microscopio todos los líquidos orgánicos. Desde que Laverán hizo su descubrimiento practicaba así sus análisis, poniendo una gota de sangre entre dos cristales, y esto mismo han hecho después todos los investigadores; reservándose el método de las coloraciones para cuando se hacía necesario remitir á alguna distancia las preparaciones. En comprobación de sus asertos interpelló al Dr. Gayón acerca del particular.

El suscrito, obsequiando la interpelación anterior, dijo: que efectivamente desde que Laverán dió á luz su descubrimiento recomendaba que se hiciese el estudio de la sangre *in natura*, principalmente con el objeto de que pudiesen apreciarse las flagelas de los hematozoarios, las que al moverse producían movimientos también en los glóbulos rojos al desalojarse, no pudiendo hacerse su estudio de otra manera porque estos apéndices no se tiñen con los colores de anilina.

Cree que el Sr. Dr. Otero hace consistir la novedad de su método en hacer la observación hasta ocho ó nueve horas después de puesta la sangre entre los cristales, haciéndose en este momento, según dice dicho Sr. Dr. Otero, más perceptibles dichos parásitos. Esta opinión no puede rectificarla ni ratificarla, porque no ha tenido oportunidad de hacer una observación en estas condiciones, pero en sentir de la mayoría de los bacteriologistas, cuando las preparaciones envejecen se pierden los detalles.

El moderno procedimiento de Romanowsky, que permite teñir también los núcleos, y el examen de la sangre fresca son enteramente necesarios en esta clase de investigaciones.

El Sr. Dr. Ramos, interpellado por el señor Presidente acerca de la comisión que se le dió en la sesión pasada, dijo: que había pasado al hospital San Andrés para examinar á la enferma del Sr. Dr. Hurtado, y encontró que tiene un tumor voluminoso, renitente, y que presenta todos los signos de un tumor intra-craneano; pero este asunto lo deja al Sr. Dr. Urrutia, para ocuparse exclusivamente de lo que corresponde á la lesión ocular.

Examinando en el cuarto obscuro á la enfer-

ma encontró: una inmovilidad completa de las pupilas, midriasis absoluta, y la enferma es seguro que no tiene ninguna percepción luminosa; pues ni con el haz luminoso concentrado por la lente del oftalmoscopio, se puede hacer contraer la pupila. La esclerótica no presenta nada notable, y los medios transparentes están diáfanos, en el nervio óptico se nota un disco completamente blanco, que indica una atrofia blanca y no una neuritis; las arterias sumamente delgadas y las venas flexuosas, no se encuentran los signos de hemorragia. En el ojo izquierdo era posible ver estos detalles, en el derecho no se percibía nada. En resumen, hay atrofia blanca cerebral, por edema; y no atrofia gris, que es medular.

En seguida dió lectura á un trabajo que escribió el orador hace algún tiempo, donde se ponen de manifiesto las diversas teorías que se han dado para explicar las neuritis; y terminó asegurando que en esta clase de padecimientos intervienen muchos factores para darles nacimiento. La existencia de una neuritis no sirve tampoco para diagnosticar el sitio del tumor encefálico; pero sí hay otros síntomas, como la caída del párpado superior, que es debida á una lesión del pliegue curvo.

El Sr. Dr. Urrutia dijo: que la cuestión que está al debate aunque muy importante y de actualidad, no ha pasado todavía del terreno de la teoría, y se discute mucho acerca de ella.

En la enferma del Sr. Dr. Hurtado los fenómenos cerebrales producidos por el tumor son muy vagos; la marcha ha sido rápida, y su desarrollo se ha efectuado hacia el exterior del cráneo, produciendo más bien una hipertensión que una compresión. Parece un tumor maligno que se ha desarrollado en la porción huesosa.

Respecto del tratamiento, él cree que si el médico está desarmado, el cirujano también lo está, pues es seguro que si se interviene la enferma perece.

En algún otro caso tal vez se busque un resultado parcial que atenue los síntomas más serios. Así pudiera ser útil la intervención para mejorar la afección ocular, pues si depende de aumento en la tensión y no hay atrofia papilar, hay probabilidades de obtener un buen resultado, pero no pasa lo mismo respecto de la psicosis.

En el caso particular de que se trata, como

el tumor es muy voluminoso, si se extirpa no hay después tejidos con que cubrir la brecha. Además de esto es muy vascular, está en comunicación con la masa encefálica, y por lo mismo la operación puede producir la hipertermia, ó un edema agudo del cerebro. A esto hay que agregar que la infección sería inevitable.

La estadística de 130 casos observados en el cadáver demostró que aun en el cadáver hubiera sido imposible la extirpación, en 20 casos. En el vivo la estadística no es muy halagadora.

El cirujano está desarmado. Antes de emprender la operación debe pensarlo y vacilar para no desacreditar la Cirugía. El Dr. Hurtado va á encontrar dificultades.

El Sr. Dr. Chávez.—La enferma de que habla el Dr. Hurtado no está registrada en el libro del hospital de la Luz ni la conoce él. Estuvo en el hospital San Andrés y no pudo examinarla, porque el cuarto de observaciones oftalmoscópicas de la Clínica estaba cerrado; pero encargó al Dr. Graue que reconociera á la enferma. Este señor encontró atrofia completa de las papilas, por neuritis por extrangulación, puesto que hay señales de edema.

La teoría de Parinaud sobre la patogenia de las neuritis ópticas que formuló en 85, la reformó en 95. El Dr. Chávez acepta la teoría de Parinaud modificada por Sourdille.

En las obras clásicas se encuentran opiniones semejantes: así por ejemplo, en el Tratado de Enfermedades de los Ojos de Panas, se lee, en la página 685, lo que sigue: "Un edema papilar pronunciado, debe hacer pensar en un neoplasma; según las estadísticas de Annuski y de Reich, sobre cien casos de tumores cerebrales, no había menos de 95 en que este síntoma existiera."

El Dr. Chávez cree peligrosa la intervención en la enferma del Dr. Hurtado.

El Dr. Hurtado al tomar de nuevo la palabra, dijo que es preciso implantar la cirugía nerviosa entre nosotros; hay el material suficiente de enfermos. En la mañana del día de la sesión operó á la enferma; la operación fué muy difícil y el estado de la paciente es grave; probablemente morirá. Recordó aquel enfermo que tenía sus pupilas completamente paralizadas y que después de la operación volvió á ver y sus pupilas se contrajeron. La estadística de Amsterdam es muy satisfactoria. La enferma fué recamarera y tuvo que abandonar esa ocupa-

ción, á causa de su enfermedad. Tuvo amenoreas, debilidad, vértigos y vómitos, dolores de cabeza y ataques de epilepsia. Hace tres días, tuvo un momento de lucidez y dijo que ya no tenía vómitos ni dolores de cabeza, lo que se explica por la descomposición que experimentó la masa encefálica al hacerse el tumor exterior.

Había exoftalmía, el cuerpo tiroides había crecido y también se comprobó taquicardia; es decir, la triada sintomática del mal de Basedow. ¿La existencia del tumor podrá explicar esta sintomatología? Se cloroformizó á la enferma, sujetando desde el principio la lengua con pinzas.

El tumor muy voluminoso, se desarrolló en plena substancia cerebral, en región psico-motriz y, sin embargo, no hubo parálisis.

El Dr. Hurtado se declara convencido partidario de las intervenciones y cree humanitario el operar.

El Dr. Urrutia.—No olvidar, en estas intervenciones, las enseñanzas del anfiteatro.

J. P. GAYÓN.

ASUNTOS CIENTIFICOS

QUE SE TRATARON EN LA

SESION DEL DIA 19 DE NOVIEMBRE DE 1902.

Presentación de un cerebro perteneciente á una enferma de neuritis óptica.

El Sr. Dr. Hurtado continúa ocupándose de los tumores cerebrales y comenzó lamentándose de que en la prensa se hubieran desfigurado los hechos referidos en la Academia y diciendo que él, por su parte, se propone tratar la cuestión con reposo. En el informe anual del primer secretario constará la verdad.

No lleva otras miras que las de adelanto personal y de oír la opinión de sus socios, para ilustrarse; pues no desea proceder por su propia inspiración.

Además, como los enfermos de los hospitales no cuentan con los recursos de los de la clientela privada, se propone suplir las juntas de médicos, oyendo la opinión de los señores académicos, sobre sus enfermos.

En apoyo de sus ideas, están las de Lehmann, de Berlín en la tercera edición de su obra, y las estadísticas de Chipault. Ciertamen-

te, en casos de tumores cerebrales, el resultado de la intervención es menos halagador que en otras operaciones; pero no es del todo desfavorable.

Tuvo que operar á su enferma, no obstante la oposición del Sr. Urrutia, porque su estado empeoraba por momentos. Su circulación era característica; había taquicardia; el número de pulsaciones era de 184 por minuto y 3 ó 4 días después, bajó á 124; el pulso era débil.

En el ojo derecho había protusión de él (exoftalmía). Chipault ha notado este fenómeno del lado lesionado. El cuerpo tiroides estaba crecido. Existía el síndrome de Basedow, cuya patogenia la atribuye el Dr. Hurtado, á irritación del neumogástrico y del simpático, producida por el tumor.

En vista de los accidentes que sobrevinieron durante la operación, practicó rápidamente una incisión en el 4º espacio intercostal izquierdo, para excitar el corazón que estaba contraído, habiendo hecho una incisión sobre el pericardio. El corazón respondió desde luego. Se hizo, además, una inyección de un litro de suero artificial, en la vena basílica.

Operó, circundando la base del tumor, á un dedo de distancia, haciendo un colgajo de base inferior. La incisión rápida. La venda elástica alrededor de las sienes, favorece el engurgitamiento y la hemorragia venosa.

En otra ocasión, hará la incisión en 3 ó 4 tiempos y como le ha aconsejado el Dr. Toussaint y se lee en los autores, reunirá los labios de la herida por un surgete y realizará la hemostasis por focipresura, con pinzas suaves y elásticas.

El hueso no estaba infiltrado por el neoplasma.

Era un tumor encapsulado, de límites circunscritos, de superficie exterior lisa; no invadía el periostio ni la piel. La parte interna era doble que la externa. Era duro y fibroso, estaba en el lóbulo parietal, algo en el temporal. La dura madre sana y no infiltrada; transparente.

Se interesaron las circunvoluciones del lóbulo del pliegue curvo, la del pliegue curvo, la supramarginal. La parietal ascendente no estaba comprimida. Las venas del surco de Rolando estancadas (stase). La primera temporal, donde radica el sentido muscular, no estaba interesada. El tumor comprimía las 1ª y 2ª.

temporales, afectas á la audición. La ulceración de la 2ª temporal, se extendía al lóbulo del pliegue curvo y al pliegue curvo. La compresión cerebral explica los fenómenos cerebrales. En la compresión cerebral el pulso es lento; en la enferma estaba acelerado, por irritación del neumogástrico, por compresión del bulbo. El tumor ahuecó una cavidad que llegaba hasta los lóbulos temporal y occipital.

La compresión de los centros de la visión (cuneus, precuneus, lóbulo cuadrado), explicaba las perturbaciones visuales; pero los ventrículos no estaban dilatados; no había edema del cerebro ni hidrocefalia que explicaran la neuritis óptica, según la teoría de Parinaud.

El tumor es no muy maligno, de color verdoso, ocreo (cloroma). Si el tumor en su masa, era regular, tenía por otra parte, prolongaciones en forma de raíces, irregulares. Extirpado el tumor, pudo llenarse la brecha; no hay que empeñarse en colocar cuerpos extraños para llenarla; sino hacer una curación aséptica. Había aplastamiento de todo el lóbulo occipital. Si se manifestaron síntomas de tumor del cerebelo, fué por la dislocación producida por el tumor cerebral.

En el lóbulo opuesto las circunvoluciones se hallaron sanas; no había adherencias.

En la base del cerebro no se encontró edema ni tubérculos, ni meningitis. Nada en el quiasma. Las perturbaciones del nervio óptico se explicarían por obstáculos á la circulación venosa.

El cerebro sin el tumor, pesaba 1,800 gramos y el tumor 230 gramos.

Los vómitos cesaron cuando cesó la descompresión.

Examen histológico del tumor: Sarcoma de células medias. Núcleos en kariokinesis. También se le encontró algo de la estructura fusocelular. En la parte inferior, era un sarcoma de neuroglia. Estaba pigmentado por las transformaciones de la sangre de las hemorragias,

El Dr. Hurtado dió en seguida lectura á algunos párrafos de la obra de Von Bergmann, en apoyo de sus ideas y manifestó deseos de conocer la opinión del Dr. Urrutia.

Según una tabla estadística inserta en la tercera edición del "Tratado de Cirugía cerebral del Profesor Von Bergmann:" "La extirpación de tumores cerebrales diagnosticados con acierto se consiguió en 116 casos, tratándose en 87 de neoplasmas en las circunvoluciones

centrales, en 12 del cerebelo, en 10 de los lóbulos frontales, en 4 de los temporales y en 3 de los occipitales. Inmediatamente á consecuencia de la operación murieron 29, ó sea 25 por 100. Con respecto á los restantes 87, se nos dice que 60 sanaron; sólo que en 32 casos la curación se limita á la herida operatoria, ignorándose la suerte ulterior de los operados. Con todo, quedan 28 casos, acerca de los cuales se hace constar que en 8 la curación persistía ya más de tres años, en 6 más de dos y en 8 más de un año. En los dos casos de extirpación de sarcomas muy voluminosos operados por Keen y Von Bramann, la curación completa fué comprobada aún al cabo de cinco y ocho años respectivamente, á pesar de tratarse de los tumores más grandes extirpados hasta hoy.

Enfrente de estos casos felices tenemos un gran número de operaciones en que se abrió el cráneo sin encontrar un tumor, ó éste resultó tan voluminoso que no pudo intentarse siquiera su extirpación; durante la enucleación sobrevinieron hemorragias, prolapsos, choque ó desmayos, obligando al operador á renunciar á su intento dejando la operación sin acabar. En 16 la autopsia, hecha poco después, demostró que en la cavidad craneal no había tal tumor, en 89 existía el neoplasma, pero en otro sitio que el diagnosticado, y en 43 era demasiado grande ó difuso para poderlo enuclear. Mientras que de los operados en que el tumor se encontró y extirpó sólo murieron 25 por 100, en éstas, que pueden calificarse de craneotomías exploratorias, la mortalidad fué de 47,7 por 100.

Los Drs. White, v. Beck, Seydel y Oppenheim estudiaron la cuestión de la posibilidad de operar los tumores cerebrales, valiéndose para ello de los datos recogidos en los casos en que pudo practicarse la autopsia. White halló que de 100 tumores encontrados en el cadáver á lo sumo 9 hubieran podido extirparse, mientras que los otros 91 se hallaban en puntos inaccesibles ó eran tan difusos que habría sido imposible deslindarlos; otros no habían perturbado ninguna función cerebral, quedando por decirlo así, completamente latentes en el concepto clínico y constituyendo por este motivo un hallazgo verdaderamente fortuito en el acto de la necropsia. Según Seydel, de cien casos que pasaron por la sala de autopsias de Munich, solamente tres habrían podido diagnosticarse y también extirparse; en cambio,

según v. Beck, ante cien casos autopsiados en Heidelberg había diez y seis operables. De sumo interés es la reseña de Oppenheim de veintitrés casos observados por él mismo y comprobados por la autopsia, de los cuales sólo en uno habría podido intentarse la operación.

Para declarar operable un tumor, aun en la región motora, que es la más accesible, hemos de tener una idea de sus límites, de si es enquistado ó difuso, de cuál es su volumen, y finalmente, de si se halla situado inmediatamente bajo la dura madre ó en la profundidad de la sustancia blanca. Tenemos muy pocos datos para formarnos concepto acerca de estas importantes relaciones; cuanto mayor es el tumor, más pronunciada suele ser la congestión de la papila. Los tumores incapsulados necesitan mucho tiempo para desarrollar el cuadro clínico completo, los difusos requieren menos. Es, finalmente, una observación médica incontestable que los portadores de esta última clase de tumores tienen aspecto de sufrimiento y de enfermedad grave.

El que una vez ha dignosticado con acierto y extirpado con éxito un tumor de la región motora, seguramente no querrá cruzarse de brazos cuando sospecha un tumor en otra provincia cerebral que no ofrece fenómenos tan característicos de irritación y defecto como las circunvoluciones centrales. Así se explica el número relativamente grande de operaciones sobre dignósticos inciertos, pues no disponemos de otros recursos que los mencionados síntomas generales de compresión y las locales peculiares de las diversas regiones cerebrales. En este campo fronterizo de clínicos internistas ó neurólogos y de cirujanos, sólo la cooperación aumentará los buenos éxitos y abrirá nuevos campos al arte operatorio, y en efecto, últimamente se han hecho operaciones de tumores de la base del cráneo y de la cara inferior del encéfalo. Halagüenos no son los resultados hasta ahora; más el aumento del número de tumores cerebrales felizmente comprobados, no dejará enfriarse el celo del cirujano unido con el neurólogo. En el cerebelo hay bastantes veces tumores que no se revelan por ningún síntoma, y los tumores cerebelares que dan lugar á trastornos atáxicos y parálisis de uno y otro nervio cerebral no producen estos síntomas porque el tumor destruya un punto determinado del encéfalo sino por dislocación de segmentos mayores del cerebelo, es-

decir, en forma de efectos de vecindad y de lejanía. Algo análogo sucede con los tumores basales de las fosas medias del cráneo; la dislocación del cerebro á ellos debida produce dos efectos: la obstrucción de las comunicaciones entre los ventrículos con hidropesía ventricular unilateral, y luego efectos remotos en el bulbo raquídeo.

Del propio modo que la teoría moderna de la localización de las funciones cerebrales en combinación con la teoría de la comprensión cerebral ha hecho posible el dignóstico de los tumores encerrados en el cráneo, la intervención operatoria ha hallado un método práctico en la *resección osteoplástica* de Wagner. La resección osteoplástica permite examinar una porción cerebral mayor y nos dispensa de la necesidad de determinar escrupulosamente el punto de la corteza cerebral que corresponde al centro del supuesto neoplasma. En la actualidad, cuando sospechamos un tumor en el centro del facial, ponemos á descubierto toda la región motora y así no solamente encontramos con mayor facilidad el tumor mismo, sino que también alcanzamos sus límites; en una palabra, creamos para una extirpación radical del neoplasma las mismas condiciones favorables que nos ofrece la superficie del cuerpo.

Por más que sean de desear mejores resultados de la extirpación de tumores cerebrales que los que actualmente constan en los anales de la ciencia, no debe olvidarse ni ahora ni luego que el *tratamiento quirúrgico es el único que puede librar al enfermo de una afección realmente incurable*. Aun el tumor más benigno resulta mortal en el cráneo por su crecimiento y por el espacio que requiere; sin operación, no hay sino una terminación posible: la muerte. Agréganse á esto los tormentos que el crecimiento del tumor provoca; la cefalalgia, la ceguera, las parálisis, etc. De ahí el afán de los médicos en los casos en que la operación es impracticable por causa del asiento, volumen y límites indefinidos del tumor intracerebral, para aliviar al desgraciado paciente mediante *operaciones paliativas*, como son las aberturas del cráneo, las punciones ventricular y lumbar, es decir, operaciones encaminadas á disminuir la compresión del encéfalo. Horsley, en el Congreso Internacional de Berlín, recomendó las trepanaciones paliativas, especialmente en un caso de tumor cerebelar obtuvo una mejoría muy

notable, desapareciendo por completo por espacio de seis meses los movimientos forzosos (rotaciones alrededor del eje del cuerpo) y los dolores de cabeza. También produjeron alivio la punción del ventrículo lateral repetida tres veces por Beck en un caso de tumor cerebelar y el desagüe del ventrículo hecho por Broca, en un tumor del quiasma del nervio óptico. Con mayor frecuencia se han empleado las punciones lumbares, resultando algunas veces peligrosas. La rápida salida del líquido cerebro-espinal puede haber provocado hemorragias, tratándose de un tumor muy vasculoso, pues varios pacientes murieron de repente después de la pequeña operación.

El Sr. Urrutia quedó con el uso de la palabra, para la próxima sesión.

J. P. GAYÓN.

HIGIENE PUBLICA.

LA DEFENSA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Señores:

Vengo de nuevo á ocupar la atención de la Academia sobre el asunto que está á la orden del día en todas las sociedades médicas "*La defensa contra la tuberculosis.*"

Voy agregar algunas cifras á las que tuve la honra de presentar á esta docta Corporación en 1899, para demostrar que en el corto espacio de tiempo que desde esa fecha ha transcurrido, el número de defunciones por tuberculosis ha aumentado, según puede verse en el siguiente cuadro:

Años	Tuberculosis de los pulmones	Tuberculosis de las otras regiones	SUMAS
1889	933	291	1224
1890	1063	301	1364
1891	903	367	1270
1892	1064	531	1595
1893	1196	591	1787
1894	982	464	1446
1895	1041	297	1338
1896	1165	353	1518
1897	1115	454	1569
1898	1127	404	1531
1899	1247	456	1703
1900	1155	705	1860
1901	1345	668	2013
Sumas	14336	5882	20218

Como se ve en los tres últimos años, las cifras 1703, 1860 y 2013, son superiores á cada una de las de los años anteriores, lo que demuestra el aumento de la enfermedad. Estas cifras significan que las tentativas hechas para combatir la enfermedad han sido insuficientes, y que tenemos la obligación de modificar los medios de nuestra defensa para hacerlos eficaces, si de esta causa depende el mal éxito, ó averiguar si las medidas son buenas, pero no han sido llevadas á cabo convenientemente; ó bien si deben cooperar—como yo lo creo—con el Consejo todas las corporaciones médicas, todas las de beneficencia, las sociedades mutualistas, las corporaciones municipales y políticas, la iglesia, la prensa, en suma, todos y cada uno de los ciudadanos.

El contingente que el Consejo ha dado para esta lucha, es la publicación y redacción de su folleto "*Defensa contra la tuberculosis,*" (anexo núm. 1), las "*Instrucciones para las personas que padecen del pecho y para las que les rodean,*" (anexo núm. 2); la propaganda hecha por sus miembros en los Concursos Científicos; las excitativas al Ministerio de Justicia para hacer la vigilancia de los tuberculosos en los colegios y las escuelas que de él dependen; á la de Guerra para poner en práctica en los cuarteles las medidas aconsejadas, y en las oficinas que dependen de esa Secretaría; en los otros Ministerios, para recomendarles que en todas las oficinas que dependen de ellos se pongan las escupideras y se obligue á los empleados á no escupir sino en ellas; al Ayuntamiento de la capital para que dé las mismas disposiciones en las oficinas que de él dependen y en los teatros y lugares de reunión.

El Consejo se ha dirigido á todos los médicos de la capital, en una carta, (anexo núm. 3), pidiéndoles su autorizada cooperación en una obra á la que están llamados especialmente por su carácter de consejeros de la higiene privada, en el seno de las familias que les consultan; por su indiscutible competencia en la materia; por el hábito de persuasión que han adquirido en el ejercicio de su profesión; por el conocimiento que tienen de cada uno de los enfermos que asisten y que les permite espiar el momento oportuno para hacer á los tuberculosos la declaración de la enfermedad que padecen; para inculcarles las precauciones que han de tomar para curarse y para no perjudi-