

Varios de estos caracteres pudieron convenir á la larva de la *Lucilia Mecellaria*, Rovineau Duvordy; ó sea la *Lucilia hominivorax*, Coquerel ó *Calliphora* anthropófaga, Conil. Nombres todos sinónimos. Descripción de la larva de esta especie mosca la trae el Dr. Sánchez en su zoología y se refiere, según dice, á la del insecto que vive en la Guayana y que conviene perfectamente á la de Monterrey según el Dr. González. Yo, sin embargo, encuentro diferencias con la mía, tanto comparándola con la de la Guayana como con la del Valle de México; pero como estas descripciones de larvas pueden variar mucho por las condiciones diversas en que se producen aun cuando provengan del mismo insecto, no podríamos, con los datos que he apuntado, decidir nada de exactitud. Solamente puede asegurarse que los que presento pertenecen á los que producen los insectos de la familia de los Muscida, especialmente á la *Lucilia hominivorax* que es la que elige para vivienda de su progenitura las fosas nasales del hombre y de los mamíferos.

Ahora bien, ¿cómo explicar la introducción de las larvas en las fosas nasales de nuestro enfermo? ¿Qué recomendaciones habría que hacer para precaverse de estos ataques, especialmente en los alrededores de la Villa de Guadalupe y de Cuautitlán donde abundan esas moscas y matan cada año numerosos borregos por las larvas que introducen en las narices de esos mamíferos? Será esto punto objeto de otra memoria que procuraré presentar á esta docta Academia.

Por ahora: termino poniendo á disposición del Dr. Sánchez y de mis consocios en general, algunas de estas larvas por si gustan estudiarlas, y hacer la clasificación correcta, para que nos ilustren con sus estudios.

México, Diciembre 3 de 1902.

F. ALTAMIRANO.

CIRUGIA CRANEAL.

DOS OBSERVACIONES DE CRANIECTOMIA CON EXITO OPERATORIO Y MEJORIA DE LAS MANIFESTACIONES MITOMATOLOGICAS, QUE CONSTITUYEN EL FUNDAMENTO DE LA INTERVENCION.

SEÑORES CONSOCIOS:

Teniendo que efectuar un corto viaje en el próximo mes de Diciembre á la Union Americana, con el fin de ampliar mis escasos conocimientos sobre Neurología quirúrgica, ruego á ustedes se sirvan dispensar la incorrección de estas páginas de observación clínica, que únicamente presento con el fin de no aplazar, si que más bien adelantar, mi trabajo reglamentario, cuyo turno corresponde al día 17 de Diciembre.

PRIMERA OBSERVACION.

Craniectomía temporal, para remediar manifestaciones epilépticas (gran mal) dependientes de Hemiplegia cerebral izquierda, consecutiva á meningitis crónica de la región psicomotora derecha. Desprendimiento y reapiación de la rodela. Curación operatoria. Notable mejoría de la epilepsia hasta el día en que se presenta á la enferma.

El día 15 de Septiembre del año actual ingresó en mi servicio quirúrgico la niña Carmen Hernández, de México, de 14 años.

Antecedentes: Muy pocos se pudieron recoger por ser huérfana, estando á cargo de una tía que se desprendió de la niña, colocándola al servicio doméstico, de plimama en la casa de una familia pobre con quien permaneció dos años.

Presenta el síndrome completo de la hemiplegia cerebral espasmódica caracterizándose por parálisis de los miembros superior é inferior izquierdos, y muy ligera parálisis del facial inferior, de cuya presente y crónica dolencia no pudimos obtener los datos precisos de su aparición; ni aun después de operada la enferma pudimos reconstituir la historia clínica de la meningitis que demostramos existir al practicar la intervención quirúrgica, lo cual ocurre con frecuencia en la práctica hospitalaria y pone de manifiesto la incuria é indolencia de nuestra gente pobre.

La constitución de la enferma marcadamen-

te linfática, revelando su facies apatía y torpeza intelectual muy cercanas de la idiotez.

La cara es asimétrica, pareciendo menos desarrollada del lado izquierdo. La nariz es fuertemente aplastada. Los lóbulos de la oreja y la bóveda palatina son normales.

La circunferencia del cráneo es de 49 centímetros.

El diámetro biauricular mide 32 centímetros, siendo $15\frac{1}{2}$ correspondientes al izquierdo y $16\frac{1}{2}$ al derecho.

El inio-ocular izquierdo de $17\frac{1}{2}$. El derecho de 16.

Del nacimiento de la oreja al vertex y del lado izquierdo $14\frac{1}{2}$; del lado derecho $14\frac{1}{2}$.

El diámetro naso-lambdaide izquierdo de $26\frac{1}{2}$. El derecho de $25\frac{1}{2}$.

La circunferencia del cuello de 29.

La del torax de 89.

Longitud del brazo derecho, 25 centímetros, 46 y $61\frac{1}{2}$.

El izquierdo en sus porciones correspondientes, 24-43 $\frac{1}{2}$ y 56.

La circunferencia del brazo en la axila izquierda 20. En el codo 18. En el puño $11\frac{1}{2}$.

En el lado derecho: 22-19 $\frac{1}{2}$ y 14, respectivamente.

En el miembro inferior izquierdo desde la espina iliaca ante-superior hasta la rodilla 40. Hasta la epífisis interna femoral 35.

Del lado derecho: 40 y $34\frac{1}{2}$.

Circunferencia del muslo derecho 40 $\frac{1}{2}$.

Circunferencia del izquierdo de 39.

La longitud de la tibia derecha es de 24.

La de la izquierda de 23.

Circunferencia al nivel del cuello del pie derecho de 17 y $15\frac{1}{2}$ la del izquierdo.

Por medio de estos datos de la medición y por el examen atento del cuerpo de la niña, se puede apreciar la irregularidad ó defecto que se acentúa en el lado izquierdo, todavía más si de la observación se pasa á la palpación de las masas musculares, por cuyo medio exploratorio se viene en conocimiento de la atrofia exagerada que han sufrido algunos grupos musculares, muy particularmente los pronadores del antebrazo, atrofia que traduce la correlativa que han sufrido, sin género de duda, las células motoras de las astas anteriores de la médula, si recordamos los últimos progresos realizados en la anatomía patológica de la degeneración del haz piramidal en casos análogos.

Quedó establecida por el examen clínico la existencia de hemiplegia izquierda con atrofia y contractura del antebrazo, la mano y el pie.

La posición habitual del brazo es la de apoyo sobre el lado izquierdo del torax.

El antebrazo está en ligera flexión y aducción.

La mano en pronación exagerada, ofreciendo la forma de *garra*.

Existe impotencia del miembro superior enfermo siendo necesario el auxilio del sano para poder elevarse aquél y dirigirse con cierta amplitud.

El pie izquierdo es aplastado (pie plano) dirigiéndose hacia dentro la punta de los dedos.

El examen ocular no reveló nada notable y con el oftalmoscópico no se encontró ninguna particularidad que pudiera ayudar al diagnóstico de la lesión cerebral.

La agudeza visual y auditoria, normales.

Falta toda perturbación sensorial.

El sentido estereognóstico no está perturbado, encontrándose la sensibilidad cutánea conservada en todas sus modalidades.

Los reflejos superficiales y profundos se encuentran ligeramente aumentados en el lado paralizado.

El carácter de la niña es habitualmente tranquilo, revela inatención y falta de comprensión, pero cierto número de días antes de que se manifiesten los ataques comiciales, se revela muy decaída de fuerzas y triste de ánimo dejando de tomar sus alimentos y excitándose extraordinariamente pocas horas antes de que aquéllos sobrevengan; arranca á correr con cierto símil de inclinación hacia el lado derecho (movimiento de *manège*) como el que es propio de las afecciones del cerebelo; destruye con sus manos sus ropas y las de su cama, y finalmente, aqueja honda angustia sobreviniéndole la crisis epiléptica bajo la forma del gran mal completo, no faltando el grito inicial, la incontinencia de orina y la espuma bucal.

Si es cierto que los accesos se retardan por espacios de 8, 15 ó 20 días, en cambio, no bajan de 10 ó de 15, los que sufre en un solo día y suele durar con ellos dos ó tres días; habiendo sido en número de 30 los que se observaron la semana que precedió á la operación, constituyéndose un estado semejante, si no igual al llamado *estado epiléptico*, por cuyo motivo se apresuró la intervención quirúrgica, aprovechándose del interregno que se precedió á esta manifestación sub-entrante de las crisis nerviosas.

Opté por realizar la *craneotomía* con colgajo de Wagner modificado, asignándole el carácter de exploradora en primer término, y, después, el de descompresora, por faltar datos precisos para afirmar la magnitud y la extensión de los desórdenes cerebrales productores del síndrome clínico brevemente bosquejado.

Me permito hacer constar que poco creí en la existencia de hidrocefalia adquirida, basándome en la ausencia de perturbaciones oculares y en que la diferencia de los diámetros cefálicos ya apuntados, solamente autorizaba á concluir en la asimetría cefálico-facial, indicio indiscutible según mi entender de la degeneración orgánica de la sujeto, ignorando si aquella es congénita.

El diagnóstico quedó apuntado en la fórmula siguiente: Hemiplegia cerebral espasmódica izquierda, acompañada de epilepsia de la forma llamada *esencial*, sobre lo cual creo deber llamar la atención de mis apreciables consocios, pues este hecho apoya las conclusiones recientes de Monacow, Kocher, etc., quienes han recogido un número ya suficiente de casos análogos que vienen desde luego á conmover la creencia general de que las lesiones cerebrales solamente determinan manifestaciones epilépticas bajo forma *parcial* ó epilepsia Bravais-Jaksoniana.

El diagnóstico etiológico revelado por la operación nos hace ahora posible concluir que la *meningitis de la convexidad* fué la causa primordial del estado presente de la enferma, por más que antes dije cómo fué imposible escudriñar con los deudos la época y los caracteres de aquella enfermedad, de la degeneración irremediable de los tractus nerviosos del haz piramidal, cuya degeneración bien comprendimos que no habíamos de remediar por la intervención quirúrgica, cuyo móvil principal se constituyó por el buen deseo de modificar ó por lo menos de intentar un poderoso recurso terapéutico, como creo que es la práctica de la craneotomía descompresiva y que realicé el día 6 de Octubre pasado, mediante anestesia clorofórmica obtenida con 30 gramos. Al principio de la anestesia sobrevino ligero ataque convulsivo limitado al lado paralizado, continuando, en seguida, aquello inmejorablemente.

Se talló un colgajo cutáneo perióstico de base inferior en la región temporo-parietal derecha. La hemorragia fué insignificante y pudo disminuirse mediante la compresión sostenida de

las arterias temporales y la forcipresura de las arteriolas cutáneas á medida que sangraban dichos vasos.

Se aplicaron cinco fresas medianas de Doyen y haciendo uso de la sierra del mismo cirujano, se separó una rodela ósea que midió ocho centímetros de diámetro y fué de forma circular.

Al fin de la operación se desprendió la rodela de los tegumentos á los que se adhería y se pudo reaplicar con éxito posterior, de lo cual podréis convenceros examinando ahora á la enferma.

El espesor medio de la rodela fué de 5 milímetros. Una vez desprendida esta última, nos encontramos con que existía una zona de meningitis crónica que se caracterizó por la opacidad de la dura-madre y por su engrosamiento en una zona un poco mayor que la que correspondía al diámetro de la brecha practicada sobre el cráneo.

Insinuando prudencialmente el dedo índice se pudieron ver y respetar las adherencias organizadas que presentaba la membrana con la lámina interna del hueso. También se observó vascularización anormal de la membrana en la referida zona y como importante, la falta de latidos cerebrales, por cuya razón se incindió circunferencialmente la dura-madre apareciendo entonces la pia, crónicamente inflamada, lo mismo que la aracnoides que estaba desprendida de su adherencia profunda ó visceral, por existir derrame de líquido subaracnoideo, el que comprimía la región psicomotriz del manto cerebral y los contornos de aquella, hallándose fuertemente deprimido el surco rolándico.

Aspirando con la jeringuilla de Pravaz cierta cantidad de líquido, se lavó con solución sódica el campo operatorio, y allí se detuvo la intervención, procediendo á reconstituir la dura-madre con la sutura de catgut del número 0, reaplicando la rodela ósea, la cual se lavó con la misma solución; finalmente, se suturó el colgajo cutáneo colocando una pequeña tira de gaza yodofórmica en la parte alta de la herida, y se aplicó un vendaje compresivo.

Al finalizar, vimos con gusto que se restablecieron los latidos del cerebro.

De curso post-operatorio.—Los tres primeros días subsiguientes á la operación fueron perturbados por alza térmica que no pasó de 38º, y por cefalalgia intensa. Se presentó un solo

vómito bilioso el primer día. Se observaron convulsiones y ligera cefalología en el brazo izquierdo, moderado insomnio, cuyos síntomas interpretamos como de irritación meníngea y que afortunadamente cedieron con el uso de los calomelanos y anti-espasmódicos.

Posteriormente sólo ha habido que anotar el rápido restablecimiento de la enfermita, cuya herida craneal casi está cicatrizada.

Los ataques sólo han vuelto dos ocasiones, han sido muy ligeros, solamente uno en cada vez y aquellas corresponden en fecha al día 16 de Octubre y al 19 de Noviembre, lo cual hace, hasta ahora, un contraste halagador entre la forma, número y frecuencia de las crisis que correspondían al estado que guardaba antes de la operación y que motivó la práctica de esta última.

Acercas de este particular deseamos vivamente ilustrar nuestra práctica, con el fin de modificar nuestro criterio personal sobre conveniencia de adoptar en semejantes eventualidades, la técnica propuesta y ya realizada por Kocher y su discípulo Barezewski, consistente en suturar la dura-madre, de una manera parcial, con el periostio, creando algunos puentes fibrosos (de la propia membrana dural), para dejar así libertado el cerebro de la compresión futura que pueda sufrir al completarse la cicatrización una vez que está demostrado por Cornil y otros histólogos, que en el proceso osteógeno craneal toma una participación activa la dura-madre.

Como quiera que á todas luces resulta más expuesta esta última técnica operatoria y que ya dije me falta experiencia personal, la cual me propongo adquirir á mi regreso de mi viaje á Estados Unidos, me limito reseñarla en esta ocasión.

La niña sigue en observación. Se administran los bromuros y el yoduro sódico con el fin de hacer algo para modificar la meningitis crónica.

SEGUNDA OBSERVACIÓN.

Craniectomía por epilepsia esencial inveterada. Mejoría hasta la fecha.

Juan Manuel Coyula, de 30 años, de Jalapa, soltero, escribiente. Cliente particular del Sr. Hurtado, ingresó por su indicación al Hospital de San Andrés, con el formal consentimiento propio del enfermo y de su familia, convencidos todos de la renuencia del padecimiento

inveterado, para ceder con el uso de los planes terapéuticos que se acostumbra emplear contra la epilepsia.

Antecedentes: Fué sano en la infancia. Hace 19 años comenzó á sufrir ataques de epilepsia esencial, en los primeros años ligeros y retirados y desde hace diez años tan frecuentes que se repetían hasta 5 y 6 veces cada día, siendo de 8 ó á lo más de 15 días el lapso de tiempo que separaba las crisis nerviosas. Mediante el plan fuertemente bromurado, las botellas de Liége y otras drogas lo más que se conseguía era disminuir á 2 ó 3 los ataques que en un día presentaba. Se ocasionó repetidos traumatismo al caer en la vía pública de donde lo conducían á la Comisaría para hacer la primera cura de las heridas que se producían, siendo la última, ocasionada pocos días antes de su ingreso al Hospital, y situada en la cara anterior del puño izquierdo: dicha herida aun no cicatriza, es extensa y profunda y necesitó de varios puntos de sutura que no prendió por estar contundidos los tejidos. Durante algún tiempo abusó del alcohol que usó moderadamente desde hace dos años.

Es un hombre fuertemente constituido, de temperamento sanguíneo-linfático, de alta estatura, de facies vultuosa y plagada la piel de la cara de elevaciones acnéicas medicamentosas que han llegado á supurar y que traducen la saturación de su organismo por la persistencia en el uso de los bromuros diversamente administrados.

Los ataques son completos y su estado mental es de torpeza, vecina de la idiotez, saliendo á veces de su estado de indiferentismo para revestir el de impulsión genuina de los epilépticos de larga fecha.

No ha padecido sífilis.

La madre es sana, de edad avanzada y perfectamente equilibrada. El padre murió de una afección aguda, hace varios años, no habiendo sido alcohólico ni sifilítico. La única hermana ha sufrido ligeros ataques de histeria después de algún puerperio ligeramente séptico, consecutivo á un aborto de tres meses, y es francamente neurópata de gran corpulencia y alta estatura como el sujeto de la observación.

Diagnóstico. Epilepsia esencial inveterada é incurable por los remedios médicos.

Indicaciones. Aunque teníamos por la familia autorización para ejecutar la operación que

más nos pluguiese realizar, optamos por la craneotomía descompresiva, de preferencia á la simpatectomía, que quizá realizaremos más adelante, si la primera intervención que realizamos, no nos da el resultado apetecido.

Operación. 31 de Octubre. Anestesia, con 45 gramos cloroformo, muy difícil y peligrosa por la intensa congestión de la cabeza que sobrevino; parecía que la sangre iba á brotar de la piel de la cara y nos apresuramos á hacer la incisión del colgajo craneano con el fin de que la sangre que manó en cantidad notable, corriese y evitara el peligro de la congestión cefálica. Es este un punto que nos proponemos estudiar con mayores informes y experiencia, á saber: ¿qué indicaciones presenta la sangría en los epilépticos de forma congestiva?

Se colocaron 8 fresas grandes de Doyen sobre el lado derecho del craneo (motivándose la elección en este lado, para evitar cualquiera perturbación subsiguiente, recordando la situación del centro del lenguaje en el hemisferio cerebral izquierdo).

El espesor del cráneo fué considerable y correspondía al que era de suponer tuviera el de un sujeto de la talla y robusta complexión de este hombre.

Introdujimos esta vez la innovación de no fracturar la base del hueso como es clásico hacerlo, contentándonos con disminuir la resistencia que el grosor del cráneo pudiera oponer á la expansión del cerebro, no habiendo encontrado la dura-madre, en suma, haciendo la intervención lo menos comprometedora posible, según aconseja con excelente criterio, que se haga en los epilépticos el ilustre y práctico Dr. Voisin en su comunicación altamente interesante, inserta en el volumen correspondiente del Congreso internacional verificado en Moscow del año el 1897. Dice en conclusión esta ilustración médica, que ha obtenido los mejores resultados en la craneotomía así ejecutada por los cirujanos á quienes la encomienda, y que en consecuencia, está dispuesto á sostener el peligro y lo innecesario que es realizar la extirpación de zonas más ó menos amplias de la corteza cerebral, según es bien sabido que recomienda la escuela inglesa patrocinada por el eximio Dr. Horsley y por el habilísimo y célebre Dr. Bergman, principal representante de la cirugía craneo-cerebral en Alemania.

De curso post-operatorio. Marcha aséptica, la

herida está á punto de cicatrizar y los ataques solamente han vuelto hasta ahora una sola vez, bajo forma muy ligera. Sigue en observación.

En conclusión diremos: que la intervención en estos términos de prudencia, la consideramos excesivamente benigna y para recomendarla solamente nos falta la experiencia de mayor cantidad de hechos clínicos seguidos, bien entendido, de su observación por un número de años suficiente para establecer la bondad ó ineficacia de este moderno recurso terapéutico.

México, Noviembre 26 de 1902.

F. HURTADO.

CLINICA INTERNA

UN CASO DE MIELITIS INFECCIOSA.

El Sr. Dr. N., de 58 años, viudo, ha gozado siempre de muy buena salud; tuvo tifo hace 34 años y no recuerda haber tenido ninguna otra enfermedad. El día 19 de Octubre próximo pasado, tuvo que salir á las dos de la mañana, con un frío excesivo, á prestar sus auxilios médicos á uno de sus clientes. Al regresar se sintió como resfriado, lo cual atribuyó ya sea á la desvelada ó al frío que se sentía ó á la transición súbita de la pieza tan caliente del enfermo al aire exterior tan helado. Al día siguiente, le pareció estar algo acalenturado, pero tan ligeramente, que no le impidió salir á sus ocupaciones ordinarias. El día 21, como seguía la destemplanza, tomó un gramo de quinina dividido en dos cápsulas, una en la mañana y otra en la tarde. Continuó con esta medicina hasta el día 24, que creyó ver indicaciones para tomar un purgante, el cual tomó, en efecto, á la madrugada, produciéndole varias evacuaciones. Como en la tarde se sentía peor, quiso consultarme y pasé á verlo en las primeras horas de la noche. Después de un examen muy detenido del enfermo, no encontré alguna cosa que me explicara la calentura tan alta (42°2) que tenía. Investigando todavía más la causa de dicha calentura, encontré una tumefacción notable del dedo grande del pie derecho y del segundo dedo del pie izquierdo. Además de la hinchazón se observaba una rubi-