

tes va á hacer una aclaración. No todo el método es original de él. El autor es un ruso, Kowalewski, y él le ha hecho ligeras modificaciones. La estadística que presentará no será muy numerosa, pues aun no tiene muchos años de ejercicio de la profesión.

Por ser la hora avanzada se reserva á contestar ampliamente al Dr. Manuell en la próxima sesión lo relativo al uso del yoduro y al Dr. Hurtado lo referente á la lesión constante de la epilepsia, trayendo, si le fuere posible, preparaciones que presentó al primer Congreso Médico de la Sociedad "Pedro Escobedo," en que se veían claras las lesiones de los capilares encefálicos. Desgraciadamente es muy posible que ya no estén buenas las preparaciones; pues usó de los azules de anilina para teñirlas y bien sabido es lo alterable que son estos colores con el tiempo. En cuanto á la naturaleza íntima de estas lesiones se puede afirmar que son de origen tóxico y aun ha pensado si la intoxicación no provendría de alguna glándula de secreción interna, por ejemplo, de las suprarrenales; pero hasta ahora las experiencias variadas que ha hecho en conejos no le permiten llegar á ninguna conclusión.

El señor Presidente propone y la Academia acepta ésta, que queda definido que en el tema á discusión, se trata de la epilepsia esencial y que la discusión continúe cuando el Dr. Hurtado ó Peón del Valle presenten los trabajos que tienen prometidos.

R. E. CICERO,
Secretario 1º

CLÍNICA EXTERNA.

Breves consideraciones sobre la operación del trépano, bajo el punto de vista de sus resultados, y sobre una complicación que suele hacer necesaria la repetición de esta operación.

SEÑORES:

Todos sabemos el abuso que del trépano hacían los antiguos cirujanos, pues no solamente se limitaban á practicar la trepanación cuando esta operación estaba indicada, sino que con el nombre de *trépano preventivo*, practicaban esta operación, dizque para prevenir supuestos accidentes consecutivos á ciertas lesiones, sobre todo á las

fracturas del cráneo, sin hacer la menor distinción entre las fracturas con hundimiento, ú otras que indicaran la práctica del trépano y las fracturas fisurales que ahora que se tratan por la abstención operatoria, no vemos que presenten tales accidentes.

La falta de una asepsia perfecta de la herida, pues la cirugía antiséptica aun no se practicaba, era la causa principal, por no decir la única, que daba lugar á la mortalidad tan grande que resultaba de estas operaciones, no limitándose la infección á la herida operatoria sino extendiéndose á las meníngeas y á la masa cerebral, siendo la infección de estos órganos, tales como la meningitis, la lepto-meningitis, ó la meningo-encefalitis las que causaban la muerte de los operados.

Fué esta mortalidad, verdaderamente alarmante, la que echó por tierra é hizo desaparecer el llamado *trépano preventivo*, á pesar de ser esta doctrina la de la Academia de Cirugía en Francia, y ser sostenida por J. L. Petit, y defendida en Inglaterra por Percival Pott, y por Richet en Alemania, así como por otros cirujanos de otros países. Hoy podemos decir que esta aplicación particular del método ha sido completamente abandonada desde el año de 1874 á pesar de las tentativas que Sedillot y otros cirujanos de nota hicieron en su favor.

Los resultados tan deplorables que daban las operaciones de trépano en los hospitales de París, hicieron que cirujanos de la talla de Desault, Richet, Malgaigne y otros, no se contentaron con rechazar el *trépano preventivo*, sino que proscribieron en todos los casos la trepanación. El abuso que se había hecho de esta operación trajo una reacción exagerada, condenando y abandonando el trépano, aun cuando estuviera indicado. En Inglaterra y en los E. U. de la América del Norte, el trépano no fué abandonado por completo, y aun en la misma Francia los cirujanos militares Larrey, Sedillot, Legouest y otros, siguieron practicando el trépano. Con la introducción de la antisepsia en cirugía, la trepanación ha vuelto á ser practicada, siempre que está indicada esta operación, habiéndose sacado la gran ventaja de quedar para siempre proscrito el llamado *trépano preventivo*.

La práctica de la cirugía antiséptica y sus felices resultados, así como el descubrimiento de las localizaciones cerebrales, han sido los

dos factores poderosos que han levantado al trépano del descrédito en que había caído, volviendo á ocupar el lugar que tan justamente le corresponde en la cirugía operatoria.

Hecha esta breve reseña sobre las vicisitudes por las que ha pasado el trépano, paso á ocuparme en los dos puntos objetivos de este imperfecto trabajo, á saber: primero, en la importancia de la operación del trépano, bajo el punto de vista de su gravedad, y segundo, en un accidente que suele hacer necesaria la repetición de la trepanación para obtener la curación definitiva del paciente.

La importancia de la operación del trépano bajo el punto de vista de su gravedad, merece ser estudiada de una manera cuidadosa; pues llama la atención que aún se tenga que deplorar resultados fatales después de practicada esta operación, lo que contribuye al descrédito de la cirugía.

Cuando la muerte sobreviene después de practicada la trepanación, podemos atribuirla á una de dos causas: bien á la naturaleza de la lesión por la que se ha practicado el trépano, ó bien á la misma operación; pasemos á estudiar estas dos causas. Cuando un traumatismo ha producido lesiones múltiples en las partes blandas que cubren el cráneo, así como en el hueso llevando su acción hasta el encéfalo, como pasa con algunas fracturas del cráneo, estas lesiones pueden considerarse por su gravedad como incompatibles con la vida, y un cirujano que esté práctico en tratar esta clase de lesiones, si tiene libertad para obrar como mejor le parezca, como pasa tratándose de los enfermos que se asisten en los hospitales, se abstiene de intervenir por medio de una operación, pues la muerte tiene que ser la consecuencia forzosa de las lesiones, que, como he dicho, por su naturaleza son incompatibles con la vida; pero hay veces en las que el cirujano no tiene su libertad de acción y se ve obligado á operar para que no se le culpe, si el enfermo muere, de haber presenciado el desarrollo de los accidentes sin haber operado. Otras veces, sobre todo, cuando no se tiene práctica en tratar estas lesiones, se practica la trepanación con la esperanza de hacer cesar una compresión cerebral que se manifiesta en el enfermo, como cuando hay una lesión de la arteria meníngea media, sin comprender que estas lesiones extra-meníngeas se acompañan en el mayor número de casos de lesiones de la masa en-

cefálica, como lo demuestran las autopsias en las que se ven las alteraciones anatomo-patológicas de la atrición cerebral con focos apopléticos diseminados en la masa encefálica, ó bien las lesiones de la meningitis, ó de la meningo-encefalitis. En estos casos, repito, en la autopsia se ve que son las lesiones de la masa encefálica, sobre todo la atrición, las que han causado la muerte, sin que la operación haya tenido la más mínima parte en el resultado fatal para el paciente y por lo mismo en algunos de estos casos el cirujano no es vituperable por haber intervenido buscando quizá una probabilidad, aunque remota, para salvar al enfermo.

No puede decirse lo mismo cuando ya no es la gravedad de la lesión la que causa la muerte, sino la operación, que no ha sido practicada convenientemente, en estos casos sí puede vituperarse al cirujano. Teniendo en esta Capital un vasto campo, como lo es el Hospital Juárez para la observación clínica, se puede decir, de todas las lesiones traumáticas y habiendo practicado en este Hospital por un buen número de años, creo estar en aptitud de poder decir algo sobre la trepanación, por ser esta operación una de las que se practican con alguna frecuencia en ese establecimiento, sobre todo en las salas destinadas á los hombres.

Todos sabemos que las lesiones traumáticas del encéfalo que causan la muerte, son en su mayor número las que se complican de meningitis ó de meningo-encefalitis difusa, y que es la atrición cerebral la que produce esta complicación. Ahora bien, estando demostrada por las autopsias que es esta misma complicación, y se puede decir que es la única, la que causa la muerte después de practicada la operación del trépano, todo lo que pueda favorecer la aparición de esta complicación al practicar la trepanación, debe evitarse.

Yo he tenido ocasión de observar que cuando se pone á descubierto una extensión relativamente grande del cerebro, quedando solamente envuelto por la pia-madre y por la aracnoides, muy fácilmente se desarrolla la meningitis ó la lepto-meningitis, complicando la operación y causando la muerte de los operados. Este peligro puede evitarse cuidando de no hacer incisiones extensas de la dura-madre, pues siendo esta membrana la que contiene y protege el encéfalo cuando hay una pérdida de sustancia del tejido huesoso, si des-

pués de practicada la exerecis de las paredes del cráneo, se hace una incisión crucial muy extensa de la dura-madre, la porción del cerebro que está á la vista, cubierta solamente por las otras dos meníngeas, con la mayor facilidad se inflama, causando esta inflamación alteraciones anatomo-patológicas en la porción de la masa encefálica descubierta; la inflamación tiende á aumentar el volumen de esta porción del cerebro, y la hernia consecutiva. Al través de la pérdida de sustancia del hueso se ve la masa encefálica hacer hernia formando una especie de hongo, que tiene una coloración rojiza, y que está empapada por el pus que en más ó menos cantidad se encuentra en la herida, pues lo común es que la cicatrización de la herida operatoria se haga por segunda intención.

Cuando la dura-madre no ha sido interesada al practicar el trépano, ó bien solamente se han hecho incisiones de muy corta extensión, ó las desgarraduras de esta membrana por las esquirlas de una fractura no pasan de unos diez ó quince milímetros, no queda descubierta en este punto la masa encefálica, y aun cuando la herida operatoria supure, que es lo más frecuente, la infección está localizada, sin que presente la menor tendencia á generalizarse, pues la dura-madre presenta una tolerancia grande para la supuración, lo que no pasa con las otras dos meníngeas, las que una vez infectadas localmente, su infección tiene una gran tendencia á extenderse.

A mi juicio algunos cirujanos por no conocer este peligro hacen amplias incisiones de la dura-madre, cuando practican la trepanación y por esta causa la muerte es el resultado de esta operación. En ninguno de los casos en los que está indicado el trépano, hay necesidad de hacer amplias incisiones á la dura-madre, ni aun tratándose de los abscesos cerebrales. Son las fracturas de la bóveda del cráneo comunicando en el mayor número de casos con el aire al través de una herida contusa, las que hacen necesaria la aplicación del trépano, cuando estas fracturas son múltiples, estando infectada la fractura, encontrándose el pus no solamente sobre el hueso, sino entre la fractura y la dura-madre. En estas fracturas para levantar las esquirlas hundidas y desinfectar la herida, al practicar el trépano no hay necesidad de tocar la dura-madre. En los casos en los que la trepanación se practica porque se supone la existencia de un absceso cerebral, no

hay necesidad de hacer amplias incisiones de la dura-madre. No habiendo seguridad absoluta de que exista el absceso, el cirujano, después de practicar el trépano, debe limitarse á comprobar la existencia de la supuración, y para esto no necesita dividir ampliamente la dura-madre, basta que con un bisturí recto, de hoja muy angosta, haga una punción exploradora, para dar salida á unas gotas de pus en el caso de que exista el absceso; la pequeña abertura hecha por el bisturí se amplía practicando una incisión, tanto para que el pus pueda salir libremente, como para que se pueda desinfectar la cavidad del absceso de una manera eficaz; esta incisión no necesita poner á descubierto el cerebro. También se puede reconocer la existencia del absceso, por medio de aspiraciones con una jeringuita de Pravaz, que puede sustituir á la punción exploradora. Yo acostumbro emplear ambos procedimientos que son eficaces, á la vez que inofensivos, y cuando empleo la jeringa hago ejecutar á la aguja movimientos de circunducción antes de hacer la aspiración, para ver si en efecto hay una cavidad accidental, y por consiguiente, la existencia del absceso, pues si la aguja se mueve libremente al penetrar en la masa encefálica la existencia del absceso queda comprobada y la jeringa al aspirar contendrá pus; por el contrario, si la aguja no puede moverse libremente, esto indicará que no hay cavidad accidental y la aspiración se hará con el mayor cuidado ó no se hará.

Siguiendo esta conducta no hay necesidad de poner á descubierto la masa cerebral, y aun cuando las lesiones causadas por la operación supuren, que es lo más frecuente y cicatricen por segunda intención, se evita el peligro que vengo señalando y que es el que causa la muerte en el mayor número de los operados.

He querido llamar la atención de mis compañeros sobre este peligro, con el objeto de que procuren evitarlo á toda costa, consiguiendo, como yo he tenido la fortuna de lograrlo, que en sus manos la operación del trépano sea una operación benigna, se entiende, siempre que la lesión ó las lesiones por las que se opera, no sean ellas las que causen por su gravedad, la muerte de los operados.

Tratado este primer punto de mi trabajo, paso á ocuparme en el segundo, es decir, en un accidente que suele presentarse después de la operación del trépano, y que obliga á repetir la operación.

Los cirujanos que tienen una buena práctica en el tratamiento de las heridas accidentales, han visto que sobre todo las heridas hechas por instrumentos punzo-cortantes, cuando son sub-aponeuróticas, é irregulares, así como las heridas por armas de fuego tienen gran tendencia á inflamarse; cuando se infectan, el tejido celular se reblandece y sufre la fusión purulenta, debida esta fusión, á la acción de las toxinas de los estafilococcus piógenos que trasforman la albúmina en peptona; este pus va formando trayectos más ó menos largos é irregulares bajo la piel, y en los intersticios musculares. Ahora bien, en estas condiciones para que se pueda hacer una desinfección eficaz se necesita reconocer hasta dónde se extiende el trayecto, ó los trayectos purulentos, para hacer en el punto donde terminan una contra-abertura para poder pasar un tubo de canalización y que permita la fácil salida del pus contenido en estos trayectos, y hacer los lavados convenientes con soluciones antisépticas, para desinfectarlos. Sin estas incisiones, ó contra-aberturas, no es posible hacer una desinfección eficaz, y por consiguiente la curación de las heridas se retarda indefinidamente, pues el pus sigue provocando la fusión purulenta del tejido celular subcutáneo é intermuscular, extendiéndose cada día más y más la supuración que aumenta notablemente, produciendo el desprendimiento de la piel, de los músculos, paquetes vásculo-nerviosos, etc. La infección que pronto se hace regional se generaliza al penetrar los gérmenes de la supuración, ó sus tomainas en la circulación, lo que se reconoce por la fiebre que se presenta, aumentando ésta á medida que aumenta la infección y agravándose por consiguiente la situación del herido.

Ahora bien, este incremento que toma la infección es debido á que se han hecho en las curaciones, prácticas de antisepsia muy defectuosas, limitándose á lavar las heridas con soluciones antisépticas, que no llegan hasta la terminación de los trayectos, siendo la antisepsia muy deficiente al grado que muchas veces queda el pus en el fondo de los trayectos. La única manera de hacer una desinfección eficaz consiste en practicar, como he dicho, las incisiones ó contra-aberturas en la terminación de estos trayectos que ha formado la fusión purulenta del tejido celular. Cuando estas incisiones se practican oportunamente, la infección se combate desde el principio no de-

jando que llegue á generalizarse y poner en peligro la vida del paciente.

Estos trayectos que forma el pus en las lesiones de las partes blandas, los forma también entre la dura-madre y la tabla interna de los huesos de la bóveda del cráneo facilitando la infiltración del pus, que al desprender la dura-madre del hueso forma trayectos que siguen la dirección que les marca la gravedad, de la bóveda hacia la base del cráneo.

Esta dirección que siguen los trayectos impide que el pus pueda salir con facilidad, pues la terminación del trayecto, ó su fondo de saco, queda abajo de la herida por la que sale el pus.

En las partes blandas, queda el recurso, por supuesto muy ineficaz, de hacer salir el pus al hacer cada curación por medio de presiones, que quizá de una manera excepcional pudiera ser eficaz contribuyendo á la desinfección; pero en el cráneo no queda ni este recurso tan precario, pues la misma rigidez de las paredes huesosas no se presta á esta compresión, por consiguiente, aquí se tiene forzosamente, si se quiere curar la fistula, que practicar una ó varias coronas de trépano, continuándose las unas á las otras, hasta poner á descubierto la terminación del trayecto para que todo el pus pueda salir con libertad.

No siendo fácil en muchos casos reconocer por medio del estilete la terminación del trayecto, hay casos en los que á pesar de una segunda intervención la herida operatoria se vuelve á convertir en un trayecto fistuloso, necesitándose de otra intervención para obtener la curación definitiva. Esto que asiento, no es una mera suposición, sino el resultado de varios casos que he tenido ocasión de tratar en el Hospital Juárez, tanto en la Sala destinada á la Clínica, como en la Sala de Mujeres que tenía yo á mi cargo. Voy á referir, aunque sea brevemente, la historia de uno de estos operados, que por lo excepcional del caso, se ha gravado en mi memoria.

Hará unos cinco años que entró á la Sala de la Clínica un joven de buena constitución que había recibido un golpe en la cabeza con una piedra, golpe que le causó una herida contusa y una fractura con hundimiento de las esquirlas, estando situada la fractura en el ángulo antero-superior del parietal izquierdo, como un centímetro ha-

cia afuera de la sutura sagital y como quince milímetros atrás de la sutura fronto-parietal.

Cuando se nos dió á este enfermo para que lo estudiáramos, llevaba sobre dos meses de haber ingresado al hospital y según los datos que nos suministró el conmemorativo indirecto, este individuo entró con una herida contusa en la cabeza, herida que se complicó de un flemón difuso, encontrándose el pus coleccionado entre la aponeurosis epicraneana y el periostio.

Para dar salida al pus y practicar la desinfección hicieron una incisión extensa en la línea media, incisión que ya estaba cicatrizada casi en toda su extensión, cuando nos encargamos de este enfermo. En el lugar en que había recibido la herida contusa existía un trayecto fistuloso que no habían conseguido curar y que suponían estaba entretenido por la necrosis del hueso. Nada se nos dijo sobre la fractura del cráneo, por no haberla diagnosticado cuando practicaron la incisión para combatir el flemón.

Con estos datos y otros que se nos dieron sobre la marcha de la lesión, procedimos á examinar cuidadosamente el trayecto fistuloso por el que salía un poco de pus de buena naturaleza. Desde luego, viendo el buen aspecto del pus, y juzgando por analogía, con lo que pasa en casos semejantes, supusimos que una necrosis del hueso debería ser la que entretenía la fístula. Reconociendo esta fístula con el estilete no pudimos sentir el hueso desnudo. A pesar de esto nos propusimos intervenir haciendo una incisión exploradora en el lugar de la fístula, para poner á descubierto el hueso, por estar á nuestro juicio indicada la incisión, ya fuese que la fístula estuviera entretenida por la necrosis del parietal ó bien por la infección, por no tener el pus fácil salida. En efecto, sobre la abertura del trayecto fistuloso practicamos una incisión de tres centímetros, encontrando una fractura con hundimiento en el lugar en que este individuo tenía la herida contusa. Ampliamos la incisión para ver hasta dónde se extendía la fractura, pudiendo ver que ésta tenía como unos veinticinco milímetros en su mayor extensión, circunscribiendo las irradiaciones de la fractura tres esquirlas que estaban hundidas y unidas entre sí, sin presentar la menor movilidad; había pus entre el hueso fracturado y el periostio, encontrándose el hueso desnudo más allá de la fractura.

Una vez diagnosticada la lesión nos pareció que estaba indicada la trepanación. Para practicar esta operación ampliamos la incisión dándole una extensión de unos cinco ó seis centímetros y profundizándola hasta llegar al hueso. Después hicimos caer sobre esta incisión otra perpendicular que tenía la misma longitud, para hacer una incisión crucial; esta incisión fué suficiente para tener un campo operatorio amplio, el que nos permitió ver que una de las fisuras de la fractura se extendía más allá que las otras ramas. Aplicamos dos coronas de trépano, una á continuación de la otra; regularizamos los bordes con la gubia y el maso, dejando una abertura en forma de un paralelogramo. Al quitar el hueso pudimos ver que la fractura era múltiple, pues la lámina interna del parietal, ó lámina-vítrea presentaba tres esquirlas de forma triangular, de bordes muy cortantes, pues estaban tallados en bisel, y de ángulos muy agudos. Dos de estas esquirlas estaban desprendidas y una había desgarrado la dura-madre; la otra había interesado la masa encefálica superficialmente. Se quitaron estas esquirlas, se hicieron prácticas rigurosas de antisepsia, y se puso el apósito conveniente.

La cicatrización se hizo por segunda intención, y cuando ya creíamos curado al enfermo, vimos que volvió á aparecer el trayecto fistuloso por el cual salía pus en muy corta cantidad. Este trayecto fué reconocido por medio de la tintera y se vió que estaba situado entre la tabla interna del frontal y la dura-madre, siguiendo una dirección hacia abajo, hacia el seno frontal. Se practicó una segunda operación aplicando tres coronas de trépano en la dirección del trayecto, siguiendo la misma conducta que en la operación anterior, sin que se hubiera presentado accidente alguno.

Estando casi terminada la cicatrización volvió á aparecer el trayecto fistuloso, habiendo sido necesario el volver á intervenir quitando el hueso por medio de varias coronas de trépano hasta dejar descubierto el trayecto en su terminación sobre el seno frontal izquierdo; con esta intervención se obtuvo la cicatrización definitiva de la lesión operatoria y la curación del enfermo. Hubo necesidad de varias intervenciones, porque en las dos primeras no se descubrió la terminación del trayecto que es la única manera de dar completa salida al pus, y hacer una desinfección eficaz; esto mismo pasa tratán-

dose de las partes blandas: que si no se hacen las incisiones en los fondos de saco que forman estos trayectos en su terminación la canalización es ineficaz, así como todas las prácticas de antisepsia, y por consiguiente no puede obtener la curación del paciente.

Termino aquí estableciendo las dos siguientes proposiciones que se refieren á los dos puntos que son el objeto de este trabajo. Primera: LA OPERACION DEL TREPANO ABSOLUTAMENTE AGRAVA EL PRONOSTICO DE LAS LESIONES QUE HACEN NECESARIA ESTA OPERACION, SIEMPRE QUE LA TREPANACION SE PRACTIQUE CONVENIENTEMENTE Y BAJO LA ANTISEPSIA MUY RIGUROSA.

La operación del trépano debe considerarse como inofensiva, pues solamente de una manera excepcional suele causar la muerte de los operados, cuando se practica convenientemente. El gran peligro de esta operación consiste en practicar amplias incisiones en la dura-madre que dejan descubierto el cerebro en una grande extensión, lo que facilita su inflamación y más tarde la formación de una hernia por la misma infección. Esta infección se extiende á toda la aracnoide, y la pia-madre así como al cerebro, superficialmente, produciéndose la lepto-meningitis, la que es la causa de la muerte de estos operados. El cirujano, conociendo este peligro, á toda costa debe evitarlo procurando no poner á descubierto la masa encefálica sino en la menor extensión que fuere posible.

Cuando por la naturaleza de la lesión, que hace necesaria la operación del trépano, una grande extensión del cerebro queda descubierta produciéndose la hernia y consecutivamente la lepto-meningitis y la muerte, no es la operación sino la lesión por la que se practicó el trépano la que la causa.

Segunda: DESPUES DE PRACTICADA LA TREPANACION SE DEBERA RECONOCER POR MEDIO DEL ESTILETE, SI LA DURA-MADRE ESTA DESPRENDIDA DEL HUESO POR LA SUPURACION, SOBRE TODO HACIA ABAJO QUE ES ADONDE TIENDE EL PUS A DIRIGIRSE POR LA INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD. SI SE ENCONTRARE QUE HAY UN TRAYECTO ENTRE LA TABLA INTERNA DEL HUESO Y LA DURA-MADRE, SE DEBERA APLICAR OTRA CORONA U OTRAS CORONAS DE TREPANO SOBRE EL TRAYECTO, HASTA PONER A DESCUBIERTO EL FONDO DE SACO QUE FORMA EN SU TERMINACION, PARA DAR FACIL Y COMPLETA SALIDA AL PUS Y DESINFECTAR

EL TRAYECTO, EVITANDO CON ESTAS PRACTICAS LAS FISTULAS CONSE-
CUTIVAS Y LA NECESIDAD DE REPETIDAS INTERVENCIONES OPERA-
TORIAS.

México, Mayo 1º de 1907.

TOBIAS NÚÑEZ.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Parte científica del acta de la sesión del día 1º de mayo de 1907.

TRABAJO DE TURNO DEL DR. NÚÑEZ.—DISCUSION.—TRABAJO DE TUR-
NO DEL DR. SANTOS FERNANDEZ.—DISCUSION.

El Dr. Núñez dió lectura á su trabajo de turno, relativo al tré-
pano.

Dr. Manuell.—Encuentra raro un detalle del trabajo del Dr. Nú-
ñez, á saber, la exploración de la sustancia cerebral con la aguja de
la jeringa de Pravaz, haciendo movimientos de circumducción. De
haber absceso, estos movimientos hechos dentro de la masa puru-
lenta no tienen inconvenientes; pero de no haberlo se dilacera sin
necesidad é indudablemente con serios peligros la sustancia cerebral.

Dr. Núñez.—Esto depende de la habilidad del cirujano. El sólo
habla de los abscesos superficiales del cerebro; pues los profundos
son casi imposibles de diagnosticar. No introduce la aguja sino te-
niendo otros datos para el diagnóstico del absceso; teniéndolos in-
troduce la aguja y si encuentra resistencia no insiste en los movi-
mientos. Esta maniobra es, en todo caso, preferible á las incisiones
amplias que constituyen el gran peligro del trépano.

Dr. Hurtado.—Las conclusiones del trabajo del Dr. Núñez son
trascendentales. No puede estar enteramente de acuerdo con él. Re-
cuerda que cuando como jefe de Clínica practicó en el Hospital Juá-
rez, á su lado, le impresionó mucho la dificultad para precisar las in-
dicaciones operatorias en los traumatismos del cráneo. De seis casos
en los que las fracturas del cráneo fueron acompañadas de lesión de
la arteria meníngea, medio recuerda que sólo en uno se decidieron á
intervenir inmediatamente sin lograr buen éxito, y por lo demás, en las