

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NÚM. 5.

Sesión del día 27 de Octubre de 1909.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. TOUSSAINT.

A las 7 h. 25' p. m. se abrió la sesión. Se leyó el acta de la anterior y sin discusión fué aprobada.

El *Dr. Toussaint*, que estaba de turno, pidió una prórroga de 8 días, que le fué concedida.

En seguida el mismo socio hizo una comunicación oral, referente á un niño, que hace unos diez días comenzó con un padecimiento febril con inyección conjuntival y algo de coriza, y en el que al tercer día de enfermedad apareció una erupción con la apariencia del exantema del sarampión, pero con la particularidad de que no se presentó en la cara. Al mismo tiempo comenzó á aparecer una tumefacción con enrojecimiento de las amígdalas y la defervescencia de la temperatura no se produjo luego, sino que, después de haber llegado á más de 40° en el tercer día, se ha mantenido hasta la fecha con oscilaciones en que la máxima es superior á 39° y tiene la particularidad de ser matutina. El examen de la orina ha revelado la presencia de albúmina y de cilindros hialinos. La tos ha sido casi nula; á la fecha ya no existe. A pesar de haber pasado 10 días desde que comenzó la enfermedad, no hay indicios de descamación. Por razones de orden social no fué posible hacer el examen bacterioscópico. El caso es interesante por la dificultad para clasificarlo con exactitud. Se trató, en concepto del orador, de un sarampión escarlatinoso.

Dr. Mendizábal. —En la pasada epidemia de escarlatina, particularmente cuando iba declinando, vió varios casos semejantes de simbiosis del sarampión y de la escarlatina; en unos principiaban los síntomas de la escarlatina y después dominaban los del sarampión; en otros principiaban los de éste y les sucedían

los de aquélla. Ha visto también simbiosis de la escarlatina y de la gripa. Tiene la impresión de que en el invierno vamos á tener de nuevo epidemia de escarlatina, porque en estos últimos días ha visto ocho casos de esta enfermedad.

*
* *

El *Dr. Icaza* presentó su trabajo de turno, titulado: "Un caso de epilepsia jacksoniana curado por la trepanación" y presentó al enfermo, objeto del trabajo, el cual fué examinado por una comisión compuesta de los Dres. Hurtado y Villarreal.

Dr. Hurtado—Va á permitirse exponer algunas dudas respecto al diagnóstico. Encuentra muy extraño que hayan transcurrido 10 años del traumatismo para que se presente la epilepsia jacksoniana. Hace notar que para formarse una idea precisa, no basta el interrogatorio que al examinar ahora al enfermo ha hecho; que los interrogatorios de los enfermos de los centros nerviosos y especialmente de los idiotas, nunca los hacen los neurólogos en una sola sesión, sino en varias, en las que los enfermos suelen incurrir en contradicciones, que hay que tener en cuenta para aquilatar bien los datos recogidos. Que en el enfermo en cuestión, no había habido antes ni aun los equivalentes de los ataques, sino si acaso, en el año de 1906, en que con motivo de un disgusto tuvo una sensación de opresión en el epigastrio y alteraciones motrices, de tal modo intensas, que se le cayó el dinero que traía en el bolsillo del chaleco. El *Dr. Icaza* señala que ha habido ausencias; pero en el interrogatorio breve que hizo, no pudo comprobarlo el *Dr. Hurtado*. Encontró en cambio que, desde la época del traumatismo, cuando el enfermo se peinaba, experimentaba sensación de frío en el lado correspondiente de la cabeza, en una zona mucho más extensa que el sitio del traumatismo, lo cual es propio de la histeria y no de la epilepsia, en la que no ha sido señalada esta inversión de las sensibilidades. Halla indudable que la operación fué útil al enfermo; pero le llama la atención que el sitio de la lesión, diagnosticado con tanta exactitud por el señor *Icaza*, que cayó con precisión en él, se hallara algunos centímetros atrás del sitio de la contusión y, que, además, haya encontrado el hueso sin engrosamiento, el díploe sano y la dura-madre sin ninguna

alteración, y como lesión única, un coágulo pequeño, negruzco, no organizado, con una cantidad de líquido muy pequeña y en suma, sin haber sufrido la transformación fibrosa como debiera haber sido en coágulo formado en la época del traumatismo. El diagnóstico es por consiguiente muy difícil, tanto más cuanto que es el paciente un hombre bien constituido, sin antecedentes alcohólicos ni taras personales ni hereditarias, y él se inclina á creer que se trate de histero-epilepsia. Refiere, para comparar, el caso de un niño que, al tomar un baño frío, sufrió una conmoción cerebral, no obstante lo cual, al día siguiente volvió á tomar otro baño, en el que desde luego se sintió tan mal, que con trabajo pudo salir del tanque, siendo víctima en seguida de una hemiplegia izquierda acompañada de afasia. Este niño fué atendido por el Dr. Guillermo Parra, quien diagnosticó en él histeria y lo curó por medio del hipnotismo y la electricidad, consiguiendo su completo alivio en mes y medio. Cree, que para llegar á un diagnóstico exacto en el enfermo del señor Icaza, hizo falta investigar las diversas modalidades de la sensibilidad y medir la fuerza con el dinamómetro.

El *Dr. Villarreal* manifiesta, que no estando de acuerdo con lo expuesto por el Dr. Hurtado, preferiría antes de rendir su dictamen que el Sr. Icaza contestara al Dr. Hurtado.

Dr. Icaza.—Hace notar al Sr. Hurtado que no hay nada en el enfermo ni en su familia que justifique la idea de que pueda haberse tratado de histeria, y que precisamente la epilepsia jacksoniana no se presenta en esta neurosis. Que el Dr. Montañón cuando atendió al enfermo le instituyó el tratamiento antisifilítico, como es de regla en los enfermos de los centros nerviosos, porque constituye un medio de diagnóstico y una esperanza de curación; pero que habiendo sido defraudada ésta, no quedaba más recurso que una intervención quirúrgica que tenía el carácter de exploradora, lo que en la actualidad se puede hacer sin perjuicio para los enfermos, gracias á los adelantos de la cirugía, especialmente en los ramos de asepsia y antisepsia. Que en el caso actual se encontró en el sitio diagnosticado de la lesión algo real que la causaba, á saber: un coágulo como del tamaño de una peseta que estaba algo adherente, por lo que hubo que extraerlo con una cucharilla roma, saliendo en seguida una pequeña cantidad de líquido que no era el céfalo-raquídeo,

pues era amarillento y algo turbio; que temiendo que hubiera alguna mayor cantidad de líquido bajo las meninges, se hizo una punción, sin extraer nada; pero el cerebro recobró sus latidos normales que en el curso de la operación no se habían llegado á observar. Con lo encontrado en la operación y el éxito feliz de que se vió coronada, quedó explicada la patogenia: bajo la acción del traumatismo se produjo una hemorragia pequeña y como consecuencia un coágulo que comprimió el cerebro; pero la compresión fué soportada sin inconveniente por muchos años. Precisamente esa excitación que el señor Hurtado señala, tuvo el enfermo en 1906 con sensación de compresión en el epigastrio y que no fué sino una impresión nerviosa muy fuerte, una riña que el enfermo iba á tener y en que su cólera era tanta, que hasta iba á ir por su pistola, hecho que en cualquiera persona enteramente sana puede darse en cualquiera circunstancia de la vida, fué la que tal vez determinó que comenzara á no ser tolerada la compresión. Actualmente el enfermo no se encuentra, con respecto á su parálisis, tan completamente bien, como inmediatamente después de la operación, debido sin duda, como sucede en las operaciones de trépano, á que la cicatriz de la dura-madre ejerce una compresión ligera sobre el cerebro y quedan, por consecuencia, paresias poco acentuadas.

Dr. Villarreal.—El caso del Sr. Dr. Icaza es verdaderamente notable por la exactitud del diagnóstico y el resultado obtenido. Se trataba de un hombre en plena edad viril, que había quedado inutilizado con motivo de su enfermedad, y á quien la operación restableció en el uso de todas sus facultades como miembro útil de la sociedad. El diagnóstico etiológico es claro; el traumatismo no fué tan sencillo como indica el Dr. Hurtado, sino que el enfermo refiere que un caballo lo pateó y, por lo tanto, no fué la única la contusión de la región frontal. Confirmaba el diagnóstico de epilepsia jacksoniana, además de la parálisis del miembro superior izquierdo, la constancia del aurá antes de los ataques, la cual se manifestaba por una sensación de endurecimiento del índice de la mano izquierda, es decir, correspondía al miembro paralizado, como es regla en esta clase de epilepsia. El diagnóstico de localización de la lesión estuvo perfectamente hecho al nivel de la cisura de Rolando, y el resultado de la intervención lo justificó. Sólo deplora el exponente

que el Dr. Icaza haya empleado para determinar en su intervención la situación de la cisura el método de Lucas-Championnière, en lugar del más sencillo y exacto descrito por el propio exponente hace 12 años en su tesis de recepción, lo cual no quiere decir que el procedimiento de Lucas-Championnière sea inexacto, pues siguiéndolo exactamente se obtiene el resultado que el Dr. Icaza; pero el otro es más ventajoso.

Dr. Loaeza.—Hace unos cuantos días trató el asunto de la epilepsia en la Sociedad Médica Interna, recordando que la epilepsia ya no se considera enteramente incurable en todos los casos como antiguamente. Jackson fué precisamente quien comenzó á hacer entrar su estudio en la vía científica, describiendo la forma especial que lleva su nombre y de la que el caso del Dr. Icaza es un ejemplo típico, habiendo en él, sin embargo, las circunstancias de haberse producido el foco á distancia del traumatismo y tardado muchos años en manifestarse los síntomas, lo que puede explicarse por la tolerancia que el cerebro tiene en muchos casos para los cuerpos extraños. Hay que tener en consideración otro elemento y es la sífilis del enfermo. Sabido es que hay sífilíticos cuya única manifestación es la epilepsia, bien sola, bien acompañada de cefaleas ó de sensación de enfriamiento en el cráneo. Por esto es de regla en estos casos hacer un tratamiento anti-sifilítico enérgico como lo hizo el Dr. Montañó, pues el tratamiento conduce, además, al diagnóstico. En el caso no dió resultado y la intervención lo explicó al hallarse cuál fué la causa verdadera del mal. En cuanto á que el enfermo comienza á recaer en algunos de sus síntomas, lo explica como el Dr. Icaza por la cicatriz de la dura-madre. Cree que la línea de conducta en los casos de traumatismo del cráneo con lesión del cerebro, debe ser la intervención, y refiere el caso de un niño que fué pateado por un caballo y tuvo por tal motivo un verdadero estado de mal epiléptico, para dominar el cual iba á intervenir en unión del Dr. Tapia y Fernández, lo que desgraciadamente no pudieron hacer por haber muerto violentamente el enfermito; pero la regla de conducta era la que iban á seguir y seguirá en casos semejantes.

Dr. Hurtado.—Opina que el Dr. Icaza pudo haber seguido para la determinación de la cisura de Rolando, no sólo el procedimiento del Dr. Villareal, sino mejor el más moderno del Dr.

Poirier y mejor aún el procedimiento de las grandes ventanas de Doyen. Conviene, sin embargo, en que el de Lucas-Championnière también es bueno, y bien seguido, como en el caso actual, puede conducir á brillantes resultados.

No opina que en todos los casos de lesiones de los centros nerviosos esté indicado el tratamiento anti-sifilítico. Puede en varios casos no dar resultados, aun cuando la lesión sea realmente de naturaleza sifilítica. Encuentra preferible hacer, por una punción lumbar, el examen del líquido céfalo-raquídeo, en el que ha llegado á encontrar ya los treponemas.

Dr. Loaeza.—Precisa que no opina como parece creer el Dr. Hurtado, que para todos los casos de epilepsia se haga el tratamiento de prueba, sino para aquellos en que la etiología no es clara. El gran Fournier precisamente sólo por este medio ha podido determinar en algunos casos la naturaleza sifilítica de la epilepsia en algunos enfermos.

Dr. Toussaint.—La circunstancia que al Dr. Hurtado parece extraña de estar el foco de la epilepsia del enfermo á distancia del sitio del traumatismo, puede explicarse no refiriendo á éste la producción del coágulo encontrado en la operación, el que, de haber sido debido á él, debiera haber estado organizado, transformado en tejido fibroso. Si se tiene en cuenta la sífilis, se puede concebir que el traumatismo fué ocasión de determinar una paquimeningitis difusa y lenta, la que acompañada de fragilidad de los vasos, fué motivo de llegarse á romper con el tiempo uno de éstos y producirse la hemorragia.

Dr. Hurtado.—Encuentra muy forzada la explicación y no la halla aplicable al caso, pues haría suponer que una pequeña operación es capaz de curar la sífilis, la que por otra parte es muy dudosa en este enfermo; pues ni siquiera sabemos los detalles del tratamiento instituído por el Dr. Montañó ni el tiempo que duró. Está de acuerdo, en cambio, en que el coágulo no era reciente y recuerda que hay paquimeningitis que no son de origen sifilítico.

Dr. Icaza.—La discusión que ha motivado su trabajo, ha ilustrado lo que en él decía: que el diagnóstico patogénico era obscuro. Tampoco le satisface la explicación dada por el Dr. Toussaint. Por una parte, el enfermo estuvo sujeto al tratamiento anti-sifilítico, instituído por el Dr. Montañó, cerca de un año.

Por otra, no encontró lesiones de paquimeningitis en su intervención. Por último, la mejoría persiste desde el día de la operación, sin que se haya vuelto á hacer ningún tratamiento anti-sifilítico.

*
* *

Fué propuesto para socio correspondiente en Mérida, Yucatán, el Dr. Andrés Saenz de Santa María, por los socios Dres. Licéaga, Mendizábal, Cicero, Soriano é Icaza, acompañándose á la proposición los documentos y el trabajo exigidos por el artículo de Reglamento. Pasó el trabajo á la Sección de Farmacología y Farmacia, para que rinda el dictamen respectivo; pero no estando completa esta sección, se nombró por unanimidad para que la integrara en esta labor al Dr. Cosío.

A las 9 h. 10' p. m. se levantó la sesión.

R. E. CICERO,
Secretario.