

56. **Arruga H.** Contribution a l'etude du decollement de la retine et son traitement. Bulletin et, memoires de la Soc. Française d'Ophtalmologie. Vol. 1931. Pág. 457.
57. **Arruga H.** El desprendimiento de la retina. Vol. 137. Pág. 800. 1936.
58. **Arruga H.** Le pronostic dans le decollement de la retine. Bulletin et memoires de la Soc. Française d'Ophtalmologie. Año 48. Pág. 348.
59. **Martínez Hinojosa Francisco.** El desprendimiento de la retina y su tratamiento. Pág. 106. Tesis de Recepción. Año 1933.
60. **Arruga H. M.** Le repos apres l'operation du decollement de la retine. Bulletin et memoires de la Soc. Française d'Ophtalmologie.
61. **Márquez M.** Acerca del tratamiento del despegamiento de la retina. Congreso Inter. de Oftalmología. Madrid. 1933.
62. **Amsler y Wertheimer.** Traite d'Ophtalmologie. Soc. Française d'Ophtalmologie. 1939. Tomo V. Pág. 525.
63. **Torres Estrada A.** Tratamiento no quirúrgico del despegamiento de la retina. Boletín del Hospital de Ntra. Sra. de la Luz. Tomo I, Núm. 2. Pág. 45, marzo y abril de 1940.
64. **Satanowsky Paulina.** Un caso de despegamiento de la retina curado por inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio. Arch. de Oftalmología de Buenos Aires. Tomo XII, Núm. 6, junio 1937. Pág. 417.

Observación de un caso de hidrocefalía externa *

POR EL DR. JOSE ANGEL PESCHARD

Socio correspondiente en Durango.

En enero de 1938, me fué presentada para su tratamiento una niña de 50 días de edad. Su nacimiento había sido absolutamente normal, sin haber necesitado ninguna intervención. Nada presentó en ese momento que hiciera pensar en alguna enfermedad, salvo una ligera erupción en las palmas de las manos y plantas de los pies, probablemente pénfigo. Desde los primeros días se comenzó a observar un crecimiento anormalmente rápido de su cabeza, lo cual hizo que antes de los quince días, fueran consultados dos pediatras, quienes pidieron exámenes de sangre de los progenitores, buscando sífilis, habiendo resultado las reacciones intensamente positivas en ambos. Le comenzaron a inyectar Solu-Salvarsán, pero el crecimiento de la cabeza cada día era mayor, de tal manera que en los últimos días el aumento del perímetro de la cabeza era de uno a dos centímetros diariamente. Este parecía ser el único síntoma existente. La movilidad de todo el cuerpo era normal, salvo la cabeza, que en las últimas semanas, probablemente por sus dimensio-

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 10 de junio de 1942.

nes, no podía mover. La sensibilidad también parecía normal. No había tenido convulsiones, vómitos, rigidez de la nuca o algún otro síntoma de irritación cerebral o meníngea. Se alimentaba con facilidad, los primeros días al pecho de la madre, y posteriormente con biberón. Tenía dos o tres evacuaciones diarias de aspecto normal.

Preguntados los padres sobre los antecedentes, dijeron haber tenido sólo dos niñas antes, las cuales se encontraban vivas y en buen estado de salud. No había habido ningún aborto, y la niña en cuestión nació aproximadamente a término. Datos específicos de lúes no pudieron obtenerse con claridad, salvo las reacciones de la sangre. No hubo datos de alguna otra infección ni de intoxicaciones.

El tratamiento había consistido en inyecciones arsenicales, y al ver su falta de eficacia, se consideró que no había otra cosa que hacer.

Al practicar el examen de la niña se encontró que su cabeza presentaba un desarrollo considerable. Su circunferencia era de 66 centímetros, la de una cabeza grande de adulto; siendo que la medida normal correspondiente habría sido de 38 a 39 centímetros. La fotografía adjunta (figura número 1) fué tomada en los primeros días del tratamiento y da una buena idea del caso. Sobresalían marcadamente tanto la frente sobre la cara, como los temporales. Los párpados superiores elevados, descubriendo mayores porciones de los globos oculares, con el aspecto característico de esta enfermedad. Las fontanelas enormemente aumentadas, encontrándose sumamente separados entre sí todos los huesos de la bóveda. En la piel había un desarrollo venoso considerable. El examen del tórax no mostró nada anormal. En el abdomen se encontró el hígado considerablemente aumentado de tamaño. El bazo estaba algo crecido. En los miembros no había nada anormal, salvo un enflaquecimiento marcado. Los movimientos eran normales, salvo en la cabeza que no podía mover, aunque se notaba a veces que hacía esfuerzos. No se encontró ninguna malformación congénita.

Pareciendo obvio el diagnóstico de hidrocefalia se procedió a practicar una punción ventricular con el objeto de inyectar un colorante (azul de metileno), para determinar la variedad de que se trataba. Sin embargo, al introducir la aguja se encontró líquido a sólo unos milímetros de la piel, y habiendo hecho una aspiración



Fig. 1. Hidrocefalia externa. Antes de las punciones.



Fig. 2. Hidrocefalia externa. Después de las punciones.

se retiraron unos diez centímetros cúbicos de un líquido amarillento que dejó sedimentar gran cantidad de glóbulos rojos. Se mandó hacer reacciones de Kahn y Kline con dicho líquido, siendo los resultados intensamente positivos. La facilidad con que se obtuvo el líquido, y el lugar donde se obtuvo, hizo pensar que podía tratarse de una hidrocefalia externa, posiblemente relacionada con lesiones de paquimeningitis hemorrágica. Se admite que el líquido céfalo-raquídeo de los hidrocéfalos nunca contiene sangre (salvo lesiones vasculares que se hagan durante la punción), y un hallazgo como el que nos ocupa se toma como un síntoma típico de paquimeningitis hemorrágica. Para determinar la relación del derrame con los centros nerviosos, se hizo una transiluminación con una lámpara bastante intensa. No obstante que las sombras de las porciones osificadas de la bóveda estorbaban algo, se pudo advertir claramente la existencia del cerebro en la base del cráneo, y toda la parte superior ocupada por el líquido. Ante este hallazgo se pensó en evacuar el líquido por punciones repetidas cada tercer día, y progresivamente crecientes, al mismo tiempo que se hacía un tratamiento anti-luético.

Comenzando las extracciones por 10 c.c. se aumentaron otros 10 en cada vez hasta alcanzar 50 c.c., cantidad que no se juzgó necesario pasar. El tratamiento específico se hizo a base de yodobismutato de sodio en inyecciones.

Se pensó hacer ventriculografía o encefalografía; pero los padres no lo admitieron.

Después de las primeras punciones se pudo observar que las dimensiones de la cabeza no continuaron aumentando, haciendo contraste esto con el aumento diario de uno a dos centímetros que se venía observando. En esos días le fué tomada la fotografía adjunta (figura número 2), exactamente el día que cumplió dos meses de nacida. Al proseguir las punciones comenzó luego a observarse una disminución gradual de la cabeza, en la cual hay registradas dos punciones hechas a las tres y cuatro semanas de tratamiento. Se procuraba cambiar en cada vez de sitio y dejarlo ocluido posteriormente, para evitar que siguiera saliendo líquido y que pudiera infectarse el interior del cráneo. Solamente se procuró evitar la proximidad de los senos venosos, y en todas las veces que se hizo punción salió el líquido con facilidad, siendo siempre ligeramente

hemorrágico y sin haberse presentado el menor trastorno consecutivo. Después de todas las punciones se dejó un vendaje moderadamente ajustado para evitar consecuencias peligrosas de la descompresión. Posteriormente, habiendo llegado a reducir a sus dimensiones normales, se redujeron a dos por semana y las cantidades extraídas disminuyeron en las últimas veces a sólo 10 c.c. hasta que por fin pareció que no era necesario extraer más líquido. Todas las punciones fueron bien toleradas y no llegó a tener ningún síntoma que pudiera atribuírseles.

Desgraciadamente, cuando parecía que el caso estaba solucionado favorablemente, sobrevino una enterocolitis que arrebató en 48 horas a la niña. No había podido ser alimentada por la madre, y por diversas razones no se pudo obtener una nodriza adecuada. Se le tuvo que instituir una alimentación artificial que parecía ser bien tolerada. No se disponía entonces de las sulfanilamidas ni de la vitamina K, que posiblemente hubieran ayudado considerablemente al tratamiento de la enfermita.

Se procuró obtener permiso de los padres para hacer una autopsia, siquiera limitada a la cabeza, con el objeto de precisar más aún el diagnóstico, tanto para corroborar la variedad de hidrocefalia como para buscar las lesiones meníngeas o de los centros nerviosos, mismas que le dieron nacimiento. Sin embargo, no se pudo obtener dicho consentimiento a pesar de todos los esfuerzos.

No obstante esto, aun sin la autopsia, me parece muy verosímil el diagnóstico de hidrocefalia externa. Los resultados de la transluminación, la distancia tan corta de la piel a que se encontraba el líquido, la facilidad para extraerlo, me parecen elementos de diagnóstico. Hay desde luego la posibilidad de que siendo interna, la corteza cerebral se encontrara tan adelgazada que con unos milímetros de penetración, la aguja alcanzara la cavidad ventricular. Sin embargo, habiendo practicado las punciones en ambos lados, y tanto en los espacios frontoparietales como en los parieto-occipitales, y encontrado el líquido en todas partes a la misma profundidad, es difícil suponer que toda la corteza cerebral se hubiera reducido a una hoja de un milímetro de espesor sin que se hubiera presentado parálisis, convulsiones, etc., y conservando el estado mental propio de su edad.

Hay otro aspecto muy interesante de este caso: la extracción

de líquido hemorrágico. En la paquimeningitis hemorrágica interna, se produce un despegamiento en el espacio subdural, ocupado por un derrame hemorrágico, el cual comprimiendo las otras meninges produce a veces su adherencia, suprimiendo el espacio sub-aracnoideo, y dificultando la absorción del líquido céfalo-raquídeo, lo cual puede determinar una hidrocefalia. En estos últimos tiempos se han encontrado algunos casos de este género, de tal manera que es interesante cuando parece comenzar una hidrocefalia, determinar si no se trata de paquimeningitis hemorrágica. Se dice que el diagnóstico diferencial se hace puncionando el ángulo externo de la fontanela anterior, de donde se puede extraer en esos casos, a sólo un centímetro de profundidad, líquido hemorrágico; y en casos de hidrocefalia, o no se obtiene nada, o sale líquido cefalo-raquídeo claro, desprovisto de sangre. Según este criterio, el caso que me ocupa debería más bien diagnosticarse como paquimeningitis hemorrágica, siendo la acumulación de líquido cefalo-raquídeo sintomática de tal alteración. Siendo dicho padecimiento curable a veces, se explica que el caso que he descrito pareciera cuando menos que estaba en vías francas de curación.

Desde el punto de vista de la patogenia de las hidrocefalias también es interesante este caso. Esquemáticamente se las ha dividido en internas, comunicantes y externas. Para que haya acumulación de líquido dentro del cráneo, se necesita que haya hipersecreción, obstáculo en la circulación, o pérdida de la facultad de reabsorción de los elementos que la verifican. La primera hipótesis parece decididamente rechazada por los experimentos de Dandy y de Bedford. El obstáculo a la circulación, que es el mecanismo admitido en la gran mayoría de las hidrocefalias, no explica suficientemente los casos. Aun cuando en la gran mayoría de las internas se ha encontrado un obstáculo sea en el acueducto de Silvio, sea en los orificios de Monro, de Magendie o de Luschka, el fracaso casi constante de todos los procedimientos operatorios, sea para restablecer el curso normal del líquido céfalo-raquídeo, sea para crear nuevas vías que lo lleven del sistema ventricular a la periferia, han hecho que se explique dicho fracaso por la coexistencia de adherencias en los espacios sub-aracnoideos de la convexidad, en las cisternas, o en ambos. Fracasos semejantes en el tratamiento de

las hidrocefalias comunicantes, han dado lugar a la misma explicación.

En 1918, C. Bagley publicó una observación en la cual una leptomeningitis hemorrágica había provocado una hidrocefalia. Es posible que el caso que he descrito haya tenido como base anatómica una meningitis hemorrágica, quizá dominando la inflamación en la dura, quizá en la aracnoides y en la pía, y no sería imposible que en las tres. Dificultada la reabsorción por tal causa, y no existiendo obstáculo en el sistema ventricular, se explica que el líquido se reuniera exteriormente, en el espacio subdural probablemente, de donde se le extraía sin dificultad y sin originar grandes trastornos a la enfermita. El tratamiento antilúético parecía ayudar considerablemente. Tengo la convicción de que el tratamiento habría dado éxito a no ser por la enterocolitis, y que el hecho de haberle sobrevenido y su poca resistencia orgánica, se debió en primer término a las condiciones de su hígado heredo-sifilítico.

Para terminar diré que me ha tocado atender otros cuatro casos de hidrocefalia, pero que han sido más bien moderados. En todos ha parecido evidente, como causa, la sífilis de los progenitores, en dos de ellos asociada al alcoholismo. Todos se mejoraron considerablemente con el tratamiento antilúético.

Algunas consideraciones sobre la cadera quirúrgica en las luxaciones congénitas de los niños *

POR EL DR. PABLO MENDIZABAL

Para fijar la conducta que debe guiarnos en el problema de la cadera quirúrgica por luxación congénita, conviene analizar la deformación mencionada, tanto en su aspecto anatómo-patológico, como en el funcional. Por ello expondré los principios que razonablemente orienten al método quirúrgico.

La luxación congénita de la cadera resulta de una hipogenesia de la región con influencia distrófica, más o menos extensa en todo el miembro pélvico correspondiente.

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 24 de junio de 1942.