Año 1902 N.° 1295

139

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL CEREBRO

Y

PERFORACIÓN VENTRICULAR

TESIS

presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

LUIS S. REGGIARDO

Ex-practicante interno de la Penitenciaría Nacional (1899 á 1900)
Ex-practicante menor de la Asistencia Pública por concurso (1900 á 1901)
Ex-practicante mayor de la misma por concurso de 1901 á 1902

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras, de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1902

QUISTES HIDATÍDICOS DEL CEREBRO

Y

PERFORACIÓN VENTRICULAR

Año 1902 N.º 1295

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL CEREBRO

Y

PERFORACIÓN VENTRICULAR

TESIS

presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

LUIS S. REGGIARDO

Ex-practicante interno de la Penitenciaría Nacional (1899 á 1900)

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública por concurso (1900 á 1901)

Ex-practicante mayor de la misma por concurso de 1901 á 1902

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras, de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1902

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Julian Aguilar
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Vacante
Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway (en ejerc.)
Física Médica	„	Juan Jose Galiano
Química Médica	„	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	„	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	„	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	„	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	„	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y ejercicios clínicos	„	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	„	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	„	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología		Vacante
Higiene Pública y Privada	„	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	„	Nicolás Repetto
Clínica Ginecológica	„	Alfredo Lagarde José F. Molinari
„ Oto-rino-laringológica	„	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. Aberastury
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Vacante
Clínica Oftalmológica	„	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	„	Patricio Fleming
„ Epidemiológica		Vacante
„ Quirúrgica	„	Juan B. Justo Enrique Corbellini
„ Neurológica	„	José A. Esteves José R. Semprun
„ Médica	„	Ricardo Colon
Medicina Legal	„	Domingo S. Cavia (en ejerc.) Pedro Barbieri
Clínica Quirúrgica	„	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica Médica	„	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica Obstétrica	„	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología Experimental	„	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	„	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
„ Médica		Vacante
„ Génito-urinaria (hombres)	„	Pedro Benedit
„ Psiquiátrica	„	Benjamín T. Solari
„ Quirúrgica		vacante
„ Obstétrica	„	Enrique Zarate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustititutos
Botánica sistem aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .) Partodistócico y Clínica Obstétrica . .)	Dr. JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„ NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico honorario

Doctor TELÉMACO SUSINI

A MIS QUERIDOS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS PARIENTES

Quistes hidatídicos del cerebro y perforación ventricular

TESIS, POR LUIS S. REGGIARDO

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar á vuestra honorable consideración este trabajo, como prueba final de mi preparación médica, creo inútil advertiros que no hallareis en él nada extraño á vuestros conocimientos de maestros, pues no es el resultado de propias observaciones sino de las que, en mi carrera de estudiante, he recogido en vuestras diversas clínicas.

No os lo entrego, pues, con la fátua vanidad de un pretendido observador, sino con la sinceridad del discípulo que, comprendiendo la medida de sus fuerzas, trata el tema abordado como reflejo de enseñanzas adquiridas y en cumplimiento de una cláusula reglamentaria.

Antes de entrar en materia, séame permitido expresar mi mayor reconocimiento al distinguido Académico Dr. Telémaco Susini, que me dispensa el alto ho-

nor de acompañarme en este acto; mi más sincera y profunda gratitud al Dr. Alejandro Posadas que, con tan buena voluntad y noble desinterés, me ha prestado su valioso concurso para la confección de este trabajo; y al Dr. José A. Esteves que con deferente atención me ha facilitado algunas de sus interesantes observaciones, como también á todos vosotros cuyas lecciones recibidas han de servirme de guía en la difícil profesión en que voy á iniciarme.

La observación de algunos casos de quistes hidatídicos del cerebro presentados en el transcurso de estos dos últimos años me ha inducido á ocuparme de esa enfermedad. No voy á extenderme en el estudio de sus diversas partes, sino de aquellas que mayormente han llamado mi atención; por esta razón no me ocuparé de su sintomatología y diagnóstico como tampoco de su profilaxia, las que además han sido ya tratadas *in extenso* en algunas tesis y revistas que me han precedido.

Para mayor claridad en la exposición, dividiré este trabajo en los capítulos siguientes:

I.—*Consideraciones anátomo-patológicas.*

II.—*Pronóstico*; complicaciones y causas de muerte, en el que me extenderé sobre la perforación ventricular.

III.—*Tratamiento*; me limitaré á describir, haciendo abstracción de todos los demás, el método considerado de elección.

IV.—*Resultados operatorios.*

V.—*Conclusiones.*

VI.—*Observaciones*, algunas de las cuales si bien han sido ya publicadas, hemos considerado oportuno el incluirlas en este trabajo, como complemento del mismo, por los numerosos puntos de referencia que tienen entre sí.

VII.—*Estadística* de los casos habidos en nuestro país, para la cual hemos consultado la obra de los doctores Cranwell y Herrera Vegas sobre Quistes hidatídicos.

CAPITULO I

Consideraciones anátomo-patológicas

El estudio práctico de los quistes hidatídicos del cerebro, data entre nosotros de una época muy reciente, tanto que las primeras observaciones bien detalladas que á ellos se refieren, se relacionan al año 1890, según la obra de los doctores Cranwell y Herrera Vegas [1] habiendo sido los Dres. Alejandro Castro y Andrés F. Llobet, los primeros en hacer intervenciones quirúrgicas por esta clase de tumores parasitarios del encéfalo.

Desde entonces su número se ha multiplicado á tal punto que en el corto espacio de un año (de 1901 á 1902) cinco casos más vienen á agregarse á los ya conocidos, y si á éstos adjuntamos tres casos más habidos en el año 1899, que no figuran en la obra mencionada (números 21.22 y 23 de nuestra estadística,) tendremos un total de 31 casos de los cuales 21 han sido intervenidos.

Ahora bien, si tenemos en cuenta: que las estadísticas de los hospitales nos demuestran que los quistes

---

(1) Las quistes hidatídicos en la Rep. Argentina.

hidatídicos en general van adquiriendo cada día mayor incremento; que dichas observaciones se refieren á un tiempo relativamente corto, como lo es el de la introducción de la tenia y la infección de la ganadería en nuestro país, y que en ellas no figuran tal vez algunos casos observados en la clínica particular, como tampoco aquellos que, diagnosticados «tumor cerebral» no han sido especificados ni por la intervención ni por la autopsia, tendremos que convenir que los quistes hidatídicos del cerebro están lejos de presentarse, entre nosotros, con la rareza que les atribuyen los autores clásicos europeos.

Con respecto á su localización en las diversas vísceras del organismo, los hidátides del cerebro representan una de las variedades más frecuentes; vendrían después de los del hígado, pulmones y bazo, siguiéndoles de cerca los de la órbita y del riñón. Según la estadística de 970 casos que trae la obra de los doctores Cranwell y Herrera Vegas, de los cuales 23 pertenecen al cerebro, tendríamos un promedio de 2.37 °/₀ para los de este órgano.

He aquí el cuadro demostrativo:

Hígado.	644 casos.	. . .	66.39 °/₀
Pulmón	68 »	. . .	7.01 »
Bazo	30 »	. . .	3.09 »
Cerebro . . .	23 »	. . .	2.37 »
Orbita	21 »	. . .	2.16 »
Riñón	20 »	. . .	2.06 »
Otras localizaciones	164 »	. . .	16.92 »

Hemos comprendido en un sólo grupo, bajo el nombre de «otras localizaciones» los demás casos por tratarse en su mayoría, de localizaciones múltiples en varios órganos ó en regiones muy diversas aún cuando de un mismo tejido (huesos, tejido muscular etcétera.)

Esta mayor frecuencia de los quistes en las grandes visceras del organismo mejor irrigadas y más ricas en capilares sanguíneos sería la mejor prueba de que la emigración del parásito desde el tubo gastro-intestinal á los demás órganos se hace por la corriente sanguínea, y no por una progresión activa como aún lo sostienen algunos autores.

Según las estadísticas de algunos autores europeos la proporción que dan los quistes del cerebro sobre los demás órganos sería algo más elevada y estarían en tercer término antes que los del bazo; Cobbauld da un 6.72 °/₀ y Neissen un 6.90.

Según Thomas, en Australia serían más raros aún que entre nosotros, pues en su estadística de 800 casos sólo trae nueve del cerebro lo que da 1.12 °/₀.

Dada la relativa frecuencia de los quistes del cerebro entre nosotros, es de notarse el hecho de que sean tan raras sus localizaciones en el cerebelo, tanto más si se tiene en cuenta la estrecha relación de vecindad é irrigación sanguínea que guardan entre sí estos dos órganos; sólo se ha observado un caso, el del Dr. Méndez; no sucedería lo mismo entre los norteamericanos, pues según Starr, de 32 casos recogidos por él, 9 pertenecían al cerebelo.

En cuanto á la edad en que se presentan estos quistes, parecen tener una predilección muy marcada por los niños de 10 á 12 años; las observaciones en adultos son entre nosotros sumamente raras.

Transcribimos á continuación los cuadros comparativos de los doctores Cranwell y Herrera Vegas; el primero, algo modificado por los nuevos casos que adjuntamos, comprende los 31 casos conocidos entre nosotros desde 1890 hasta el presente año, el segundo comprende un total de 79 reunidos por Thomas en Australia.

Edad	Casos	Proporción	Casos	Proporción
	ENTRE NOSOTROS		SEGUN THOMAS	
De 1 á 10 años	16	53.33 °/°	15	19.00 °/°
De 11 á 20 »	10	33.83 »	27	34.17 »
De 21 á 39 »	2	6.66 »	22	27.87 »
De 31 á 40 »	1	3.33 »	8	10.12 »
De 44 á 50 »	1	3.33 »	4	5.07 »
De 51 á 60 »	—	—	2	2.53 »
Sobre 60 »	—	—	1	1.27 »
Ignorada	1	—	—	—
	Total: 31		Total: 79	

Del estudio comparativo de este cuadro, resulta evidente la mayor frecuencia de los hidátides del cerebro en la juventud, especialmente entre nosotros donde tenemos un 50 °/° para los niños de 1 á 10 años. Según Allen Starr, en un total de 32 observaciones recogidas por él en Norte América, 30 corresponden

á personas por debajo de 20 años y en su mayor parte niños.

No conocemos por ahora los factores que motivan esta señalada predilección de los quistes del cerebro por esa edad; algunos (1) los han atribuído á las mayores probabilidades de infección, que en esa edad se tienen, debidas á la mala higiene y á la especial afección por los perros en esa época de la vida, que hace que se viva en mayor promiscuidad con ellos; pero esto tan sólo podria explicarnos la mayor frecuencia absoluta de los quistes en los niños, pero no la mayor proporción relativa de los del cerebro con respecto á los adultos.

Admitida la influencia que el traumatismo pueda tener sobre el desarrollo y la evolución de los quistes en general, como lo sostienen Klencke, Paget y Verneuil ¿no podría él explicarnos esta mayor frecuencia, siendo tan comunes los golpes, caídas, etc., en la niñez? Porque, si bien tal antecedente no figura sino en raros casos, hay que tener en cuenta la poca precisión de los padres que, por lo general, no dan importancia á esa clase de hechos. ¿O será tal vez el resultado de disposiciones especiales de vascularización, no conocidas, en el cerebro de los niños? En fin, es esta una cuestión de esas tan frecuentes en medicina, en que hay que recurrir á la predisposición hasta tanto que se conozca su verdadera causa.

Lo mismo podríamos decir respecto de la preferen-

---

(1) Cordero. Tesis de Buenos Aires. 1895.

cia de estos quistes por el sexo masculino; en nuestra estadística figuran 19 varones y 12 mujeres; está de acuerdo con la de Thomas aunque no en igual proporción; pues éste, de 93 casos tiene unas dos terceras partes para el masculino: 62 hombres y 31 mujeres.

Respecto de la relación que guardan los hidátides con los demás tumores del cerebro, no podemos presentar una estadística de comparación de los casos observados en los diversos hospitales, tarea sumamente dificultosa seria para nosotros el hacerlo; nos limitaremos, pues, á reflejar aquí la opinión más corriente entre nuestros cirujanos, según la cual ella estaría en el 2º término por orden de frecuencia, después de los tuberculomas.

Entre nosotros, los tumores cerebrales son, en general, sumamente raros, meses suelen pasar sin que en las clínicas de nuestros hospitales ó en sus salas de necropsia se observe sino uno que otro caso.

Los autores clásicos están contestes en colocar en 4º término los tumores parasitarios de que nos ocupamos, los cuales vendrían después de los tubérculos, gliomas y sarcomas, y aunque si bien Starr los coloca también en 4º término, según una estadística bastante completa é ilustrativa que trae de 600 casos observados por partes iguales en niños y adultos, sin embargo cree que serían aún posteriores á los sifilomas.

«Mi impresión clínica, dice respecto de estos últimos, es que ellos son la variedad más frecuente de los tumores cerebrales del adulto», cita á Rumpff, que

ha logrado reunir un considerable número de casos y añade «la mayoría de los sifiligrafos, y yo soy de su opinión, admiten que los gomas cerebrales pueden reabsorverse por el tratamiento específico.»

Ahora bien, entre nosotros, respecto de los sifilomas en los adultos, debemos decir que son raros como hechos de observación, aún cuando compartamos la opinión del ilustre autor norteamericano, la que nos da cuenta de los pocos casos hallados en las autopsias, y en cuanto á los tubérculos entre los niños sabido es que es bien frecuente la tuberculosis en nuestro país y que es aquella una forma clínica relativamente común en los niños; en cuanto á los gliomas, sarcomas, etc., rara vez se presentan, de modo que creemos fundado el convenir que, los quistes hidatídicos del cerebro, corresponden á la 2ª variedad más frecuente entre los tumores de dicho órgano.

ORIENTACIÓN REGIONAL MAS COMUN, SITIO DE DESARROLLO

Nuestro estudio sobre estos puntos, no tendrá la extensión que pensábamos dedicarle, pues debido al tiempo de que disponemos para la presentación de este trabajo, nos vemos privados de valiosos elementos con que nos hubieran favorecido los doctores Esteves y Jakob; nos referimos á los estudios anátomo-patológicos qne al respecto tienen en preparación, y cuyos resultados no podrán conocerse hasta algunos meses mas tarde.

Presentamos varias fotografías de algunas piezas

que hemos examinado, y que facilitarán nuestra exposición ya que, por falta de cortes metódicos de exámen, no podremos precisar esas localizaciones con mas detalles y exactitud.

Localizados indistintamente en uno ú otro hemisferio, en uno ú otro lóbulo cerebral, y por lo general en varios á la vez como consecuencia de su desarrollo ulterior, los quistes hidatidicos pueden invadir todos los puntos del cerebro, desde sus envolturas ósea y meningeas hasta sus cavidades ventriculares, y desde su superficie gris cortical y sustancia blanca hasta los núcleos centrales de su base. Sin embargo es un hecho, que ya ha llamado la atención de los observadores, que ellos afectan con preferencia á otras ciertas zonas de las indicadas, es raro que se desarrollen en la pared craneana, en las meningeas ó en la base misma del cerebro, en nuestra estadística se cuenta un solo caso para cada una de estas variedades; por lo general se desarrollan en la masa cerebral, en plena sustancia blanca en vecindad de la corteza gris, y especialmente al nivel de las regiones motrices que parecen ser su punto de predilección.

Ciertamente que la anatomía patológica no puede por si sola determinar el punto de invasión, el punto de partida inicial del quiste, pues sea en el momento de la intervención, sea en la mesa de autopsia, no se tiene ocasión de verlos, sino cuando ya han adquirído una gran extensión, y como rara vez son múltiples, tampoco se les puede ver en sus primeros períodos de desrrrollo, que sería el momento mas oportuno para

poder referir su localización primitiva. Pero la clínica viene á salvar, en parte, estos inconvenientes: ella nos demuestra que, en casi todas las observaciones que se han presentado con síntomas focales, que permitieran referir el asiento del quiste á determinados puntos del cerebro, estos puntos han sido los centros psicomotores de la corteza. Estas apreciaciones son siempre relativas y sujetas á errores, como ser el que hay partes del cerebro, por ejemplo los cuerpos opto-estriados, cuyas funciones no se conocen aún y por consiguiente mal podríamos interpretar por síntomas una lesión de los mismos.

Sin embargo estos núcleos quedan casi siempre indemnes, aún cuando el quiste revista una gran proporción; es lo que hemos visto en las piezas que hemos examinado, por lo que creemos que, la localización primitiva en ellos, debe ser sumamente rara; lo mismo podemos decir respecto de la sustancia gris de la corteza. En cuanto á los que se originan en los ventrículos son tambien raros, en nuestra estadística figuran solo 3 casos; sin embargo, Verco, en un total de 57 casos ha hallado 15.

Sería, pues, en el centro oval, al nivel de la corona radiante de Reill, donde con mas frecuencia se fijarían los embriones que, partidos del estómago é intestinos y arrastrados por la corriente sanguinea, han podido salvar las barreras del hígado y de los pulmones.

Pasaremos por alto la descripción de esa serie de evoluciones, tan bien tratada por Leuckart y Moniez, porque pasan para convertirse en quistes fértiles, ó

acefalocistos, como tambien la de su delicada membrana periquistica, tan diferente por su resistencia y espesor de la que determinan en otros órganos.

El quiste, una vez constituido con su membrana y contenido característicos, determina la compresión y el rechazo de las partes periféricas inmediatas, como consecuencia de su creciente desarrollo, compresión cuyo resultado es la anemia de los distritos vasculares que no tarda en ser seguida de un proceso de necrobiosis, que provoca la destrucción paulatina y creciente de la sustancia nerviosa cuyo lugar va á ocupar aquél. Llegan á adquirir de este modo grandes proporciones, por lo general el tamaño de una mandarina, pudiendo alcanzar el de un puño ó de un huevo de avestrúz, como en un caso del doctor Llobet y otro del Hospital de Niños. fotog. N.º 1.

No tan solo rechazan y destruyen la sustancia cerebral, sino que llegan á producir la distensión y el desgaste de la pared craneana cuando estan en relación con ella, como en la observación 2.ª del doctor Posadas en que el tumor había perforado la lámina del occipital y hacia saliencia por debajo del cuero cabelludo. Este hecho que no es raro, pues se encuentra en varias de nuestras observaciones, llama ciertamente la atención, pues es inexplicable esta mayor tendencia de los quistes á abrirse paso al exterior, al travez de una valla mas resistente de la que pueden serlo las masas centrales. No deja de ser ello una feliz circunstancia para el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

La configuración externa del cerebro aparece mas ó menos deformada, las circunvoluciones cerebrales quedan reducidas á delgadas láminas de sustancia gris, distendidas, y con los surcos apenas visibles ó borrados por completo, perdiéndose asi sus relaciones normales, (figs. 4 y 8); otras veces la membrana que los envuelve se ha transformado en un tejido fibroso, en que el microscopio no revela los elementos constitutivos de la sustancia cerebral; pueden desgastar la corteza (figs. 2 y 3) y ponerse en contacto inmediato con las meningeas en las que determinan procesos hiperplásicos ó focos de paquimeningitis; el cerebelo es comprimido y rechazado, sobre todo cuando el quiste ocupa la mitad posterior de los hemisférios (figs. 5 y 6), dando asi lugar á síntomas cerebelosos que pueden dificultar el diagnóstico.

La estructura iuterna no es menos modificada; la sustancia blanca de uno ó mas lóbulos ó de casi todo un hemisferio, segun sea la evolución del quiste, llega á desaparecer por el proceso que hemos indicado, y los cuerpos opto-estriados, si por lo general quedan indemnes, como dijimos, son sin embargo rechazados hacia el lado contrario y mas ó menos deformados (figs. 4, 12 y 13.)

En cuanto á las relaciones que puedan tener con los ventrículos, ellas son variables segun sea el asiento del quiste, y de mucho interés como se verá al tratar del pronóstico donde completaremos su descripción entrando en mayores detalles.

A este respecto creemos conveniente clasificar los

quistes del cerebro en tres variedades: 1.ª quiste ventriculares puros ó intraventriculares 2.ª quistes periventriculares y 3.ª quistes paraventriculares.

En los primeros, originados casi siempre en uno de los ventrículos laterales ó sus prolongamientos, estos se distienden y dilatan, llegando á tomar la forma sensiblemente esférica ú ovoidea del quiste; la compresión se hace en el sentido de todas sus paredes, y como á esto se añade la hidropesía secundaria del ventrículo contrario, de alli que la presión intracraneana se exagere á tal punto que las circunvoluciones cerebrales lleguen á calcarse en las paredes óseas. Esta variedad, lo diremos de paso, rara vez dá síntomas localizados y se hace notar en cambio por su rápida evolución (casos de los doctores Repetto y Herrera Vegas, uno y dos meses respectivamente) y por la extensión de los fenómenos paralíticos. Dijimos que eran raros entre nosotros.

Los quistes periventriculares comprenden á aquellos que, por su primitivo origen ó desarrollo ulterior, tienen estrechas relaciones de vecindad con las cavidades ventriculares, de las que no suelen estar separados, sino por una delgada lámina de sustancia nerviosa (fot. 4); la mayor parte de los fotograbados que presentamos pertenecen á esta variedad que es la mas frecuente é interesante; por lo demas, las alteraciones que ellos producen no se distinguen de las que hemos mencionado para los quistes en general.

Los quistes paraventriculares comprenden á aquellos que, alejados de los ventrículos, se han originado

en puntos vecinos de la corteza griz ó bajo las meningeas, y cuyo crecimiento se ha limitado á alcanzar el volumen de un huevo de gallina.

Generalmente solitarios, y no pocas veces en número de dos y tres, los quistes hidatidícos del cerebro son muy rara vez supurados, hecho muy fácil de explicarse, si se tiene en cuenta que ellos no estan en las mismas condiciones de infección que los pulmonares y hepáticos. El fotog. N.º 1 correspode al cerebro de una niña del Hospital de Niños fallecida por un quiste supurado que tenia el tamaño de un huevo de avestrúz y una gran cantidad de vesículas; ocupaba el lóbulo occipital izquierdo, que había destruído casi completamente, como tambien parte postero-superior del esfenoidal y postero inferior del parietal; la superficie interna de la cavidad dejada por el quiste, tiene el aspecto de una membrana piógena, granulosa, irregular, con pérdidas de sustancia y focos hemorrágicos difusos. Este, que es uno de los pocos que se han observado con vesículas, y un segundo habido en el Hospital de Clínicas (N.º 27, estadística) sonlos únicos casos de quistes supurados del cerebro, que cuenta nuestra estadística.

Hemos citado ya la influencia del traumatismo, y vamos á terminar estas consideraciones de anatomía patológica de los quistes, que completaremos al hablar de la perforación ventricular, añadiendo dos palabras respecto de su evolución, sobre la que ya han llamado la atención algunos trabajos anteriores. Entendiendo que por su comienzo nos referimos á la aparición de

los primeros síntomas y no al periodo de invasión del parásito, cosa imposible de constatar, el término medio, en los casos que se ha podido averiguar, sería 7 á 8 meses, conociéndose casos, como los de los doctores Esteves, Repetto y Herrera Vegas, en que su evolución fué súmamente rápida 1, 2, y 3 meses respectivamente, mucho mas si ella se relaciona con la que tienen los demás tumores intracraneanos en general; los casos de 5, 6 y 7 son los mas frecuentes.

Nos olvidamos decir, que casi todas las personas en que se han observado, han sido argentinos, y todos proceden de la Capital ó de la Provincia de Buenos Aires, excepto el caso del doctor Vasallo que corresponde á Santa Fé; pero dada la difusión que va adquiriendo la tenia equinococcus, no tardarán las demás provincias en pagar su caro tributo á tan terrible enfermedad.

CAPITULO II

Pronóstico; complicaciones: perforación ventricular

El pronóstico de los quistes hidatídicos del cerebro, abandonados á sí mismo, es siempre fatal; no conocemos entre nosotros caso alguno de curación expontánea como citan algunos autores extranjeros; la muerte se produce en un lapso de tiempo relativamente corto, desde que aparecieron los primeros síntomas, como consecuencia del rápido y continuo crecimiento de estos quistes, cosa de que acabamos de ocuparnos. Los fenómenos paralíticos, á que dan lugar, van aumentándose paso á paso y ganando en intensidad y extensión; á ellos se agregan perturbaciones profundas en la esfera intelectual, pérdida de la voluntad y de la memoria, hebetud, delirio; las convulsiones se hacen más repetidas y generalizadas, sobreviene la relajación de los esfínteres, y el enfermo reducido á un grado extremo de demacración, muere en el estado comatoso que sigue á un acceso convulsivo.

Otro modo de terminación, que no sería raro, según las observaciones de los autores europeos, y cuyo

mecanismo no se ha dilucidado aún, es la muerte súbita; entre nosotros ella se ha producido en 3 casos que vamos á citar someramente:

En el primero se trataba de un individuo que ingresó al hospital de Clínicas el año 1897, ocupando una cama en la sala número 4, cuando el Dr. Sicardi desempeñaba la cátedra de Clínica Médica en reemplazo del Dr. Ayerza; se había diagnosticado un tumor cerebral, y quiste hidatídico probable, y se había decidido la intervención, que sería practicada por el Dr. Posadas; pero desgraciadamente el enfermo murió súbitamente la víspera del día fijado para aquella. A la autopsia, se encontró un quiste hidatídico del tamaño de una naranja, que ocupaba el lóbulo occipital izquierdo; es el caso número 11 de nuestra estadística.

En el 2º caso (15 de nuestra estadística) citado en la obra de los Dres. Cranwell y Herrera Vegas, se trataba de una niña que ingresa el 19 de diciembre de 1899 al Hospital de Clínicas, en el servicio de este último; se diagnostica un quiste hidatídico, su estado es relativamente bueno, pero fallece súbitamente al segundo día de su ingreso, en síncope respiratorio. El fotograbado número 6, que hemos sacado de la pieza existente en el Museo de anatomía-patológica de la Facultad, y que corresponde á este caso, muestra la bolsa quística, ocupando en el hemisferio izquierdo casi todo el lóbulo temporal, parte inferior del parietal y posterior del frontal; está separada del ventrículo lateral por una delgada lámina de sustancia nerviosa.

En el tercer caso se trata de una enferma del Hos-

pital Rivadavia, del servicio del Dr. Escalier, en la cual, como en los anteriores, nada hacía presumir un desenlace próximo, y que muere súbitamente en momentos que reclinada en su cama tomaba su alimentación; á la autopsia se encuentra un quiste, del tamaño de una mandarina, alojado en el lóbulo parietal derecho y abierto recientemente bajo las meningeas; véase el fotograbado número 3, página 89, que representa este quiste, y el número 4, en el que se ven dos cortes del anterior y que demuestran que no ha habido comunicación con el ventrículo; éste aparece completamente aplastado y separado, en el corte superior, por una delicada hoja de sustancia nerviosa. Acompañamos más adelante la historia completa de esta enferma. Observación 4.

El pronóstico tampoco pierde su gravedad con la intervención quirúrgica, pues si sus resultados inmediatos son bastante satisfactorios, hay mucho que desear en lo que se refiere á resultados lejanos; volveremos sobre este punto al tratar de los resultados operatorios.

Pero vamos á ocuparnos aquí de las complicaciones que, con más frecuencia, producen la muerte en los quistes operados; ellas son: la infección secundaria, la pérdida de líquido céfalo-raquídeo y la perforación ventricular.

La primera, no es por lo general el resultado de una infección quirúrgica ó de una infección propia, preexistente en el quiste, pues son casi siempre estériles, sino por lo común consecuencia de todas aquellas

causas que implican un retardo en la cicatrización de la herida operatoria, sea debido á la pérdida continua de serosidad, al drenaje de la cavidad, ó á una hernia del cerebro, como sucedió con el último caso operado por el Dr. Posadas.

Esta infección secundaria determina una meningo-encefalitis aguda ó sub-aguda, que puede ser limitada á la zona en vecindad con la cavidad quística, ó más ó menos generalizada, y que concluye á los 6 ú 8 dias, ó bien á los 20 ó 25, con la vida del enfermo; éste, que durante los primeros días que siguieron á la operación, había experimentado una mejoría manifiesta, vuelve á quejarse de una cefalalgia intensa y continua, acompañada casi siempre de esos síntomas que se han dado en llamar cerebrales, excitación nerviosa, insomnio, vómitos, constipación, rigidez de la nuca, subdelirio y fiebre; la marcha de esta última es lo más caprichosa, sube unos días hasta 40° y más, haciendo esperar un fatal desenlace, para declinar poco después de 37° á 37°5, presentando entonces el enfermo un período de remisión en sus demas síntomas, lo que puede inducir al médico poco prevenido á modificar su pronóstico en un sentido favorable; pero no hay que dejarse alucinar por ese estado de aparente mejoría, porque no tardan en reaparecer los mismos síntomas con mayor intensidad, la fiebre vuelve á subir hasta 40° y 41°, el pulso se hace incontable (140 y 150), la respiración se acelera, pudiendo revestir el tipo de Cheyne-Stokes, el delirio es más violento, y sobrevienen convulsiones generalizadas en uno de

cuyos accesos el corazón deja de latir para siempre. Fueron estos los síntomas que aparecieron en la enfermita á que haciamos referencia, una niña á quien se le extrajeron dos quistes de mediano volumen, de la región rolándica derecha; el fotograbado núm. 7 representa el cerebro de dicha niña, muerta por la complicación que acabamos de estudiar. Véase la observación núm. 5.

2º *Perforación ventricular y pérdida de líquido céfalo·raquideo.* — Las estudiaremos conjuntamente, pues por lo común, la segunda no es sino una consecuencia de la primera.

Si bien entre nosotros, la perforación ventricular no se ha presentado con la frecuencia con que la han observado los autores extranjeros, creemos que ello sea debido á que algunos casos talvez hayan pasado desapercibidos, sino por no haber llamado la atención de los cirujanos, por lo menos por no haberla verificado en la autopsia. En nuestra estadística figuran tres casos comprobados por aquella, y un cuarto caso en que el cirujano que ha intervenido,el Dr. Esteves, cree por los datos que se darán en su historia, que la perforación se produjo, salvándose el enfermo; nosotros lo incluimos en este trabajo, con las reservas que él nos merece, por el pronóstico que comporta la abertura amplia de las cavidades ventriculares.

A propósito de algunas intervenciones practicadas en el cerebro (algunos quistes hidatídicos entre otras), el Dr. Posadas se ha ocupado preferentemente de esta complicación, en varías de sus conferencias de clínica

quirúrgica, y ha insistido repetidas vecessobre la gravedad y sobre el pronóstico que ella comporta; nuestro estudio va pues inspirado por esas ideas en un todo de acuerdo con las vertidas por autores clásicos como Chipault y otros.

¿Cómo y porqué se produce la perforación ventricular? Si tenemos en cuenta: la estrecha conexión que, por sus relaciones de vecindad, llegan á tener los quistes con las cavidades ventriculares, sean debidas aquellas á una primitiva localización ó un ulterior desarrollo; que á medida de su crecimiento ellos no solo comprimen, dislocan y rechazan la sustancia cerebral, sino que también determinan un proceso de regresión, de destrucción de la misma, hasta el grado de reducir sus lóbulos á verdaderas bolsas quísticas con paredes de un mínimo espesor; y que la presión en estas cavidades, una vez extirpado el quiste, es nula, ó mejor dicho, sumamente inferior á la que existe exagerada en los ventrículos, fácil nos será explicarnos que el tabique que divide ambas cavidades no podrá menos que resentirse, y si en un principio resiste, cede más tarde, bajo la accíón persistente y continuada de la presión intraventricular, aumentada por el mayor aflujo de líquido céfalo-raquídeo, y la perforación se produce.

De esto se deduce que ella se verificará con tanta mayor facilidad y será tanto más inevitable cuanto mayor sea el quiste y cuanto más cercano esté de la cavidad ventricular, pues de lo primero resulta un mayor desequilibrio de presión y de lo segundo una valla menos resistente.

El fénomeno puede también producirse en sentido inverso, y en este caso, como se comprende, con la presencia del quiste; la mayor presión en su interior hace que se rompa su membrana y el tabique, y se abra en el ventriculo; es lo que habría pasado á nuestro modo de ver en el último caso del Dr. Esteves. Observación núm. 3.

La perforación puede hacerse en cualquier punto de las paredes ventriculares, según sea el asiento del quiste: cuerno anterior para los del lóbulo frontal, cuerno occipital para los del lóbulo del mismo nombre, prolongación esfenoidal para los del lóbulo temporal, y partes medias para los de la región parietal.

En nuestros tres casos, que como hemos dicho han sido confirmados por la autopsia, y cuyos fotograbados acompañamos, la abertura se ha producido según el orden indicado.

En el 1.º, observación 1.ª, se trata de dos quistes de la región rolándica derecha, ocupando una cavidad de unos 8 á 10 centímetros de diámetro, y fué intervenido por el Dr. Posadas; la perforación se ha hecho en la parte media del borde externo del ventrículo dilatado, borde que, por el exceso de tensión intraventricular y por la presión que sobre él había ejercido el quiste, se halla convertido en una verdadera pared divisoria de unos tres centímetros de altura; la abertura, en forma de hojal, tiene un centímetro y medio de largo por unos tres ó cuatro milímetros de ancho. La cavidad qnística, referida al exterior, corresponde á las circunvoluciones frontal ascendente,

pié de las circunvoluciones frontales, parietal ascendente, mitad anterior del lóbulo del pliegue curvo y de la primera parietal, en la cara externa; en la cara interna del hemisferio á las circunvoluciones frontal interna, del cuerpo calloso y lóbulo paracentral.

El esquema fig. 8, nos representa un corte vertical hecho en el plano transversal que pasara al nivel de los tubérculos mamilares, es decir, en la parte media de los ventrículos; vemos en él que la gran cavidad, dejada por los dos quistes, ocupa en ese plano la mayor parte del hemisferio derecho, aumentado de volumen con relación al izquierdo; la sustancia cerebral inmediata, ha desaparecido casi totalmente por sus partes interna, superior y externa; las circunvoluciones, disminuidas en espesor y aumentadas en superficie están reducidas á una delgada membrana; los surcos son apenas visibles; los cuerpos opto-estriados están rechazados hacia la base; en el borde externo del ventrículo derecho, convertido en tabique, se ve la perforación.

En el 2º, observación núm. 2, intervenido como el anterior por el Dr. Posadas, el quiste, del tamaño de una mandarina, ocupaba el lóbulo occipital derecho y parte posterior del parietal, fig. núm. 9: la perforación se ha producido cerca de la extremidad y del lado externo del cuerno occipital del ventrículo, en el punto que indica la sonda; dicha abertura es elíptica y de pequeñas dimensiones, apenas podría pasar por ella el cabo de una mediana lapicera. El esquema, fig. 10, nos representa un corte vertical y trans-

versal que, pasando por detrás de los tubérculos cuadrigéminos posteriores, seccionara los prolongamientos occipitales al nivel de la perforación; él se presta á consideraciones semejantes á las del anterior: hemisferio correspondiente aumentado de volumen, cuerno ventricular aplastado y rechazado, dilatación supletoria de aquel del lado opuesto, compresión del cerebelo, etc.

En el tercer caso, observación (núm. 3) del Doctor Esteves, y semejante al anterior por su localización (fig. 2), se trata de un quiste que ocupa los lóbulos occipital, del pliegue curvo, parte inferior del parietal y superior del temporal; se vé la cavidad del tamaño de una naranja, que avanza por su parte anterior en la profundidad del hemisferio correspondiente, hasta el nivel aproximado de la circunvolución parietal ascendente. No hemos podido examinar directamente esta pieza que el Dr. Jakob tiene en preparación, pero si hemos de guiarnos por el examen que puede hacerse de las figs. 11, 12 y 13, que nos representan otros tantos cortes de dicho cerebro, tendremos que concluir que hay comunicación con el ventrículo.

Así en la fig. 11, de un corte que pasa por detrás del cuerpo calloso y en la parte media del cerebelo, se ve la gran cavidad quística, pero no se hallan indicios del cuerno occipital que, aún cuando estuviera completamente aplastado, debería de notarse; la cisura estrellada que se ve á su derecha, no es sino un surco ¡ntermediario á dos circunvoluciones comprimidas, y

la prueba de ello es que tienen su manto de sustancía gris. No hallando signos del ventrículo, es de suponerse que las dos cavidades están confundidas en una, á esta altura; este modo de ver estaría confirmado por el corte que sigue, fig. 12, que pasa al nivel de los pedúnculos cerebelosos, allí ya se nota, hácia la parte superior y derecha de la cavidad quística, el ventrículo completamente aplastado y modificado en su forma; en este punto las cavidades están ya separadas por un delicado tabique, que aparece más engrosado en el corte, siguiente, fig. 13, que pasa al nivel de los pedúnculos cerebrales, y que aparece invertido por ser del segmento posterior de la sección. En este mismo corte, se ve la cavidad del quiste comunicando con otra más pequeña, que no parece ser otra que la prolongación esfenoidal.

En el corte, fig. 12, las paredes del ventrículo derecho han sido desgarradas por el cuchillo en su parte inferior; en él, como en los otros dos, pueden apreciarse las grandes deformaciones que producen estos quistes, en el seno de la masa cerebral. Nuestro modo de pensar sobre este caso, estaría confirmado por los síntomas que acompañaron á su muerte, como se verá en su historia, (obs. 3.ª).

Pasemos ahora al estudio de otros puntos de mayor interés para el médico, cuales son: el conocer cuando esa perforación se produce, con qué síntomas se manifiesta y cuáles son sus resultados.

Debemos distinguir según se trate de una abertura primitiva ó secundaria; por la primera nos referimos á

los casos de quistes intraventriculares y que se produce inevitablemente por el hecho de la intervención misma, á no ser que siendo un quiste periventricular se rompa en el ventrículo, como nos inclinamos á creer que haya pasado con el enfermo de la observación 3ª. Como consecuencia de esta abertura primitiva, el enfermo por lo general, muere en coma, sino inmediatamente, algunas horas después de la operación, sin haber recobrado el conocimiento y habiendo presentado varios ataques de convulsiones generalizadas; la muerte en estos casos sería debida, á nuestro modo de ver, más que á la pérdida de líquido céfalo-raquídeo á una conmoción ó shoc inhibitorio, efectos de la decompresión brusca de la masa cerebral. El desenlace puede retardarse hasta el segundo ó tercer día, como en el último caso del Dr. M. Herrera Vegas (núm. 26 de la estadistica), pero es siempre fatal.

Por la segunda, por la perforación ventricular secundaria, nos referimos á la que sucede en los quistes periventriculares en un tiempo mas ó menos variable despues de la operación; no podría precisarse en que momento fijo ella se produce, pero lo cierto es que sus síntomas aparecen pocas horas despues de aquella; el enfermo, que parecía hallarse bastante bien despues de pasados los efectos del cloroformo, es atacado bruscamente por un acceso de convulsiones generalizadas que dura de uno á cinco mínutos, que se repite varias veces en el día, y por una violenta fiebre que puede llegar hasta 40º y mas; el pulso se hace irregular y

de una extrema frecuencia, y el vendaje y las almohadas aparecen empapadas de serosidad que se derrama en abundancia, sobre todo en los casos en que se ha hecho drenaje de la cavidad quística; los síntomas se reagravan del 2.º al 3.º día, en que se produce la muerte en el estado comatoso ó estertóreo que sigue á un acceso convulsivo, observación 1.ª

Es lo que pasa en la mayoría de los casos, pero otras veces la aparición de esos síntomas es mas tardía, durante la segunda ó la tercera semana: el enfermo presenta un estado intelectual despejado, su pulso y su temperatura son normales, las pupilas reaccionan á la luz, las perturbaciones reflejas han desaparecido (vómitos, cefalalgia, convulsiones), los fenómenos paraliticos van modificándose favorablemente y la herida parece cicatrizada, se han sacado los hilos de sutura; pero á los 8 ó 10 días, las curaciones aparecen nuevamente empapadas, los labios de la herida se entreabren en algunos puntos, dejando fluir un líquido citrino y transparente, que no es otra cosa que líquido cefalo-raquideo, y sobrevienen los síntomas mencionados que, con una marcha mas lenta, determinan la muerte á los 10, 15 ó 20 días de la operación. Observación 2 ª.

Se ha comprobado que estos síntomas no son el resultado de una infección agregada como *á priori* pudiera haberse sospechado: las experiencias de cultivos del líquido hechas por algunos observadores, el Doctor Viñas entre nosotros, han sido siempre negativas y confirmadas luego por la autopsia, la que no revela lesiones algunas, fuera de la perforación, que

puedan explicar la muerte. Esta sería, pues. la consecuencia de la pérdida de líquido céfalo raquideo, pero ni la Fisiología ni la clínica han podido aclararnos hasta ahora este modo de acción; ¿obraría ella como suponen algunos, facilitando el mayor aflujo sanguineo y determinando una congestión que provocaría la excitación de centros termógenos |y convulsivos?

Los autores extrangeros se han ocupado de esta complicación, como hemos dicho, con marcada preferencia, y al respecto dice Chipault en su obra «Chirurgie de l'Encephale»: las amplias intervenciones cerebrales chocan con un obstáculo que parece insuperable: la abertura de los ventrículos. Ella trae, en efecto, constantemente en un lapso de tiempo, que no pasa de algunas horas, la muerte del operado, con fenómenos hipertérmicos y convulsivos que no son de origen infeccioso y que parecen simplemente debidos á la pérdida de líquido céfalo-raquídeo,» y al efecto, de 7 casos que cita, la perforación se produjo en 6 de ellos.

Verco, en un conjunto de 57 casos todos de quistes hidatídicos recogidos en Australia, encuentra no menos de 15 nacidos en los ventrículos ó habiéndose abierto en ellos por consecuencia de su desarrollo, y 5 que no estaban separados sino por una delgada lámina de sustancia nerviosa.

Un enfermo de Jenkins, muere en 6 horas con un flujo considerable de líquido céfalo-raquídeo y una temperatura de 104° F; uno de los de Verco, muere

en 14 horas con 106° F y convulsiones generalizadas, encontrándose en la autopsia una abertura ventricular que permite introducir el dedo; otro de Darvy, despues de haber sobrevivido 20 días á la operación murió bruscamente con 104° F; despues de algunos días el líquido comenzó á fluir por la herida, y en la autopsia la cavidad operatoria fué encontrada llena; se había hecho probablemente una abertura secundaria.

Los fenómenos, que se acaban de describir, se suceden siempre que por cualquier causa se hayan abierto ampliamente las cavidades ventriculares y producido la pérdida abundaute de líquido céfalo-raquídeo; no solo pasan con los quistes hidatidícos, ellos se manifiestan tambien cuando la perforación es el resultado de un traumatismo, de una hemorragia, de un abceso, de una cavidad poren-céfalica, ó de la extirpación de un tumor extendido, cualquiera que sea su naturaleza, casos de Bullard, Hammond, Lloyd, Diller, Keen, Bergmann, etc; citados como los anteriores por Chipault.

Este autor cita además un caso, como única excepeión de la regla, por su resultado favorable; se refiere al de Poirier en que el ventrículo fué abierto por una bala de revolver, que fué á alojarse en el cuerno de Ammon. Poirier, al hacer la exploración del trayecto del proyectil, pudo llegar con su dedo hasta el ventrículo cuya superficie interna examinó; pues bien, el proyectil fué extraído, el derrame de líquido consecutivo á la operaclón fué mínimo y el enfermo curó.

Chipault, cree que la abertura tal vez fué obstruida por un coágulo, ó por el edema de las paredes del trayecto, y que solo así pudo obtenerse la curación.

Entre nosotros, el Doctor Palma, en un caso de glioma cerebral difuso, (1) llegó á explorar tambien el ventrículo al traves de la incisión practicada; el enfermo se conservó por espacio de 16 días sin temperatura ni convulsiones, á pesar de la pérdida de liquido, pero murió por una infección, debida á un accidente imprevisto: el enfermo se había arrancado la curación durante la noche y se le encontró al día siguiente con una hernia del cerebro en contacto con las ropas de cama. ¿Habría sobrevivido á la abertura ventricular á no haber sucedido esa complicación? No podría afirmarse, pues la muerte, por pérdida de líquido céfalo-raquídeo, puede tambien producirse á los 20 días (caso de Darvy, citado) y aún mas tarde.

Debemos advertir, sin embargo, que este caso como el que cita Poirier, no estan en las mismas condiciones de las aberturas ventriculares por quistes hidatidicos extirpados; en estos, cuando la abertura se produce, ella es amplia por el hecho de ser intermedia á dos grandes cavidades: la quistica y la ventricular; pero en aquellos otros dos casos, si es cierto que hubo tambien abertura amplia, puesto que se podía meter el dedo, en cambio había entre ella y la superficie cerebral dos paredes de gran espesor aplicadas la una contra la otra.

---

(1) Rev. de la Soc. Méd. Arg. Vol. II pág. 128, 1893.

Nos queda el caso del Doctor Eeteves, en el que la pérdida de líquidocéfalo-raquídeo, se produjo en cantidad de 800 gramos, por espacio de 9 días, prolongándose aunque en menor cantidad por unos 12 dias mas; esto nos inclina á creer, como el Doctor Esteves, que la perforación se ha producido realmente; no nos explicamos de otro modo la gran pérdida de líquido, mucho más si tenemos en cuenta que se hizo la sutura completa de la duramadre. La terminación favorable en este caso, constituye una verdadera excpción á la regla; acompañamos su historia (obs. 6.ª) que resulta por demás interesante.

Se han propuesto diversos medios para evitar esta complicación en los quistes operados, y todos ellos con resultados poco satisfactorios; unos indican las punciones repetidas del quiste con aspiración del líquido, al traves de una pequeña trepanación; y de los que optan por la craniectomia temporaria, unos la prefieren con el drenaje sistemático con gasa, otros con sutura completa de la duramadre; se ha indicado tambien llenar la cavidad quistica con un líquido, como agua salada, á fin de hacer menor el desequilibrio de presión.

Nosotros preferimos la sutura completa de la duramadre, como la practican la mayor parte de nuestros cirujanos (Posadas, Castro Llobet. Esteves), consideramos que la meningea, como membrana inextensible, es la mejor envoltura que puede impedir la distensión del encéfalo; á más, en caso de producirse la perforación, ella se opone, mejor que cualquier otro

proceder, al derrame de líquido céfalo-raquídeo; entraremos en mayores detalles en el capítulo siguiente.

Y para terminar, con lo que se refiere á la perforación ventricular y su pronóstico, veamos las consecuencias que se desprenden de su estudio.

1.ª La muerte es el resultado fatal de las amplias aberturas ventriculares en los quistes hidatídicos del cerebro.

2.ª Por consiguiente: el pronóstico es fatal en los casos de quistes hidatídicos intraventriculares: el diagnóstico de esta variedad, podrá hacerse más ó menos probable, por la ausencia de síntomas localizados, por su evolución rápida y por la extensión de las perturbaciones paralíticas.

3.ª El pronóstico es sumamente grave para los quistes periventriculares y la intervnción está indicada con mas ó menos probabilidades de éxito.

4.ª El pronóstico, aún cuando no pierde su gravedad, es relativamente bueno, en los quistes paraventriculares, y la intervención debe indicarse lo mas pronto posible.

De esta última se desprende una 5.ª conclusión y es que, dadas las dificultades del diagnóstico y la mayor gravedad del pronóstico, con la evolución mas avanzada de los quistes, estará muy indicada la intervención exploratriz precoz, sobre todo en aquellos casos, no raros, en que los signos clínicos son tan complejos.

CAPITULO III

Tratamiento

Hasta hacen pocos años, el estudio de la intervención en los quistes hidatídicos del cerebro, como en la de los demás tumores de este órgano, era por demás oscuro, pues si algún interés ellos presentaban al clínico, solo podia serlo por su diagnóstico, porque como dice Starr, su pronóstico era fatal y su tratamiento nulo.

Las intervenciones en el encéfalo, se hacían poco menos que al azar, y salvo en las casos que presentaban deformaciones limitadas de la bóveda craneana, ellas eran guiadas por sintomas inciertos, faltos de la precisión que aún la Fisiología no había conseguido hallar; de alli que sus resultados fueran deficientes, y contados los casos en que los cirujanos se decidieran á intervenir.

Pero hoy, los notables adelantos alcanzados en estos últimos tiempos por la cirujía antipsética, las delicadas invcstigaciones hechas sobre sistema nervioso por la Fisiología experimental, á cuyo nombre van unidos los de Brocca, Charcot, Duval, Marie, Duc-

chenne, etc, y los conciezudos trabajos llevados á cabo, sobre localizaciones cerebrales, por Mac Ewen, L. Championniere, Horsley,Keen, Von Bergmann, Poirier y tantos otros, han venido á sentar sobre bases sólidas, la cirujía del encéfalo, vasto campo de estudio fecundo en magníficos resultados. Hoy el cerebro no es un *noli me tangere* y los cirujanos intervienen en él con la relativa impunidad con que abordan una laparotomía.

Veremos sin embargo, mas adelante, que ápesar de los brillantes resultados inmediatos alcanzados, aun queda un gran paso que dar en el sentido de sus resultados ulteriores, por lo menos en lo que á los quistes hidatídicos se refiere.

Antes de pasar á ocuparnos del método operatorio debemos de abordar una cuestión de suma importancia; nos referimos á las condiciones especiales que deben llenar los quistes para su intervención, sea cualquiera el procedimiento empleado, ya se trate de una trepanación propiamente dicha (y en este caso esas condiciones se hacen mas imprescindibles) ó bien de una resección parcial de la bóveda á escoplo y martillo. Estas condiciones son:

1.ª conocer la localización mas ó menos exacta del quiste.

2.ª que este sea accesible.

3.ª referir la localización hallada á determinados puntos de la bóveda craneana.

En cuanto á la primera, ella es fundamental y de suma importancia, su conocimiento nos lo dan ciertos

signos físicos y funcionales del tumor, signos que, como dice el Doctor Posadas, son los verdaderos guías para la intervención quirúrgica, ellos son: 1.º la deformación limitada de la pared craneana, signo preciso y de un valor que podemos llamar absoluto si á ello se agrega el desgaste ó la perforación del hueso, que permita, ó bien percibir esa sensación especial de pergamino, ó bien palpar el tumor renitente y pulsátil bajo el cuero cabelludo, como en las observaciones 2.ª y 5.ª entre otras que conocemos; cuando este signo existe, debe prevalecer á todos los demás, aun cuando hubiera cierta contradicción aparente entre ellos; 2.º las pertubaciones motrices, sintomas de localización que rara vez faltan y 3.º el dolor fijo y localizado en un punto, sea expontáneo ó á la presión, es tambien un signo de gran valor y que el cirujano deberá tener muy en cuenta, sobre todo en aquellos casos en que falten los anteriores, pues puede por si solo tener tanta precisión como ellos, é indicar la trepanación exploratriz cuando vá unido á los demá síntomas funcionales, que hagan presumir la presencia de un tumor cerebral. Por lo demás, el diagnóstico topográfico de precisión matemática, no es imprescindible ahora que, con los nuevos procedimientos de resección osteoplástica, pueden atacarse, por una sola brecha, extensas zonas cerebrales.

En cuanto á la segunda condición, ella se refiere á que el quiste deberá estar en relación de vecindad, mas ó menos cercana con la bóveda; los quistes de la base y de las partes profundas centrales, que felizmen-

te son los mas raros entre nosotros, como hemos visto, los consideramos con Starr, Horsley y Chipault, por hoy fuera del alcance del cirujano, á no ser que, por su desarrollo ulterior, se abran paso hacia las partes laterales del cráneo; la muerte es inevitable, en las intervenciones de estos quistes, como consecuencia del gran traumatismo que en la sustancia cerebral se determina para llegar hasta ellos.

No es menos importante que las anteriores, la tercera de las condiciones requeridas: su estudio es objeto de la topografía craneo-encéfalica; ella relaciona en el craneo, por diversos puntos de mira y medidas tomadas sobre el mismo, las distintas partes de la corteza cerebral. Sin embargo, para las intervenciones que nos van á ocupar, no es necesario conocer cada uno de esos puntos correspondientes á otros tantos centros cerebrales;puede tenerse un conocimiento preciso, sin recurrir á un método especial de determinación para cada uno de ellos; basta referirlos á tres líneas fundamentales, estas tres líneas son: la cisura de Rolando, la de Sylvius y la perpendicular externa. Aun mas, para nuestra práctica basta con buscar la primera, la de Rolando, á lo largo de la cual estan escalonados los principales centros psico motores; es la que determinaremos, pasando por alto las otras dos que son de menor importancia.

No vamos á describir aquí los numerosos é ingeniosos procedimientos que se han ideado para ello, indicarcmos tan solo el método alemán de Von Bergmann y Meckel, que á la ventaja de ser uno de

lós mas precisos, une la de ser el mas práctico y sencillo.

Se trata de hallar: 1.º la extremidad superior de la cisura, 2.º su extremidad inferior; uniendo estos dos puntos se tiene el trayecto.

Para lo primero, se levanta inmediatamente por detrás de la apófisis mastoidea, una perpendicular hasta el nivel de la sutura sagital; el punto de intersección de estas dos líneas, corresponde á la extremidad superior de la cisura de Rolando. Kohler, ha hecho construir un craneo-encefalómetro, aparato destinado á la aplicación dc este procedimiento; es completamente innecesario y se puede muy bien pasar sin él.

No podemos dejar de citar el proceder norte-americano, tan simple como práctico; se basa en la relación constante que existe entre la distancia naso-frontal rolándica y naso-frontal iniana, esta relación es de 53 á 55 por 100; basta, pues, buscar la parte media de la distancia que separa el ángulo naso-frontal del inión y añadir 2 centímetros hacia éste. Término medio esta distancia es, segun Poirier, de 18 centímetros en las cabezas grandes y de 17 en las chicas.

Para hallar la extremidad inferior, se usa tambien el proceder alemán, algo modificado por Poirier. Se señala el arco zigomático y sobre esta línea se levanta una perpendicular que, pasando por delante del *trago*, llegue hasta la sutura sagital; sobre esta línea, y á partir de su extremidad inferior, se cuentan 7 centímetros (unos milímetros menos en los niños) y se tiene el punto buscado, el que unido al anterior por

una recta, nos da la dirección y longitud de la cisura de Rolando.

Ciertamente que este método tiene un inconveniente, común á los demás, como lo hace notar Chipault, y es que responde á cifras fijas que no tienen en cuenta las diferentes relaciones del craneo con el cerebro, debidas á variaciones de volumen y de forma segun las razas, los indivíduos y las edades; sin embargo, las diferencias que pueden resultar son mínimas, y como nos hemos referido ya á su poca importancia, creemos que no se debe tomar en cuenta dicha dificullad, razón por la cual no recurrimos al método indicado por dicho autor para salvarla.

Estas medidas deberán de tomarse preferentemente el día antes de la operación, y señalarse con el lápiz de nitrato de plata, para que no se borren por los lavajes.

Y pasemos ahora á describir el procedimiento operatorio de elección; la craniectomía parcial á escoplo y martillo, con sutura completa de la duramadre, que preferimos á todos los demás procederes de trepanación que se han propuesto, y cuya descripción no hacemos porque sería muy extensa y por no ser objeto de nuestro trabajo. La preferimos tambien al método de Doyen con aplicación de fresas, porque la consideramos con las siguientes ventajas sobre él: 1.ª reducción en el número de instrumentos; hemos visto al Doctor A. Castro operar el último caso de quiste hidatidíco del cerebro por el sistema de Doyen, tenía un verdadero arsenal instrumentario: trépano, fresas

de distintas formas y diámetros, agudas y romas, mensurador craneano, sierras de Hey etc. Los adelantos de la cirujía significan, á nuestro modo de ver, procederes sencillos, rápidos y precisos, y no procederes dotados de una instrumentación numerosa que, las mas de las veces es complicada ó innecesaria. 2.ª. rápidez y seguridad de acción; en el mismo tiempo que con el escoplo se ha levantado el colgajo óseo, no se ha terminado aun, por el otro sistema, la aplicación de la primera fresa; 3.ª como consecuencia de la anterior, la anestesia se prolonga menos, la hemorragia es menor y por lo tanto el enfermo está menos expuesto al shoc operatorio y 4ª la adaptación y cicatrización del colgajo óseo es completa y no deja los puntos vulnerables de las coronas de fresas.

«Ningún instrumento, dice Terrier, (1) nos parece dejar mas libertad al cirujano, permitiéndole asegurarse á cada instante, de los efectos obtenidos.»

La conmoción cerebral producida por un escoplo bien cortante y por pequeños golpes secos de martillo, es casi nula; en las diversas intervenciones del cerebro, que hemos tenido ocasión de ver practicar al Doctor Posadas, (2) en ninguno de sus enfermos se ha notado el menor inconveuiente atribuible al proceder operatorío, y el mismo Terrier, en apoyo de esta opinión, cita el caso de un enfermo por él operado y que se quejaba. poco despues de la operación (unas ho-

---

(1) La practique du trepan.
(2) varios casos de idiotía microcefálica, glioma del cerebelo, osteosarcoma del diploe, quistes hidatídicos, etc.

ras) no de la cefalalgia, que podría haber sido su consecuencia, sino de la pequeña herida lingual producida por la pinza tira-lengüa.

Una vez, pues, que se han llenado las condiciones requeridas, de que nos hemos ocupado, se cumplirá, desde el día anterior y de una manera rigurosa, con los cuidados preoperatorios que requíere una intervención tan delicada: baño de higiene, administración de un purgante, afeite del cuero cabelludo, dibujo al lápiz de nitrato de plata, de la cisura de Rolando, (ó la qne mas interese, segun la región donde se ha de intervenir), lavaje al cepillo y jabón, antisepsia al sublimado corrosivo, y vendaje completo oclusivo con gazas esterilizadas ó humedecidas al sublimado, como lo aconsejan Starr y Chipault.

El día de la operación, se repite la antisepsia de la víspera, con la mayor prolijidad; colocado sobre la mesa, la cabeza del enfermo deberá reposar sobre una almohada, á propósito para que sirva de plano contentivo y resistente, y para amortiguar la conmoción producida por los choques del martillo; una vez anestesiado, se repasa el cuero cabelludo, con compresas empapadas de alcohol y luego de eter. Como lo indica Horsley, debe preferirse el cloroformo como anestésico, el cual no tiene el inconveniente de producir, como el eter, una mayor dilatación de los vasos, lo que facilita la hemorragia.

Sobre el punto determinado de antemano, se incinden en un solo tiempo las partes blandas hasta el hueso, comprendiendo el periostio, y de modo de ta-

llar un colgajo, en forma de herradura, con su base inferior del lado de la base del craneo; sus dimensiones serán mas ó menos variables, según sea la localización mas ó menos exacta que se tenga del quiste, y la deformación que haya podido producir en la pared ósea; como término medio,puede indicarse 7 centímetros de altura, 9 dc ancho y 5 de base, pero lo repetimos, no es una regla fija; es sobre todo en aquelllos casos de localización dudosa, que deben preferirse los colgajos amplios que permiten abordar una extensa zona de cerebro.

La hemorragia, que en este momento se produce, suele ser abundante y considerable, por la gran vascularización de la región; se la conjurará por la aplicación de pinzas hemostáticas en los principales vasos seccionados.

La retracción de las partes blandas deja al descubierto el hueso, sobre el cual se ve la incisión del periostio; se separan, con una gúbia, los bordes del mismo, dejando que el resto quede adherido á las partes subyacentes, conservando así sus elementos de vitalidad; entonces, sirviéndonos del escoplo y del martillo, se procede á la sección del hueso, concéntrica á la del cuero cabelludo.

Avanzando á pequeños golpes, pero *secos*, se tendrá muy presente: la vecindad de los senos y el poco espesor que, en ciertos casos, pueden tener las paredes óseas; el escoplo, tenido con mano segura, deberá dirigirse oblícuamente, de modo á tallar el hueso á bisel á expensas de su tabla externa, al mismo tiem-

po que se corre menos peligro de herir las meníngeas ó el cerebro, en el caso de una escapada. Hay que tener la mano habituada á esa particular sensación que le da el escoplo, cuando ha cortado la tabla interna: la mano *siente* que ésta está rota.

Por lo demás, esta sección puede hacerse también en dos tiempos: en el primero, con un escoplo ordinario de unos 5 ó 6 milímetros de filo, seccionar la tabla externa y el díploe, y en el segundo, con otro provisto de un guión que proteje la duramadre, y dirigido en el sentido de la sección que se quiere hacer, cortar la tabla ínterna.

Se quiebra la base del colgajo, sirviéndose del escoplo como palanca, y si fuera necesario prolongando la incisión en ambos lados de la misma, y se invierte; se regulariza la superficie de sección con pinzas sacabocados de Mathieu, retirando todos los pequeños fragmentos que se vayan sacando. En este momento, el ayudante deberá esmerarse en secar el campo operatorio, inundado por la sangre, que se desprende en napa, de las numerosas venas del díploe; pasará las compresas suavemente y sin hacer presiones.

La duramadre se presenta, entonces, tensa y con su red vascular fuertemente inyectada, lo que nos demuestra el aumento de presión intracraneana; se examina su superficie y coloración, las que suelen aparecer la una espesada y pálida la otra, si el quiste es subdural, y por medio de una palpación digital, suave y metódicamente hecha, la consistencia y lati-

dos de la sustancia cerebral subyacente la que, si el quiste es más ó menos superficial, se percibe desprovista de ellos y dando una especial sensación de fluctuación ó renitencia, lo que permite al cirujano orientarse desde ya para incindir la meníngea, sobre el foco mismo de la lesión.

Para la incisión de aquella, se levanta un pliegue, con una ó dos pinzas, y se lo corta con la tijera ó con el bisturí; se prolonga la incisión sobre una sonda acanalada, en una extensión de unos 3 centímetros, sin perjuicio de agrandarla luego, y tratando de evitar en lo posible las principales ramas de la meningea media, cuando se opera en la región temporal; si la sección de alguna de ellas fuera inevitable, se haría antes una doble ligadura, pasando el hilo con una simple aguja de Hagedorn. Algunos autores indican de cortar sistemáticamente la duramadre en forma de L (Championiére) de T (Terrier) ó en herradura concéntrica al colgajo ósteocutáneo. Preferimos la incisión en línea recta, la que en los raros casos que no da suficiente campo de acción, se puede agrandar ó modificar, según las necesidades de la operación; la sutura es más exacta, más hermética con este proceder.

Si se trata de un quiste subdural, inmediatamente de incindida la meníngea, aparece la membrana característica, de coloración blanquecina y nacarada, haciendo hernia por el hojal de la duramadre; se la punza con el bisturí ó una aguja, y aún no se ha vaciado completamente cuando ya se escapa al exterior; en el caso de que no salga se la extrae con pinzas.

Debe procurarse que la evacuación del quiste sea paulatina, pues en el caso contrario, sobre todo si es grande, la distensión brusca de la sustancia cerebral puede dar lugar á un colapso ó shoc inhibitorio que puede poner en serio peligro la vida del enfermo, como tuvimos ocasión de ver, hará cosa de mes y medio, en un caso que operó el Dr. Posadas: se trataba de un hombre de unos 38 años, portador de un voluminoso ósteo-sarcoma del diploe; apénas se levantó el hueso con el tumor contenido en él que hacía presión sobre el cerebro, cuando el enfermo, que hasta entonces se conservaba lo más bien, quedó inmediatamente en síncope, sin respiración ni pulso aparentes; felizmente las tracciones rítmicas de la lengua conjuraron el peligro, y la operación se terminó con tan buen resultado que 15 días después, vimos al mismo enfermo, antes hemiplégico, pasearse tranquilamente por la sala.

Volvamos á nuestros quistes y supongamos que se trata del caso más frecuente, es decir: de aquellos que ocupan la sustancia blanca, en vecindad de la corteza gris; las circonvoluciones cerebrales se presentan entonces con una coloración más pálida que lo normal y más ó menos deformadas, haciendo, como el quiste de que nos ocupábamos, fuertemente hernia al nivel de la duramadre, y desprovistas de latidos en una zona que corresponde sensiblemente al quiste, sobre todo si este es subcortical.

Puede suceder, sin embargo, que la configuración externa del cerebro, su coloración, consistencia, etc.,

no nos revelen la presencia del tumor, sea porque no se haya dado en su mismo foco, sea porque es más profundo; es en estos casos que se debe recurrir á la exploración digital, practicada en la forma que aconseja Keen: insinuando suavemente el índice entre la meningea y el cerebro, lo que permite llegar hasta una zona, mayor de 3 centímetros, más allá del reborde óseo.

Si con esta exploración tampoco se ha tenido resultado, deberá recurrirse á las punciones practicadas con una aguja de trocar de las más delgadas ó mejor de una jeringa Pravatz ó Lüer, que permita hacer la aspiración; deberá introducirse suavemente, sin movimientos de lateralidad y de modo de darse cuenta de la diferente resistencia que den los tejidos que atraviesa; al llegar á la cavidad quística, se percibe una sensación de vacío y menor resistencia, y un chorro de líquido, claro y transparente, salta por el orificio de la cánula. Si no basta una, se harán dos, tres, ó más en distintas direcciones, tratando de evitar los ventrículos y de hacerlas en la superficie de las circunvoluciones, pues es en el fondo de los surcos donde corren los vasos de la piamadre y del cerebro.

Una vez ilustrados sobre la situación precisa del quiste, estamos en condiciones de extraerlo: para ello se hace una incisión que nos lleve hasta él, con el bisturí dirijido siempre perpendicular á la superficie cerebral y en sentido paralelo á las fibras de la corona radiante de Reill; se evacúa paulatinamente el líquido, tratando de que no se escurra entre las meningeas y

el cerebro, lo que es fácil de conseguir por la saliencia que este hace en la brecha ósea, y la membrana por el hecho de la tensión intraventricular se presenta á la superficie, de donde se la extrae casi siempre con la mayor facilidad con los dedos ó con pinzas, pues sus adherencias en las partes periféricas son comunmente nulas debido á que, como hemos visto, rara vez estos quistes son supurados.

Debemos de insistir aquí sobre el peligro que entraña la evacuación rápida del líquido, dada la estrecha conexión que pueda haber entre las cavidades quística y ventricular y que haga que, por el cambio brusco de presión, se produzca además del accidente citado (colapso, shoc), otro tan grave ó más que él y del que nos ocupamos extensamente al hablar del pronóstico: la perforación ventricular.

Después que se ha extraído el quíste, deberá explorarse atentamente la cavidad que ha dejado, pues no es raro que al lado de ella haya un segundo ó tercero, como en los casos 1° del Dr. A. Castro, (2 quistes) 6° y 18° del Dr. Llobet (3 quistes) y 7° y 31° del doctor Posadas (2 quistes). Nos olvidábamos decir que, préviamente se la habrá secado con la mayor proligidad, con gasas llevadas hasta el fondo por medio de una pinza. Si el quiste es fértil y tiene vesículas, basta con una corriente de agua esterilizada para que sean arrastradas al exterior.

Ahora hien: dos casos pueden presentarse: ó se trata de un quiste estéril, aséptico, cosa que podemos suponer por la claridad y transparencia del líquido y

por el aspecto de su membrana, ó bien se trata de un quiste supurado ó sospechoso. (1)

En este último caso que, permítasenos repetirlo una vez más, es sumamente raro, no hay lugar á dudas ni opiniones en cuanto al procedimiento á emplear, aun cuando hubiera sobrevenido una abertura de los ventriculos, es el drenaje con gasa ó con tubos de goma blandos pasados por la abertura que se dejará en la duramadre, (el resto de la cual será suturada) y por la que se practicará en el hueso con la pinza saca-bocados de Mathieu.

Tratándose del primer caso, es decir, de quistes estériles, preferimos la sutura completa de la duramadre y desechamos la práctica del drenaje y de los lavajes de la cavidad, porque consideramos que las manipulaciones consecutivas y repetidas que ellas requieren, no hacen sino aumentar las probabilidades de una infección secundaria, por más cuidado que se tenga de su asepsia; y además de otras razones, que ya hemos mencionado, debe agregarse la mayor pérdida de líquido céfalo-raquídeo con su acción hipertérmica y convulsivante, no menos real que inexplicable.

La sutura de dicha membrana se hará con seda fina ó cátgut, núm. 0; podrá hacerse ó no contínua, lo esencial es qne sus puntos sean lo suficientemente

---

(1) Conocemos los trabajos del Dr. Viñas, por los cuales se ha comprobado que quistes en apariencias asépticos, pueden no serlo en realidad, y contener bacterios (Colli comunis, streptococcus, staphylococcus) pero es una gran excepción, tanto que solo ha encontrado 4 casos entre 27 examinados; hay que advertir que ellos se refieren á quistes de otros órganos que están en condiciones de infección muy diferentes de los del cerebro.

aproximados para que la oclusión sea lo más completa posible, de este modo la pérdida de líquido céfalo-raquídeo resulta mínima y de poca importancia, y la perforación ventricular más dificil que se produzca. Se empleará una aguja mediana Hagedorn, que se pasará bien cerca de los bordes de la incisión, para que queden bien en contacto, y sin hacer demasiada tracción.

Hecho esto, y después de secar bien el campo operatorio, no queda sino retirar las pinzas hemostáticas, reaplicar el colgajo ósteo cutáneo, adaptando bien sus bordes, suturar el cuero cabelludo con crín de Florencia, y aplicar una curación seca ligeramente compresiva.

Las indicaciones post-operatorias son simples, las de toda intervención en general; si el estado del pulso no ha obligado á hacerlo en el momento mismo de la operación, se aplicarán al enfermo inyecciones hipodérmicas de cafeina y éter, y mejor una dermoclisis de 500 ó 1000 gramos de suero Hayem, para levantarlo del estado de estupor en que puede quedar durante las primeras horas, por el shoc producido por el cloroformo, la conmoción y la hemorragia.

La curación se cambiará del 3° al 4° día, á no ser que el estado del enfermo haga sospechar una complicación.

No se olvidará de vigilarlo constantemente, sobre todo, si hay excitación nerviosa, alucinaciones ó delirio, que pueden inducirlo á arrancarse la curación; esos síntomas, como las convulsiones que pudieran presen-

tarse, se combatirán por los bromuros y el cloral; contra la hipertermia se indicarán laxantes suaves, y lociones frías de vinagre aromático, aplicadas al tronco y los miembros; se indicarán también los tónicos y los estimulantns difusibles á base de alcohol; tampoco se descuidará la micción durante los primeros días, y si ella se retardara, se hará inmediatamente el sondaje.

Las perturbaciones paralíticas, las atrofias musculares, etc., serán tratadas más tarde por el masaje, la electricidad, la hidroterapia, y la medicación reconstituyente, arsénico, etc.

Vamos á citar, someramente, algunas complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de la operación á más de las que ya nos hemos ocupado, y el modo de combatirlas.

1ª *La hemorragia del colgajo cutáneo*: suele ser considerable, pero podrá limitarse mucho si se tiene cuidado de evitar los principales vasos: la temporal superficial y la occipital; siendo imposible la torsión ó ligaduras de estas arterias, basta con la aplicación de pinzas hemostáticas de Kocher, las que al retirarse al fin de la operación han permitido ya una hemostasia definitiva, como lo hemos observado en todas las intervenciones que hemos presenciado. Algunos aconsejan aplicar un tubo de cautchú alrededor del cráneo, creemos con Starr y Chipault que esta práctica tiene más inconvenientes que ventajas porque 1º su fácil deslizamiento es un gran obstáculo, 2º no permite en ciertos casos una completa libertad de acción al cirujano y

3° su presión sobre las arterias no es completa, y como en cambio obstruye la circulación en retorno, hace que la hemorragia sea mayor.

2ª *La hemorragia del díploe*, no tan considerable como molesta; es sobre todo en otra clase de tumores, en los sarcomas ú osteo-sarcomas, que puede ser tan intensa que comprometa la vida del enfermo; es en estos casos que la craniectomía con aplicación de fresas nos parece inconveniente por el tiempo que se pierde en la sección del hueso No hace mucho que el Dr. Posadas nos decía, en una de sus conferencias, que él había visto á uno de los grandes cirujanos de París perder un enfermo por la hemorragia del díploe, antes que hubiera completado la sección del hueso por la unión de las coronas de fresas: se trataba de un osteo-sarcoma; en el caso que anteriormente referimos no revistió tal gravedad. Si llegara á ser abundante, se la conjurará por el desprendimiento de las venas, con la punta del bisturí, lo que basta para que se retraigan (Gerster), ó por la incrustación de puntas de hueso decalcificado, como lo indican Franck y Church.

3ª *La hemorragia de la duramadre*, hemos dicho que se la prevendrá ligando los vasos principales antes de incindirlos; en el caso contrario, se puede dejar una pinza á permanencia por 24 horas.

4ª *Los senos durales*, se evitan desprendiéndolos con facilidad del hueso, en caso de herirlos se procede como en la anterior; la del cerebro se detiene por la compresión momentánea con gasas, ella es mínima

ó nula si se evitan los surcos en cuyo fondo están los vasos de la piamadre.

Con el objeto de disminuir la hemorragia de estas diversas partes, algunos autores han preconizado las inyecciones hipodérmicas de ergotina (Keen) y de morfina (Horsley) practicadas antes de la operación: Starr dice haber comprobado la real eficacia de estas últimas; en los casos á que nos hemos referido, no las hemos visto practicar, por lo que no tenemos juicio formado al respecto, es de suponer *á priori* que ellas sean eficaces por su acción vaso-constrictora.

También se han indicado últimamente, no recordamos por quien, las inyecciones hipodérmicas de *extracto acuoso de cápsulas supra-renales* (1 c. c.); una sola vez las hemos visto ensayar por el Dr. Posadas, en un niño, á quien se le hizo una craniotomía paliativa, por un cefalálgia violenta y persistente, debida á una meningitis tuberculosa con hidrocefália consecutiva, y efectivamente: la hemorragia fué mucho menor que en los demás casos que hemos presenciado, pero no nos basta uno solo para sentar opinión.

CAPÍTULO IV

Resultados operatorios

Pasemos á ocuparnos ahora de los *resultados* de las intervenciones del cerebro por quistes hidatídicos. Del examen que hemos hecho de algunas tesis y obras escritas al respecto, deberiamos deducir que ellos son muy satisfactorios y halagüeños; en ellas se consideran como definitivamente curados aquellos enfermos en que, después de la operación realizada con feliz éxito, han disminuído los graves trastornos á que la enfermedad había dado lugar, ó por lo menos se han detenido en sn marcha fatal y progresiva. Así nuestras estadísticas daban un promedio de curación superior aún á las extranjeras; estas últimas tienen un 50 °/₀, mientras que entre nosotros se habría alcanzado un 56 °/₀.

Pero, en realidad, estas cifras se refieren á los resultados *inmediatos* de la operación, pero lo que no se refiere en ellas, como tampoco en algunas obras clásicas que hemos consultado, son los resultados *lejanos* de estas intervenciones, cuestión de suma importancia. Porque no nos basta saber que una persona, á la que

se le ha extirpado un quiste y que ha soportado sin inconvenientes la operación, no presente ya sus violentas cefalalgias, sus vómitos repetidos, sus ataques de epilepsia Jackssonniana ó sus convulsiones más ó menos generalizadas; ni nos basta tampoco conformarnos con esa leve ó insignificante mejoría que haya experimentado en su estado intelectual, en su visión, ó en los movimientos de sus míembros paresiados ó paralizados antes de ella; lo que nos falta saber, y esto nos lo preguntarán muchas veces el operado ó sus parientes, es si ese estado de relativa curación será real ó definitivo, y si no sobrevendrán más tarde complicaciones, tributarias del mismo tumor extirpado, que lleguen á desmentir nuestros pretendidos inmejorables resultados; y esto no solo es de interés para el paciente y su familia, sino también, como es muy lógico, para el mismo médico que va á dar su pronóstico.

Debemos confesar que es esta una cuestión que tal vez ha llamado poco la atención de los observadores; veamos como se expresa el Dr. Esteves en *Le Progres Medicale* de París (Febrero de 1902):

«Entre los tumores que pueden desarrollarse en el cerebro, dice, los quistes hidatídicos han sido considerados de los mas *benignos* á causa de la relativa facilidad de su extirpación y de los resultados terapéuticos. Tengo conocimiento que una decena de casos, operados entre nosotros, han dado un feliz resultado, teniendo solamente en cuenta las consecuencias *inmediatas*, pero como ha faltado la observación ulterior,

nada sabemos sobre sus consecuencias lejanas. De los cuatro casos operados, que me son personales, no he seguido más que durante tres años aquel que data de 1894, pero no me ha sucedido lo mismo para los otros tres y debo decir que, por lo que á mí me concierne, hay mucho que objetar al optimismo fundado sobre los resultados operatorios, cuando se tienen en cuenta los resultados lejanos.

Porque, en general, se puede decir que los operados de quistes recobran la salud por un término de 3, 4 ó 5 meses, pasado este tiempo, se nota que el carácter se altera, se hacen fantásticos, irritables, la inteligencia decae, se pierde la memoria, lloran y rien sin motivo, la epilepsia que había desaparecido después de la operación del tumor se presenta de nuevo ó hace recién su aparición cuando no habia acompañado á los demás síntomas y finalmente los enfermos mueren en el coma. La niña de 13 años, cuya observación publiqué en *Le Progres Medicale* de Diciembre de 1899, anduvo bien hasta el mes de Agosto (había sido operada en Mayo) poco después se presentaron los síntomas enunciados y murió al mes siguiente. Los otros dos casos, cuya observación resumida se da más adelante, se descomponen así: el primero operado en Noviembre de 1899, se conserva en buen estado hasta el mes de Mayo, hacia esta época sobrevienen modificaciones de su carácter, pierde su orina y materias fecales sea de pié sea en el lecho y muere en el mes de Agosto; el segundo operado en Julio y que jamás había tenido convulsiones, es atacado en Noviembre

de epilepsia parcial; su inteligencia también se altera y su estado se va agravando, en medio de convulsiones que se repiten con frecuencia y en grave estado, es llevado por sus padres á un hospital en donde sin duda ya ha fallecido.»

A estos casos personales, el Dr. Esteves añade el de un joven estudiante de 14 años, operado por el Dr. M. Herrera Vegas en el mes de Diciembre de 1899 y que se restableció tan bien (salvo la hemiplegia que conservaba) que comenzó á dedicarse de nuevo á sus estudios; pero en el mismo mes del año siguiente, vuelve á ingresar en el hospital presentando los mismos síntomas que había tenido anteriormente; se le opera y se encuentra en el sitio que ocupaba el primer quiste «un semillero de vesículas»; á los quince días muere.

A estos cuatro casos debemos agregar nosotros dos más del Dr. A. Posadas, que después de operados se consideraron también como curados (entiéndase que esta palabra es relativa) pasando un período de varios meses, pero al fin de los cuales sobrevinieron los síntomas que se han enunciado para los anteriores, y fallecieron el uno al año y medio y el otro á los dos años después de la operación.

Es sensible que en la mayor parte de estos casos no haya sido posible verificar la autopsia, por obstáculos de la familia, de modo que se ignoran las lesiones que nos podría haber revelado aquella; en uno de los casos, trepanado por segunda vez, el Dr. Esteves obtuvo un líquido amarillento con algunos grumos de

sustancia nerviosa en suspensión, lo que, unido á los síntomas que han presentado, podría hacer presumir un proceso de reblandecimiento.

Y á propósito de estos resultados, el Dr. Esteves opina que talvez no sean ellos agenos al actual proceder operatorio de la craniectomía; y propone modificarlo por la trepanación seguida de punciones repetidas del quiste con aspiración del líquido, como mejor medio de evitar la perforación secundaria de los ventrículos y el traumatismo que, si bien no se manifiesta en sus resultados inmediatos, podría influir en sus consecuencias tardías.

Hemos expresado ya nuestra opinión al respecto, al hablar del pronóstico y tratamiento, y solo agregaremos aquí que la cuestión del tratamiento de los quistes no está aún completamente resuelta, de modo que no es lógico ni prudente hacer exclusión de métodos.

Lo cierto es, pues, que estas observaciones están en contra de la opinión optimista que generalmente se tenía respecto de los resultados curativos de la operación, habiéndose considerado los quistes como los tumores cerebrales que más beneficiaban de ella. Comprendemos que un número reducido de 6 casos, no bastan para establecer una ley general, sin embargo, es un hecho que debe tenerse en cuenta y digno de llamar la atención de los cirujanos, á fin de seguir en lo posible los nuevos casos que se presenten y aportar nuevos elementos que permitan sentar un juicio definitivo sobre esta cuestión.

Y entiéndase bien que no pretendemos con estas

consideraciones combatir los resultados benéficos de la operación, antes por el contrario, nos colocamos en el número de sus partidarios más entusiastas, comprendemos que es ella el único medio de salvar al enfermo de una muerte segura, y que será tanto más eficaz cuanto más pronto ella se efectúe, antes que el quiste haya adquirido mayores proporciones. Y volvemos á insistir aquí sobre las ventajas que puede reportar la intervención precoz exploratriz, hasta tanto que la sintomatología y el diagnóstico de estos tumores permitan á la cirujía intervenir en una época más reciente de su evolución.

Permítasenos incluir en este capítulo una de las observaciones publicadas por el Doctor Esteves, como ejemplo del orden con que aparecen los fenómenos descriptos:

F.... V..... de 11 años de edad, jamás ha salido de la capital y no ha tenido enfermedad alguna anterior. Hace un mes que ha empezado á sentir dolores de cabeza con exacerbaciones nocturnas y una cierta disminución de la inteligencia. Durante los últimos días se han notado en él temblores generalizados mas acentuados en las manos y en los pies.

Estado actual. — Desarrollo y nutrición normales. Temperatura normal, pulso 96, apetito micción y defecación normales. Cabeza grande, circunferencia 0,535 m; presencia de una cicatriz con ligera depresión sobre la sutura lambdoidea y la región parietal izquierda. Mirada sin expresión, no se hace la convergencia por aproximados que esten los objetos que

se le presentan, mira como si los globos siguieran dos paralelas. Surco naso-geniano derecho mas pronunciado que el izquierdo. Haciéndolo reir, paralisis facial inferior izquierda. Marcha ligeramente titubeante, temblor general de pequeñas oscilaciones de que el mismo enfermo se apercibe. Sensibilidad general conservada al tacto, al dolor y á la temperatura. Los reflejos profundos no existen en los miembros superiores; los rotulianos que estaban iguales el 17 de Junio se encontraban el 26 exagerados en el lado izquierdo y desaparecidos en el derecho.

Reflejos plantares: el derecho normal, el izquierdo flexiona el pié en totalidad. Neuritis optíca doble; papilas muy congestionadas con bordes difusos y venas varicosas. Nada de anormal en las otras funciones.

Hasta el 8 de Julio, ha tenido tres accesos de cefalgia intensa localizada al parietal derecho, acompañada de vómitos y seguida de un profundo sueño. A esta época resección temporaria en la región parietal derecha, incisión de 0,03 c. en profundidad de la sustancia cerebral, despues de habar extraído un líquido claro sin albúmina; extracción de una membrana hidatídica germinativa de la dimensión de una gran naranja. Oclusión de la herida, sin drenaje.

El 10 de Julio delirio tranquilo: habla durante toda la noche.—Temp. 37°3. El 11 y el 12 delirio de ideación y de acción con ideas de persecución. El 13 delirio tranquilo, Temp. 37°6. 37°8.—37°7.—El 4 delirio tranquilo de poca duración. Duerme durante toda la noche. El 15 no hay delirio, se cambia la curación

y se encuentra la herida en perfecto estado. Se sacan los puntos de sutura.

A fines de Julio, la neuritis óptica se había mejorado sensiblemente y la congestión papilar había desaparecido. Ve mucho mejor, El 4 de Septiembre, cuando el Doctor Esteves lo presenta á la Sociedad Médica Argentina, la neuritis óptica ha desaparecido casi completamente, los reflejos están normales, la convergencia se hace tambien normal, en una palabra, está absolutamente restablecido.

En el mes de Noviembre tiene un ataque de epilepsia Jacksonniana del lado izquierdo. Entra de nuevo al hospital y sale al cabo de algunos días sin que se haya notado nada de nuevo.

El 12 de Diciembre, día de extremada calor, estaba contento, se había divertido toda la mañana como de costumbre, cuando á las 12 y 1/2, después de su almuerzo, tuvo un nuevo ataque como el precedente, que se repitió ocho veces. A las 4.30 p. m. estaba inconsciente en su lecho; levantándole los párpados se veían sus ojos dirigidos hacia arriba y desviados á la izquierda. Parálisis facial inferior izquierda que se hace perceptible cuando se le pinza. Miembro superior izquierdo flexionado en ángulo recto aplicado al tronco; miembros inferiores extendidos. Insensible á las excitaciones no se podía modificar su estado comatoso. Transportado al hospital se le administra un baño tibio; recobra entonces el conocimíento y habla correctamente sin guardar el recuerdo de lo que ha pasado.

Durante los dos dias siguientes se observa solamente una paresia del facial inferior ízquierdo, cuando ríe. Los reflejos tendinosos superiores faltan; en los miembros inferiores estan debilitados, menos en el izquierdo que en el derecho. No conserva los recuerdos de los hechos recientes; ríe sin motivo y llora con facílidad. La expresión refleja la obtusión mental.

En el mes de Enero de 1901, ante la espera de un desenlace próximo, los padres se oponen á dejarlo en el hospital de temor que se le haga la autopsia.

CAPITULO V

Conclusiones

Despues de las consideraciones que hemos desarrollado en el transcurso de este trabajo, creemos fundado el deducir las siguientes conclusiones de mayor importancia: algunas de las cuales ya hemos enumerado.

1.ª Los quistes hidatídicos del cerebro son relativamente frecuentes entre nosotros, van adquiriendo cada año mayor incremento, y tienen especial predilección por los niños de 8 á 10 años.

2.ª Su localización mas comun se hace en la sustancia blanca, al nivel de la corona radiante de Reil; son casi siempre periventriculares.

3.ª Su evolución es rápida generalmente; y su pronóstico siempre fatal sin la intervención quirúrgica.

4.ª El procedimiento operatorio de elección debe ser: la craniectomía temporaria á escoplo y martillo, con sutura completa de la duramadre, sin drenaje, como mejor medio de evitar:

5.ª Sus dos complicaciones mas frecuentes: la meningo-encefalitis y la perforación ventricular que com-

portan, especialmente la última, la muerte en un breve plazo.

6.ª Los resultados operatorios son muy satisfactorios mas no radicales ni definitivos.

7.ª Como consecuencia de las dificultades del diagnóstico, y de las ventajas de la intervención precoz, puede indicarse la trepanación exploratriz en los casos sospechosos.

8.ª Dada la gravedad que comportan los quistes hidatidícos del cerebro, como los de los demás órganos en general, y su creciente proporción, es de suma importancia que las autoridades sanitarias del país, consigan del gobierno la pronta ejecución de las medidas profilácticas que han aconsejado numerosos autores argentinos.

CAPITULO VI

OBSERVACIONES

Observación 1ª (1)

QUISTE DE LA REGIÓN SUB-ROLANDICA DERECHA

MUERTE POR PERFORACIÓN VENTRICULAR

Hospital de Clínicas — Servicio del Doctor Ayerza

Angel Gianino, argentino, 15 años, conductor de un carrito ingresó al Hospital en Noviembre de 1894.

Pasamos por alto su historia hasta el momento en que: El día 1.º de Diciembre del mismo año el Doctor Posadas hace una trepanación en el medio de la línea rolándica, cuyos dos extremos se determinan por el procedimiento alemán; se marca la línea con nitrato de plata. Se hace una incisión recta siguiendo dicha línea y se aplica una corona de trépano de 3 centímetros de diámetro; al extraer la lámina de hueso se desgarra una rama de la meningea media y la du-

(1) Publicada en la Tesis del Doctor Cordero. 1895.

ramadre vecina; el cerebro se presenta en seguida haciendo hernia y sin latidos. Se constata por la palpación una falta de resistencia como una especie de fluctuación.

Se hace inmediatamente una punción capilar y se saca un líquido blanco cristalino; retirada la aguja, este continúa saliendo bajo forma de un chorrito que llega próximamente á ocho centímetros de distaneia. Se hace una incisión tomando por guía aquel punto y el líquido continúa derramándose. La cantidad total de este sería de unos 80 á 100 c. c. Se dejan dos pinzas en la arteria desgarrada despues de ser imposible encontrar el saco, y se rellena con gasa la cavidad, pues la porción cortical del cerebro parece que sehubiera deprimido.

Despues de la operación, el enfermo se despierta perfectamente.

El exámen del líquido extraído hace ver que contiene una gran cantidad de cloruros, no tiene albúmina. No se encuentran ganchos ni glóbulos blancos al exámen microscópico. Temperatura despues de la operación 38°.

Diciembre 11. Ha tenido tres vómitos. El pulso es de 108 por minuto. La temperatura de 37°8. Durante todo el día se derrama de la herida una gran cantidad de serosidad que moja la curación. Hay solo 500 gs. de orina.

Diciembre 12. Anoche ha tenido mucho delirio y agitación; se ha querido arrancar la curación. Pulso 102 por minuto. Continúa todavía hoy derramándose

gran cantidad de serosidad. Temperatura á la mañana 38°5, á la tarde 37°8. No hay orína.

Diciembre 13. En la noche ha caído en un estado comatoso del que no ha salido hasta morir; este estado ha sido interrumpido por varios ataques de convulsiones apareciendo el primero á las tres de la mañana; ellos son generalizados al principio á todo el cuerpo y cara para localizarse despues en el lado derecho (lado sano), duran de dos á tres minutos.

Durante el ataque, la cabeza y los ojos se desvían del lado derecho; la pupila derecha tanto en el ataque como fuera de él está mas dilatada que la del lado opuesto; la izquierda durante y fuera del ataque reacciona á la luz; no es asi la derecha que es inmóvil.

Estos ataques han sido muy numerosos hasta las 10 y 1/2 de la mañana, hora en que se saca el vendaje para curarlo.

La herida presenta un buen aspecto, bordes rojos y sangrientos, debajo del disco de trepanación lo que se retira la gasa se observa una sustancia blanca que propulsa hacia fuera; se produce en este momento un ataque de convulsiones y esa sustancia se deprime quedando en su lugar un pequeño hueco; pasado el ataque se introduce una pinza y se extraen sucesivamente dos bolsas de quiste hidatídico, la mayor del tamaño de una naranja grande y la otra mas pequeña (la mitad próximamente) se rompe al extraerla y sale dividida en varios fragmentos.

Se rellena la cavidad que queda con gasa y se hace

el vendaje de la cabeza; á los pocos momentos la curación se encuentra ya mojada por serosidad.

A los doce se le inyectan en una dermoclisis 500 grs. de una solución cloruro sódica.

A la misma hora el pulso es de 120 por minuto. Las respiraciones son 30 y revisten el caracter de la respiración Cheine-Stokes.

El pulso es regular, igual y de muy poca tensión. Desde esta hora hasta las 5.30 de la tarde que se produce la muerte, la serosidad continúa derramándose en abundancia.

A las tres de la tarde se produce un nuevo ataque de convulsiones; salido de él cae de nuevo en coma, con respiración estertórea, pulso muy frecuente, piel seca y caliente.

A las 5.30 de la tarde muere sin haber presentado ningún otro ataque.

A la autopsia se comprueba la perforación ventricuíar cuyos detalles se han dado al hablar de ella.

Observación 2.ª

QUISTE DE LOS LÓBULOS OCCIPITAL Y PARIETAL DERECHOS

MUERTE POR PERFORACIÓN VENTRICULAR

Hospital de Clínicas—Servicio del Dr. A. Posadas

E... . G..... argentino, 3 años. Tumor pulsátil, como una manzana, sesil, en la región parieto-occipital derecha. Reductible, limitado por un orificio de bordes delgados y depresibles. El tumor es doloroso. Convulsiones generalizadas que cesan por compresión del tumor segun los padres.

El tumor data de un año, atribuido á un traumatismo. No hay perturbaciones paralíticas.

Incisión en ómega de la piel y de la duramadre en la brecha dejada por los huesos desgastados. Incisión del cerebro y extracción de la membrana fértil de un quiste, que contiene líquido claro, y del tamaño de un puño. No se ven las cavidades ventriculares. Sutura contínua sin drenaje.

Herida curada por primera intención. A los 12 días convulsiones generalizadas, hipertermia, coma y muerte.

A la autopsia: perforación del ventrículo lateral reciente, como del calibre de un cabo de lapicera, encima del núcleo caudado del cuerpo extriado, que comunica el ventrículo con la antigua cavidad del quiste, llena de líquido céfalo-raquídeo rosado.

Congestión intensa del hemisferio sano. (Fot. número 9).

Observación 3.ª

QUISTE DE LOS LÒBULOS OCCIPITAL Y PARIETAL IZQUIERDOS

MUERTE POR PERFORACIÓN VENTRICULAR

Hospital de Niños — Servicio del Dr. Esteves

F.... L.... argentino, 6 años, ingresa al hospital el 13 de Agosto de 1901.

Antecedentes hereditarios. La madre murió repentinamente; el padre es sano; han sido 8 hermanos, dos de ellos muertos, se ignora porque causa.

Antecedentes personales. Ha sido sano hasta hacen 5 meses en que empezó á quejarse de dolores de estómago y vómitos. Cada 2 ó 4 dias presenta cefalalgia frontal intensa y localizada. El niño se quedaba en cama en estado somnoliento por la intensidad del dolor y con la cabeza inclinada hácia atrás; pedía que le dejaran en la oscuridad. Con la cefalalgia aparecieron vómitos alimenticios y biliosos que se hacían fácilmente y casi sin náuseas. En el intervalo de estos dolores y vómitos estaba bien. El padre notó que no veía como antes, dice que las bolitas con que jugaba se le extraviaban fácilmente, no conocía bien á las

personas y esto aún á corta distancia. Caminaba sin seguir la línea recta inclinándose ya á un lado ya á otro; generalmente era constipado.

Estado actual.—Buen estado de desarrollo y de nutrición; reflejos patelar, aquilino, y plantar abolidos; palabra temblorosa, estado semiestuporoso, pupilas dilatadas ligeramente, son perezosas á la luz y reaccionan débilmente á la acomodación; audición buena. Los nervios patéticos, motor ocular comun y externo funcionan bien; hay ligera exoftalmía. Dientes con estrías é irregularidades, sobre todo los incisivos inferiores. La marcha es ligeramente vacilante y su aspecto distraido. Su estado mental no permite afirmar nada sobre el estado de su sensibilidad general, pero no debía existir ninguna alteración profunda porque en el exámen que se hizo parecía estar normal en sus tres órdenes, tactil térmica y dolorosa.

Agosto 18. Se produce un ataque de cefalalgia con contractura de la nuca, vómitos, extrabismo y dirección hacia arriba de los globos oculares, temperatura normal, no hay pérdida del conocimiento, y maniflesta querer estar en la oscuridad; este ataque dura 24 horas. Al día siguiente se encuentra bien, tiene apetito, se levanta y puede caminar; no tiene cefalalgia ni vómitos pero sí una constipación tenaz.

Agosto 26. Se produce un nuevo ataque igual al anterior con cefalalgia, vómitos, contractura de la nuca, sin temperatura, anorexia y constipación.

Agosto 27. Amanece algo mejor y con buen apetito; á las 11 a. m. sobreviene bruscamente un co-

ma profundo: la respiración se detiene por completo en apariencia, y el enfermo toma un tinte de asfixia; sin embargo el pulso es normal, amplio, poco frecuente pero regular. Se le hace respiración artificial desapareciendo al momento la cianosis, pero es necesario continuar aquella hasta las 12 horas de la noche, hora en que el corazón dejó de latir.

A la autopsia: se encuentra un gran quiste que ocupa los lóbulos occipital y parietal izquierdos; véanse fotograbados 2, 11, 12 y 13; nos hemos ocupado ya de su descripción.

Observación 4.ª

QUISTE DEL LÓBULO PARIETAL DERECHO

MUERTE SUBÍTA POR RUPTURA

Hospital Rivadavia — Servicio del Doctor Escalier

L ... F.... italiana, 31 años, casada, ingresa al hospital, por 2.ª vez, el 1.º de Septiembre de 1901.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Item personales.—Ha tenído en su infancia sarampión y hacen cuatro años bronquitis. Su menstruación apareció algo retardada, á los 16 años, pero siempre ha sido normal. Ha tenido 7 hijos y 3 abortos; no hay antecedentes específicos: padece de hemorroides. Ha estado hacen 3 meses, en la misma sala que hoy ocupa, con los siguientes síntomas: violentos dolores de cabeza que le sobrevenían por accesos, localizándose con mayor intensidad y constancia en las regiones supraorbitaria y occipital derechas, propagándose de esta última hacia la nuca y á lo largo del cuello; dolores vagos en distintas partes del cuerpo: espaldas y piernas, y preferentemente en la boca, acompañados de sensaciones de hormigueo de frío y

de calor. Tenía buen apetito, era constipada con micción y defecación dolorosas, no consta si tenía vómitos, nada de particular del lado de la visión. Se sentía con debilidad en las piernas, pero la marcha se hacía bien aun cuando se fatigaba fácilmente para ello. En tal época, segun consta en el libro de observaciones de la sala, no se hallaron lesiones de ningún órgano, sino varias zonas de anestesia en el torax y los miembros, hiperestesia de las regiones occipital y supra-orbitarias anestesia faringea, y ligera paresia de los miembros inferiores, lo que inclinó á creer que se tratara de manifestacionas histéricas indicándosele como tratamiento la hidroterapia y los bromuros; despues de pocos días la enferma se marchó algo mejorada para volver en el

Estado actual.—Con los mismos síntomas antes mencionados, añadiéndose ahora una marcada obtusión en su estado intelectual, cosa que no se había notado anteriormente; es necesario insistir en las preguntas para conseguir que las conteste cosa que hace con disgusto y perezosamente; no hay alteraciones en la pronunciación; memoria buena para los hechos recientes.

Examen objetivo.—Hay un ligero movimiento de oscilación; imposibilidad para la estación de pie sin apoyarse en un objeto cualquiera; ligera desviación de la cara hacia el lado derecho; mirada vaga é indefinida; paresia de la rama superior del facial izquierdo, marcha dificultosa, tipo hemiplégico flácido; no hay fenómenos vasomotores en la piel.

Motilidad.—Fuerza dinamométrica disminuida de la mano izquierda, y todos los demás movimientos en general debilitados del mismo lado (izquierdo;) no alcanza á llevarse la mano á la altura de la cabeza ni el miembro correspondiente extendido en la posición horizontal. Hay también paresía del miembro inferior izquierdo, se hacen con dificultad los movimientos de flexión, y estando la enferma en decúbito dorsal, si se le manda levantar el pie no alcanza á llevarlo á una altura de 30 centímetros cuando oscila y cae. No hay contracturas.

Reflejos.—No existe el faringeo; en cuanto al pupilar hay divergencias entre los que la han examinado, pero parece que había poca reacción á la luz; rotuliano y plantar normales de ambos lados; suele tener retención de orina.

Sensibilidad.—Conservación perfecta del lado derecho y disminución del lado izquierdo de las tres variedades; esta apreciación no es muy exacta por el estado psíquico de la enferma. Respecto de la visión, aún cuando no se hizo examen de fondo de ojo, no se notó particularidad alguna; lo mismo en cuanto al gusto y al olfato; nada de anormal en los diversos órganos torácicos y abdominales. No ha tenido convulsiones generalizadas, ni ataques de epilepsia Jaksonniana.

Pulso 84. Temperatura 37°. Respiración 20. Tensión del pulso 15.

Orinas: úrea 12, cloruros 8.19, fosfatos 0.50—indicano: vestigios.

En los últimos días se habían acentuado sus síntomas subjetivos, llamando la atención su carácter irritable que hacía que la enfermera del servicio tuviera que reprenderla con frecuencia.

Se había hecho diagnóstico de tumor cerebral, y se pensaba en un quiste hidatídico y en las indicaciones de su intervención, cuando fallece súbitamente en la noche del 12 de Septiembre, en momentos que estaba comiendo en su cama, 11 días después de su ingreso al hospital y sin que ningún síntoma hubiera hecho presumir un desenlace fatal.

A la autopsia (1) se encuentra un quiste hidatídico, en el lóbulo parietal derecho, que había perforado la corteza gris y recientemente abierto bajo las meníngeas; tenía el tamaño de una mediana mandarina; colocado por detrás de la circunvolución parietal ascendente que está comprimida y rechazada, ocupa las parietales superior é inferior que se hallan en gran parte destruídas; no hay comunicación con el ventrículo. No había lesiones en los demás órganos.

---

(1) Véase el fotograbado núm. 3 y el 4.

Observación 5ª

QUISTES HIDATÍDICOS DE LA REGIÓN SUBROLANDICA IZQ.

MUERTE POR MENINGO-ENCEFALITIS

Hospital de Clínicas. Servicio de cirugía del Doctor Posadas

Benedicta Alvarez, argentina, 8 años, procedente de Juárez (Provincia de Buenos Aires,) ingresa en el servicio de niños, sala 6ª, el día 28 de Mayo de 1902.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven y son sanos; son 8 hermanos, uno de los cuales suele tener ataques epileptiformes, que los padres atribuyen á una caída; los demás, sanos.

Antecedentes personales.—Lactancia materna hasta 1 año y medio de edad, época en que empezó á caminar, aparición de la dentición á los 6 meses, evolución posterior de la misma normal; ha sido siempre sano hasta hacen próximamente 11 meses en que su enfermedad actual, comenzó á manifestarse por movimientos rápidos, frecuentes é involuntarios limitados al miembro inferior derecho, que duraban desde

20 y 30 segundos hasta 2 y 3 minutos, desapareciendo en seguida; estas convulsiones, que no eran acompañadas de pérdida del conocimiento ni de ningún otro síntoma especial, se presentaban con cierta regularidad á intervalos de 2 á 3 semanas y se repetían varias veces al día. Fuera de ellos, la enfermita se conservaba bien y podía dedicarse á sus juegos y ocupaciones. Poco después, en una fecha que no se precisa, aparecieron dolores de cabeza, sobre todo intensos del lado izquierdo, eran intermitentes y acompañados de náuseas, arcadas y vómitos. Harán unos dos meses que los padres notaron que caminaba con dificultad, inclinándose del lado derecho, que tropezaba y se caía con frecuencia; que su visión se iba disminuyendo y que no podía hablar de corrido. Era constipada.

Estado actual.—Niña bien desarrollada, aunque muy pálida y algo demacrada; buena estación vertical sin oscilaciones ni temblor; marcha vacilante con inclinación del cuerpo hacia el lado izquierdo, espalda derecha descendída con relación á la otra, brazo inerte á lo largo del tronco, y pierna que arrastra en extensión, en una palabra hay una hemiplegia flácida; mirada vaga, visión muy disminuida, pupilas dilatadas reaccionan débilmente á la luz y á la acomodación; comisura labial desviada hacia la izquierda, lengua hacia la derecha, parálisis del facial inferior derecho; palabra *scandée* silabea hasta para pronunciar su nombre; audición buena, gusto y olfato no se han examinado. Fuerzas disminuidas en los miembros

derechos tanto á la flexión como á la extensión; fuerza dinamométrica: 5 K. L. D. y 10 K. L. I. Haciéndole llevar el índice derecho á la nariz, poniendo previamente el brazo en extensión, se produce un temblor incoordinado en todo el miembro que aumenta proporcional al esfuerzo y la voluntad y se exagera en el momento que necesita más precisión.

Los reflejos rotulianos están exagerados en ambos lados, los plantares abolidos. Las sensibilidades en general conservadas. Hay constipación y retención de orina desde hacen 3 días. Estado intelectual, bueno.

Examen local.—Examinando la superficie craneana se nota una eminencia redondeada en la región temporal izquierda, hacia la parte superior y mediana por arriba y delante del pabellón de la oreja; palpando en ese punto con cierta presión se percibe una especial sensación de pergamino, á la percusión digital de la bóveda se oye un sonido hueco, casi timpánico.

Junio, 5.—El Dr. Posadas practica la craniectomía temporaria; incisión curva de base postero-inferior, circunscribiendo la saliencia que se nota en el lado izquierdo, trepanación á escoplo y martillo, inversión del colgajo con el hueso sumamente delgado, incisión de la duramadre, ablación de dos quistes independientes y alojados en la misma cavidad cerebral que corresponde á la región subrolándica; sutura completa de la duramadre y del colgajo.

Julio, 21.—Muerte después de haber presentado todos los síntomas de una meningo encefalitis que es confirmada por la autopsia; véase el fotograbado núm. 7, que representa el cerebro de esta niña.

Observación 6ª

QUISTE DEL LÓBULO FRONTAL IZQUIERDO

Operación.—Gran pérdida de líquido céfalo-raquideo (¿Perforación ventricular?) Curación.

Observación del Dr. José E. Esteves, publicada en el *Progres Médicale*, de París, en Diciembre de 1899.

Trinidad P., argentina, 13 años, es examinada por el Dr. Esteves, en consulta con el Dr. Güiraldez, el día 4 de Mayo del mismo año, se diagnostica un quiste hidatídico del lóbulo frontal izquierdo y el 13 se practica la craniectomia temporaria por el proceder de Doyen, que comprueba el diagnóstico; sutura completa de la duramadre.

Pasamos por alto todos los antecedentes de esta historia.

En seguida que hubo pasado el efecto del cloroformo, la enferma movía los miembros paralizados en contracción cuando fué acostada sobre la mesa de operación. El pulso se había vuelto muy pequeño y frecuente (120·130;) la respiración algo irregular, lo que nos determinó á hacerle una inyección de éter que modifico estos fenómenos. Las pupilas se con·

trayeron y reaccionaron á la luz. La comisura labial estaba menos desviada y la enferma podía contestar que se sentía muy bien. Una desaparición tan rápida de la contractura, que se conservaba todavía al otro día de la operación, es sorprendente puesto que ella podía mover ya los miembros. El estrabismo había desaparecido.

El 16 de Mayo apareció un edema al lado izquierdo de la cabeza y la cara, los párpados cubrían el ojo, existía una abundante secreción conjuntival, y un ligero quimosis seroso. El edema que se extendía hasta el cuello era francamente enfisematoso.

Al 4º día de la intervención el enfisema había desaparecido totalmente. Al otro día su inteligencia estaba muy despejada, conversaba y reía, pidiendo permiso para levantarse; este estado continuó hasta el 22 de Mayo en que el estrabismo volvió de nuevo; midriasis. La visión era menos clara y la curación y la almohada aparecieron completamente mojadas· Se sentía el líquido bajo el colgajo cicatrizado desde el 19º día en que se habían sacado los hilos de la sutura.

Bajo la presión el líquido salia en chorro por un punto antero-inferior de la sutura, este líquido era transparente y citrino.

Tuvo vómitos y dolores intermitentes en el oido izquierdo.

27 de Mayo.—Todos estos días se ha derramado la misma cantidad de líquido, que ha sido reconocido como estéril en las culturas hechas por el doctor Viñas.

El *24 de Mayo* su inteligencia había decaído, con tendencia al sueño, este síntoma desapareció el 25. La boca está más desviada y el estrabismo continúa.

El *30 de Mayo* es el primer día en que la curación esta menos mojada. Del 22 al 30 se puede calcular que el enfermo perdió diariamente 800 gramos de líquido céfalo-raquídeo, cálculo que hemos hecho pesando la curación antes y después de su aplicación.

Junio, 7.—Desde la tarde del 30 de Mayo hasta el 3 del corriente las temperaturas se han mantenido casi en el término normal, pero después de dicho día empiezan á ascender de nuevo irregularmente, con remisiones matinales. A las 2 tuvo un ataque convulsivo con sollozos y palabras desarticuladas. La comisura labial izquierda se contrae clónicamente lo mísmo que el párpado. Hay también convulsiones en los miembros sobre todo en los superiores. Los latidos del corazón son tumultuosos durante este ataque. Comprimiendo fuertemeute el ovario izquierdo, los sollozos vuelven á empezar. No pierde el conocimiento y cuenta lo que le había pasado. Como estuviera constipada durante los días anteriores, ordenamos una dosis diaria de magnesia. Durante el ataque se le hace tomar un baño tibio, bromuro de potasio, y un enema evacuador. Se podía calcular en 30 gramos el líquido que habia mojado la curación.

El *9 de Junio* se derramaron algunos gramos de un liquido amarillento, anaranjado, turbio, en el cual el Dr. Viñas encontró al microscopio «algunos glóbulos rojos, leucocitos en gran cantidad y fibrina», pero

al otro día la curación apareció completamente seca. La temperatura, sin embargo, no se normaliza hasta el 13.

Julio, 4. - Su inteligencia se ha conservado despejada, los movimientos son libres, y la fuerza ha vuelto en los miembros paralizados. La comisura labial está, en ciertos momentos, ligeramente desviada hacia la izquierda; el estrabismo externo del ojo derecho desapareció después de la operación, volviéndose á presentar durante la pérdida de líquido cefalo-raquídeo, continúa en el mismo estado. La agudeza visual no se ha modificado, le es difícil orientarse porque tiene apenas una ligera sensación luminosa. Desde los primeros días de la operación (segundo) la sensibilidad había vuelto en el lado izquierdo que poco antes era hipoestésico.

. . . . . .

El Dr. Esteves después de extenderse en el estudio de los antecedentes de este caso, y en la sintomatología y diagnóstico de los quistes hidatídicos del cerebro, entra en las siguientes consideraciones á propósito de la gran pérdida de líquido cefalo-raquídeo en este caso y de su probable perforación ventricular:

A pesar de las precauciones tomadas, dice, el edema emfisematoso del lado izquierdo se produjo en los primeros días. Este fenómeno hacía suponer que la abertura ventricular se había producido, y que la cavidad cerebral, llenándose de líquido cefalo-raquídeo había desplazado el aire que contenía, el cual se había infiltrado en los tejidos, puesto que las suturas

completas de la duramadre y del epicráneo no le permitían salir al exterior. La pérdida abundante por un punto de sutura, de un líquido citrino, transparente, en cantidad de unos 800 gramos diarios, durante 9 días, y en menos cantidad durante 12, confirma nuestros temores. Al quinto día, cuando la temperatura comenzó á elevarse, sin obtener que bajara por el empleo de laxantes, temimos una infección operatoria, á pesar de las precauciones tomadas.

Pero cuaudo el 13 de Mayo, la temperatura subió á 40° y las culturas de líquido hechas por el doctor Viñas resultaron estériles, observando al mismo tiempo el buen estado general é intelectual del operado, no tuvimos ya este temor, puesto que la pérdida del líquido cefalo-raquideo bastaba para explicar la hipertermia, pero atribuímos á este fenómeno una gravedad extrema, porque cuando se ha producido una gran pérdida de ese líquido, la muerte ha sido su consecuencia.

Observación 7ª

QUISTE DEL LÓBULO FRONTAL IZQUIERDO—OPERADO POR EL DOCTOR A. CASTRO — CURACIÓN

Hospital Rivadavia.—Servicio del Dr. Escalier

Cuando emprendimos nuestro trabajo contábamos con esta observación, que hemos seguido en aquel hospital, pero no hemos podido obtener la autorización de incluirla en esta tesis, porque el Dr. Escalier, se reserva el publicarla más tarde.

Nota.—En el consultorio de Niños del Hospital de Clínicas, fué presentada, en el mes de Junio, una niña de 14 años, á la que se diagnosticó un Q. H. del cerebro. Como no fué operada, pues los padres se opusieron á ello, y no se pudo comprobar dicho diagnóstico, no la hemos incluido en estas observaciones.

Estadística completa de los casos de quistes hidatídicos del cerebro, conocidos en nuestro país desde el año 1890 hasta el día de la fecha.

AÑO 1890

1.—14 años, masculino, argentino, agricultor, Q. H. del hemisferio izquierdo, zona rolándica, evolución 5 meses, trepanación; *mnerte por meningitis de la base*, á los 25 días; operado por el Dr. A. Castro. Hospital de Clínicas. En la operación se encontró un fongus de la duramadre, el quiste salió por sí solo 7 ú 8 días después.

2.—5 años, femenino, italiano, procedente de La Plata, evolución y situación ignoradas, *comprobado en la autopsia.* Hospital de Clínicas.

AÑO 1891

3.—13 años, masculino, argentino, procedente del Tandil (Buenos Aires), estudiante, hemisferio izquierdo, región motriz, 2 años de evolución. Craniectomía temporaria y drenaje. *Curación.* Operador el Doctor Llobet (A.). Hospital Rawson.

AÑO 1893

4.—11 años, masculino, argentino, procedente del Saladillo (Buenos Aires), hemisferio derecho, región motriz; 2 años de evolución. Trepanación. *Curación.* Operado por el Dr. Posadas. Hospital de Clínicas. *Muerte dos años después.*

5.—44 años, masculino, italiano, domiciliado en la capital, albañil. Q. H. del hemisferio derecho, región motriz; 2 años de evolución. Trepanación. *Curación.* Operado por el Dr. Esteves. Hospital San Roque.

6.—8 años, masculino, argentino, procedente de Balcarce (Buenos Aires). Q. H. del hemisferio derecho, lóbulo frontal; 2 años de evolución. Craniectomía temporaria. *Muerte dos horas después.* Operado por el Dr. Llobet.

AÑO 1894

7.—15 años, masculino, argentino, (provincia de Buenos Aires), jornalero. Q. H. del hemisferio derecho, región sub-rolándica; 2 años de evolución. Trepanación. *Muerte por perforación ventricular* Operado por el Dr. Posadas Hospital de Clínicas.

8.—11 años, masculino, argentino, (provincia de Buenos Aires). Q. H. del hemisferio derecho, región motriz, 3 años de evolución. Trepanación. *Curación.* Operado por el Dr. Posadas. Hospital de Clínicas. *Muerto 1 1/2 años después.*

AÑO 1895

9.—3 años, femenino, argentino, (provincia de Bue-

nos Aires). Q. H. del hemisferio derecho, lóbulos occipital y parietal; 1 año de evolución. Craniectomía temporaria y sutura completa de la duramadre. *Muerte por perforación ventricular*. Operado por el Doctor Posadas. Hospital de Clínicas.

AÑO 1896

10.—7 años, másculino, argentino, (provincia de Buenos Aires). Q. H. del hemisferio derecho, lóbulo parietal; 1 año de evolución. Craniectomía y sutura completa. Operado por el Dr. Llobet. *Muerte*. Hospital Rawson.

AÑO 1897

11.—30 años, masculino. Q. H. del hemisferio izquierdo. *Hallado en la autopsia*. Hospital de Clínicas. Demás antecedentes ignorados.

12.—9 años, masculino, argentino, (provincia de Santa Fé). Q. H. sub-dural, lóbulo parietal izquierdo; 6 meses de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Curación*. Operado por el Dr. Vasallo. Rosario de Santa Fé.

13.—10 años, masculino, argentino, procedente de Necochea (provincia de Buenos Aires). Q. H. sub-rolandico izquierdo; 6 meses de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Curación*. Operado por el Doctor M. Castro. Hospital de Niños.

AÑO 1898

14.—7 años, femenino, procedencia ignorada. Quis-

te H. del lóbulo parietal derecho; 3 meses de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Muerte* á los dos meses por *meningitis de la base*. Operado por el Dr. A. Castro. Hospital de Niños.

AÑO 1899

15.—10 años, femenino, argentino, procedente de Juárez (Buenos Aires): Q. H. del lóbulo temporal izquierdo, evolución ignorada. *No intervenido*. *Muerte súbita*. Hospital de Clínicas.

16.—14 años, masculino, argentino, (provincia de Buenos Aires). H: del lóbulo frontal derecho; 2 años de evolución. Craniectomía y sutura completa· *Curación*. Operado por el Dr. M. Herrera Vegas. Hospital de Clínicas. *Muerte 1 año después*.

17.—20 años, femenino. Q. H. de la base, colocado por detrás del quiasma. *No intervenido,* Hospital de Clínicas.

18.—8 años, masculino, argentino, domiciliado en la capital. Q. H. del lóbulo parietal derecho; 7 meses de evolución. Craniectomia y sutura completa. *Muerte por meningo-encefalitis*. Operado por el Dr. M. Castro. Hospital de Niños.

19.—13 años, femenino, argentino, procedente de Rauch (Buenos Aires). Q. H. del lóbulo parietal izquierdo; 7 meses de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Curación*. *Perforación ventricular*. Operado por el Dr. Esteves. Hospital de Niños. *Muere á los ocho meses de operada*.

20.—14 años, femenino, argentino, procedente del

Azul. Q. H. del lóbulo parietal izquierdo, (superficial); 5 meses de evolución. Craniectomía temporaria y sutura completa. *Curación.* Operado por el Dr. Castro. Hospital Rivadavia.

21.—3 años, femenino, argentino. Q. H. del ventrículo lateral derecho. Muerte *sin intervención.* Casa de Expósitos. Servicio del Dr. Bosch.

22.—10 años, femenino. argentino, Q. H. del lóbulo parietal y occipital izquierdos, *supurado. No intervenido.* Hospital de Niños.

23.—8 años. masculino, argentino, procedente de Chascomús (provincia de Buenos Aires). Q. H. del lóbulo parietal izquierdo; 2 años de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Curación.* Operado por el Dr. Esteves. Hospital de Niños. *Muerte* á los 9 meses de operada.

AÑO 1900

24.—11 años, masculino, argentino, domiciliado siempre en la capital. Q. H. del lóbulo parietal derecho; 1 mes de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Curación.* Operado por el Dr. Esteves. Hospital de Niños. Reaparición de los mismos síntomas 5 meses más tarde y *muerte.*

52.—8 años, masculino, argentino. Q. H. del ventrículo lateral izquierdo; 2 meses de evolución. *No iervenido.* Dr. Repetto. Hospital San Roque.

26.—8 años, masculino, uruguayo. Q. H. del ventrículo lateral derecho; 3 meses de evolución. Craniectomía y sutura completa. *Muerte.* Operado por el Doctor M. Herrera Vegas. Hospital de Clínicas.

AÑO 1901

37.—. . . . . argentino. Q. H. *supurado* del hemisferio derecho, lóbulos parietal, occipital y temporal. *No intervenido*. Servício del Dr. Blancas. Hospital de Clínicas.

28.—6 años, masculino, argentino. Q. H. del lóbulo occipital izquierdo; 5 meses de evolución. *No intervenido*. Dr. Esteves. Hospital de Niños.

AÑO 1902

29.—31 años, femenino, italiana, domiciliada en la capital. Q. H. del lóbulo parietal derecho; 5 meses de evolución. *No intervenido. Muerte súbita por ruptura.* Hospital Rivadavia.

30.—23 años, femenino, argentina, domiciliada en la capital. Q. H. del lóbulo frontal izquierdo; 5 meses de evolución. Craniectomía y drenaje. *Curación*. Operada por el Dr. A. Castro. Hospital Rivadavia.

31.—8 años, femenino, argentina, procedente de Juárez (provincia de Buenos Aires). Q. H. de la región sub rolándica izquierda; 7 meses de evolución, Craniectomía y sutura completa. *Muerte por meningo-encefalitis*. Operada por el Dr. Posadas. Hospital de Clínicas.

Después de escrita esta Tesis, se ha presentado un nuevo caso de Q. H. del cerebro, que ha sido operado, en el Hospital S. Roque, servicio de niños, á cargo del Dr. Araoz Alfaro.

LUIS S. REGGIARDO.

Septiembre 13 de 1902.

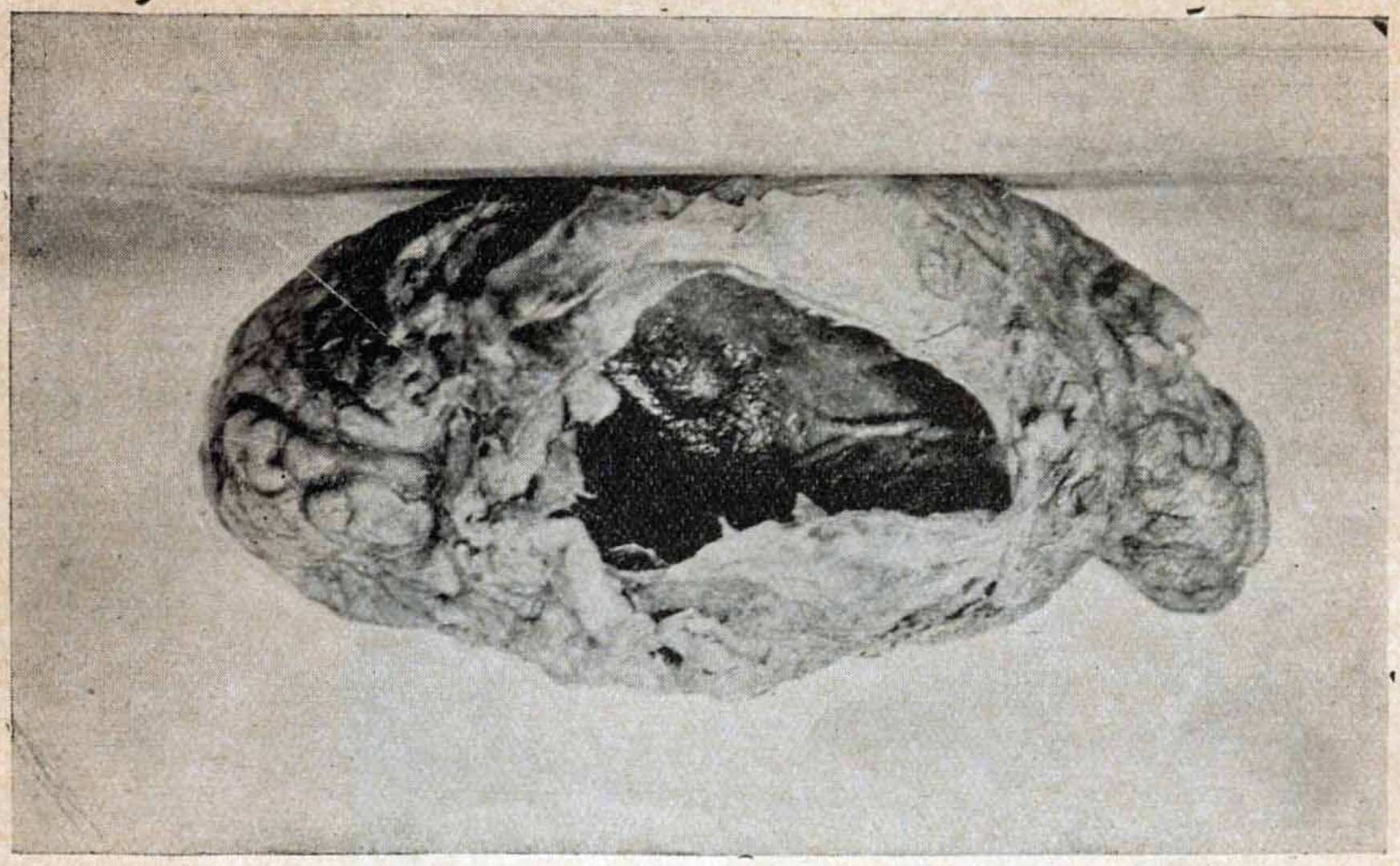


FIG. 1

Cavidad quística dejada por un hidátide supurado del hemisferio izquierdo, lóbulos occipital temporal y parietal. Caso número 22 de nuestra estadística.

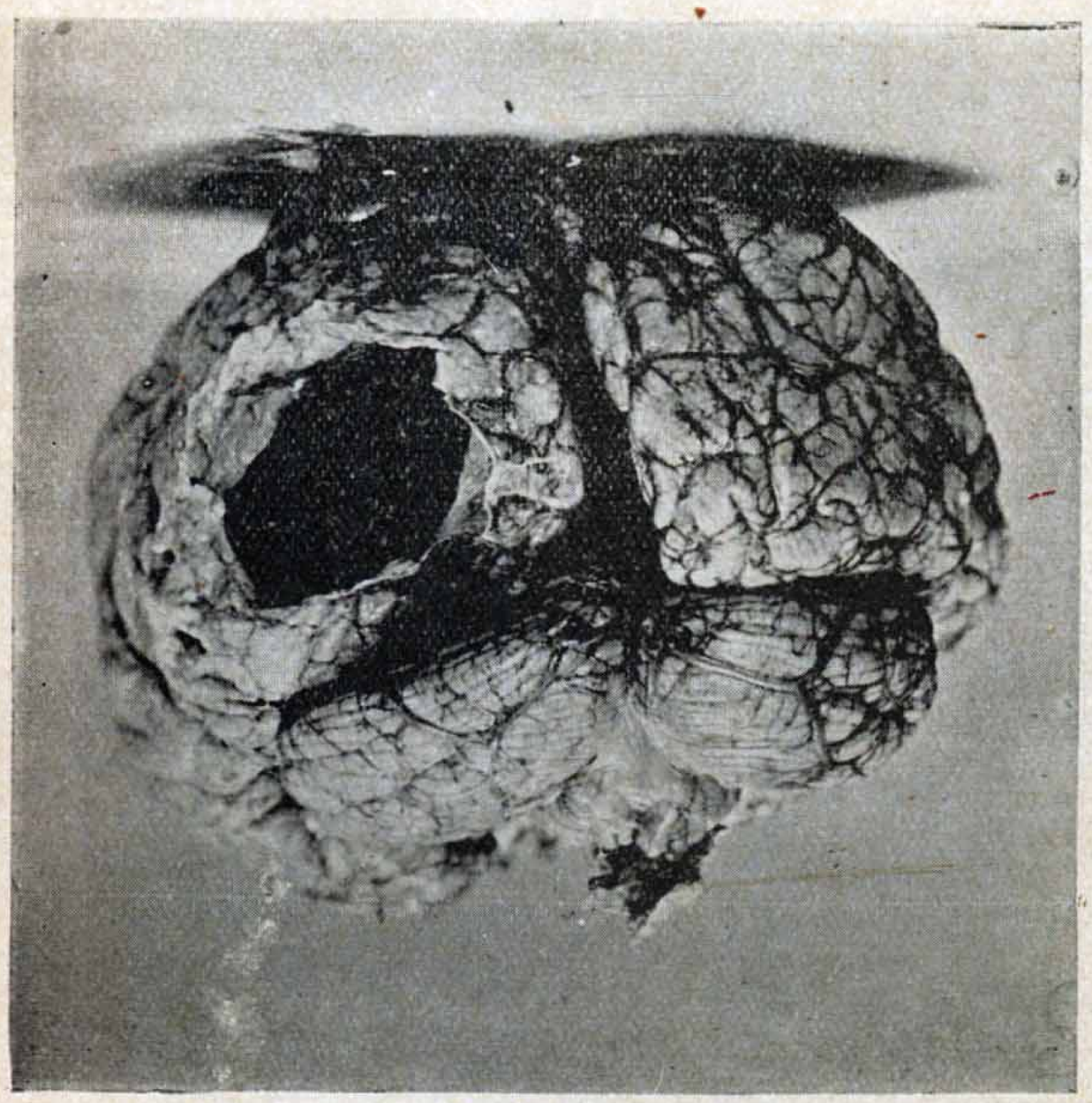


FIG. 2

Cerebro que perteneció al enfermo de la observación número 3, caso 28.° de la estadística, quiste hidatídico del lóbulo occipital izquierdo.

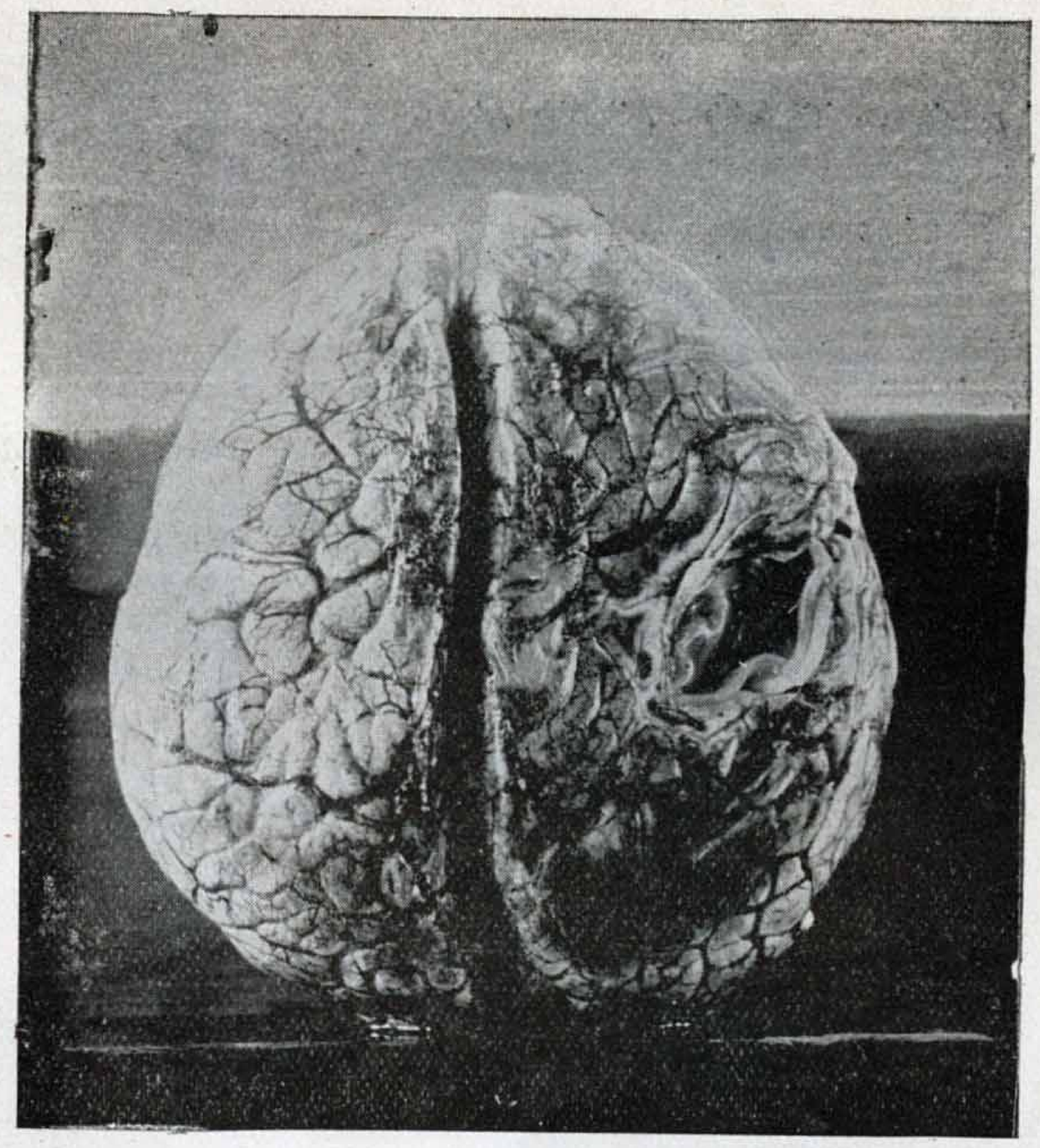


FIG. 3

Quiste hidatídico del lóbulo parietal derecho, que perteneció á la enferma de la observación 4.ª Caso 29.º de nuestra estadística.

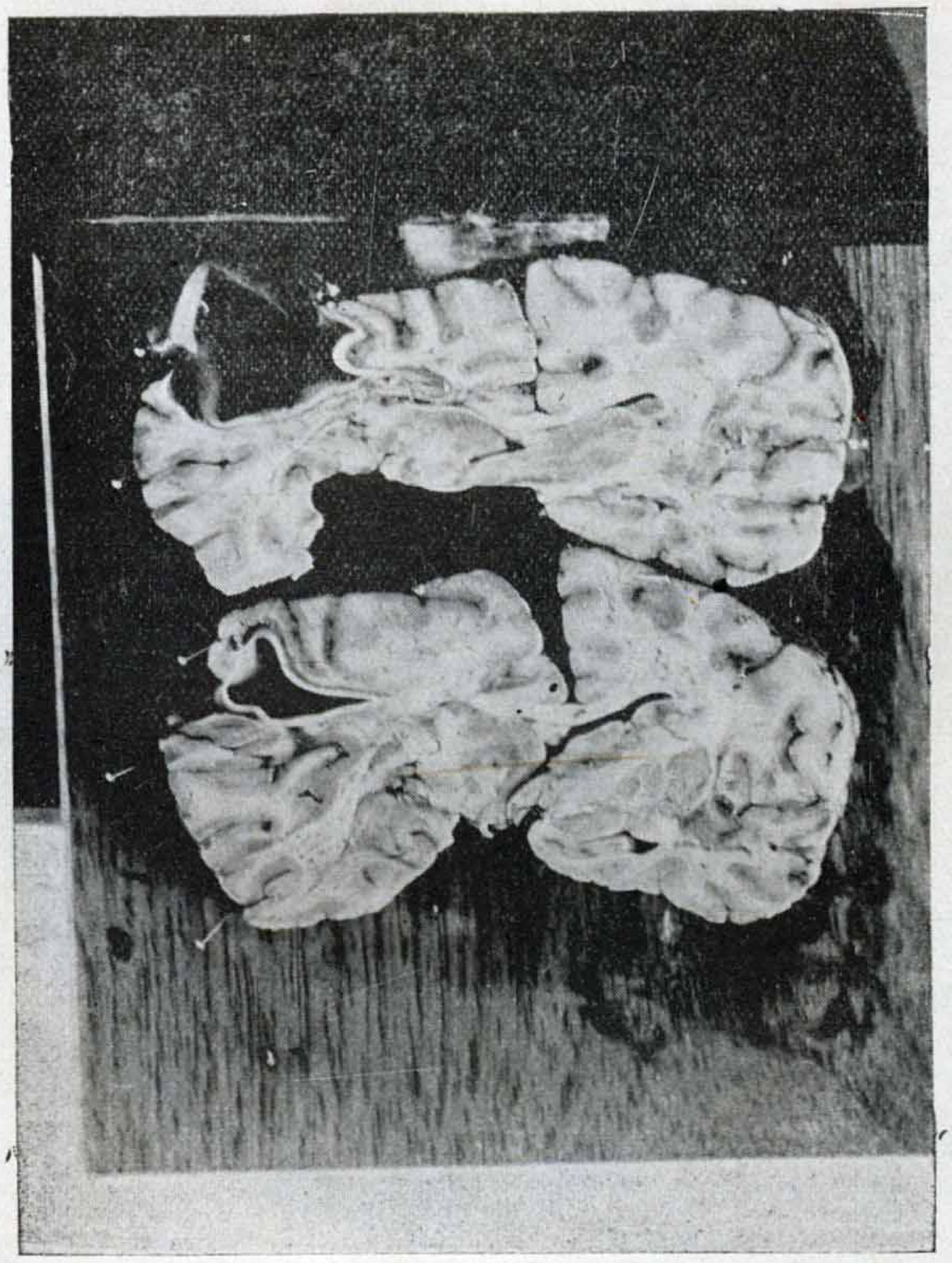


FIG. 4

Dos cortes verticales del caso anterior practicados á diferente nivel; los fotograbados aparecen invertidos por estar sacados del segmento posterior de la sección.

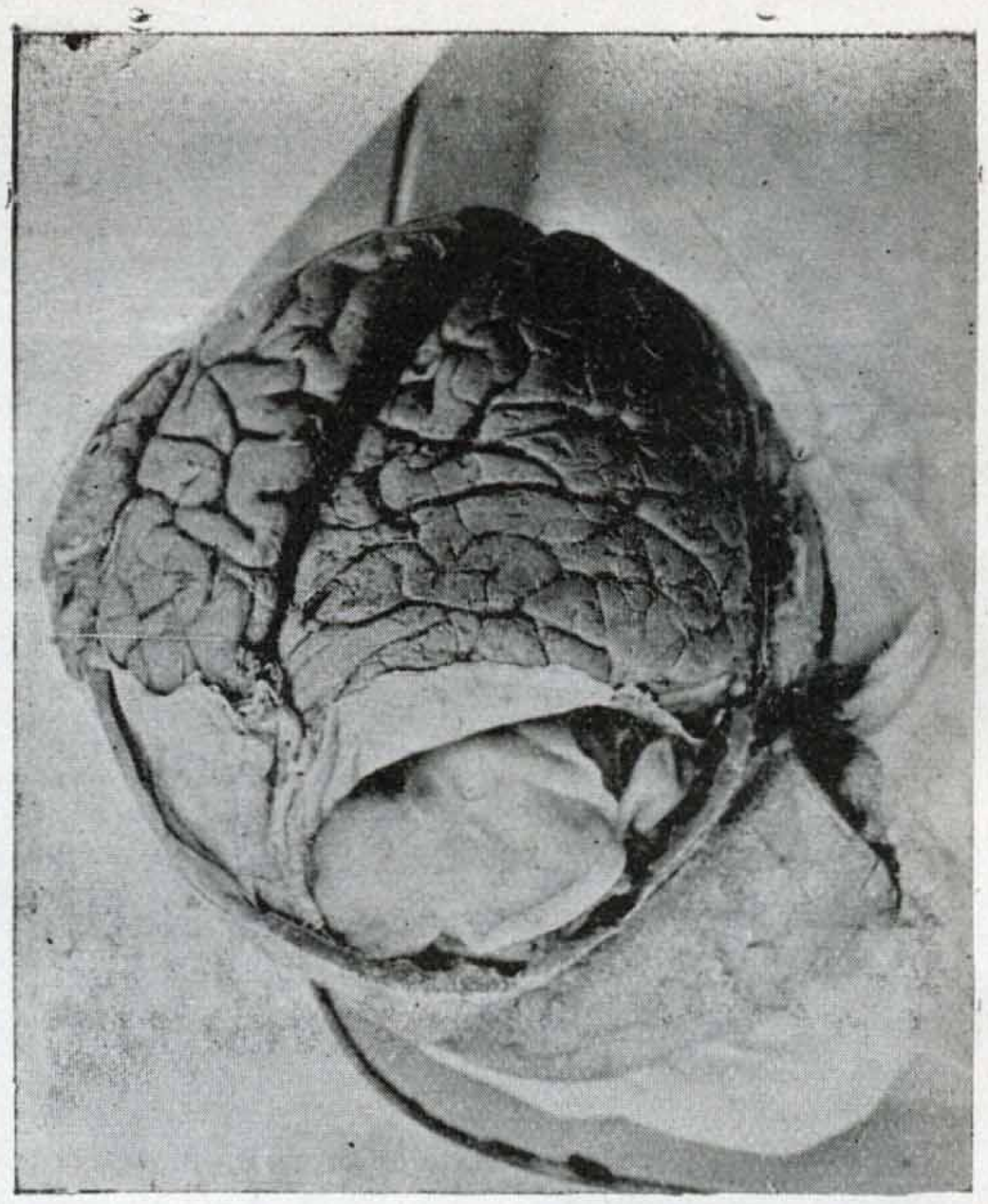


FIG. 5

Quiste hidatídico originado en el díploe del occipital, lado derecho; fotografía sacada de una pieza del museo de anatomía patológica de la Facultad.

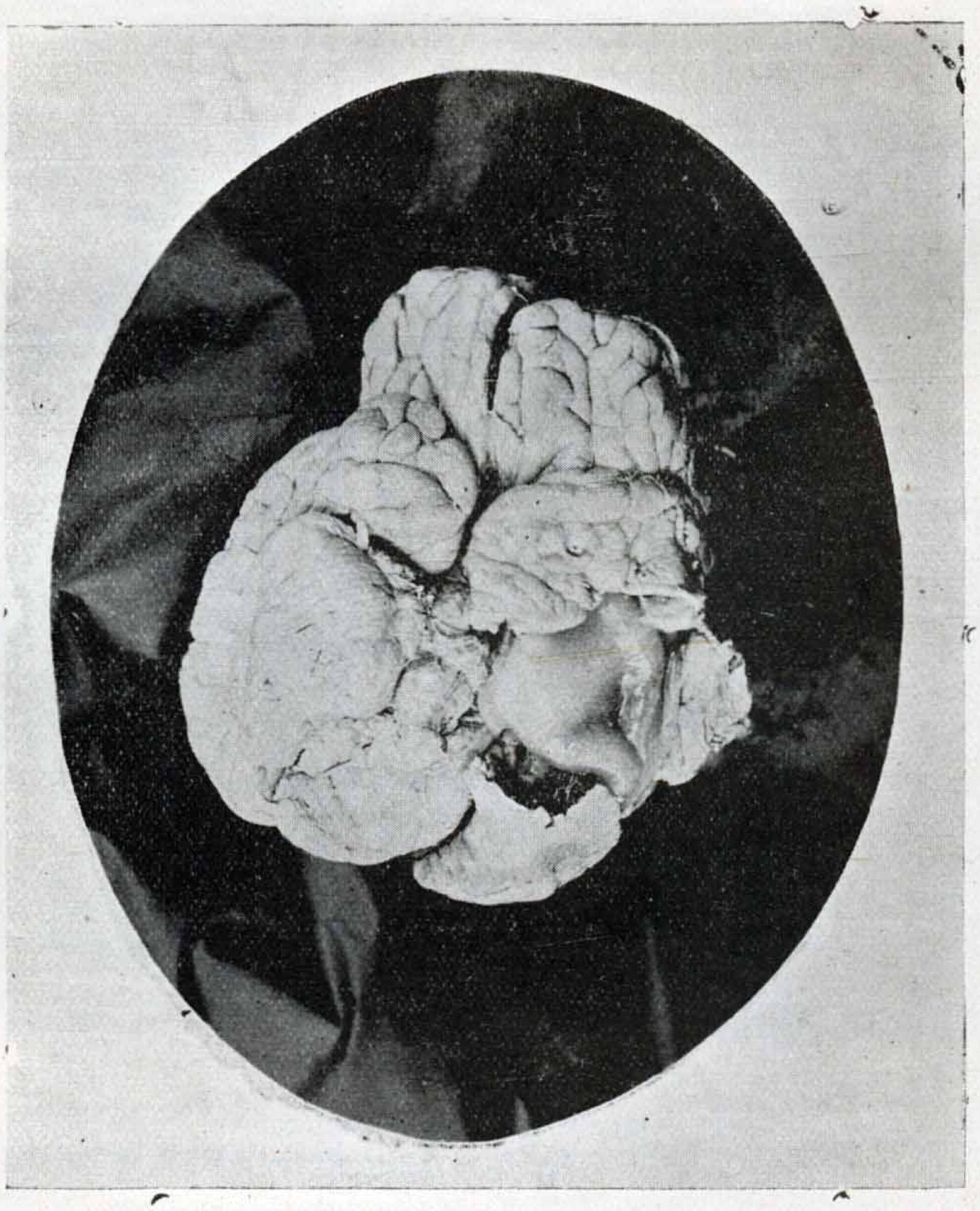


FIG. 6

Quiste hidatídico del hemisferio izquierdo; lóbulos temporal y parietal. Caso 15.º de nuestra estadística. Sacada del museo de la Facultad.

NOTA: Estos dos fotograbados los trae la obra de los Dres. Cranwell y Herrera Vegas con sus respectivas observaciones.



FIG. 7

Cerebro que perteneció á la enferma de la observación 5.ª fallecida por *meningo-encefalitis*. Se vé la cavidad quística, en la parte media y externa (zona rolándica) del hemisferio izquierdo, rellenada de algodón.

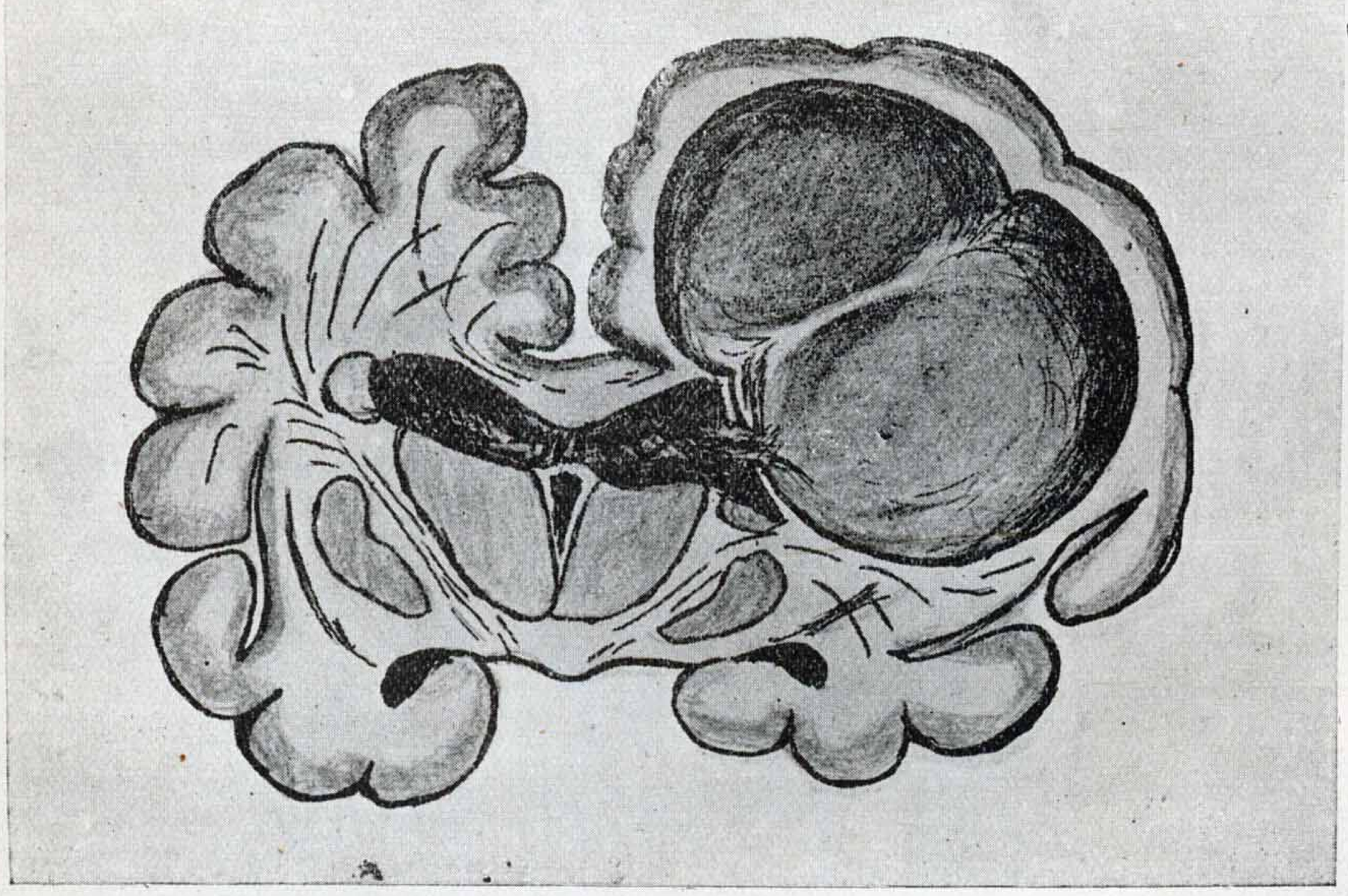


FIG. 8

Esquema de la observación 1.ª: quistes hidatídicos del hemisferio derecho y perforación ventricular. Corte al nivel de la parte media de los ventrículos.

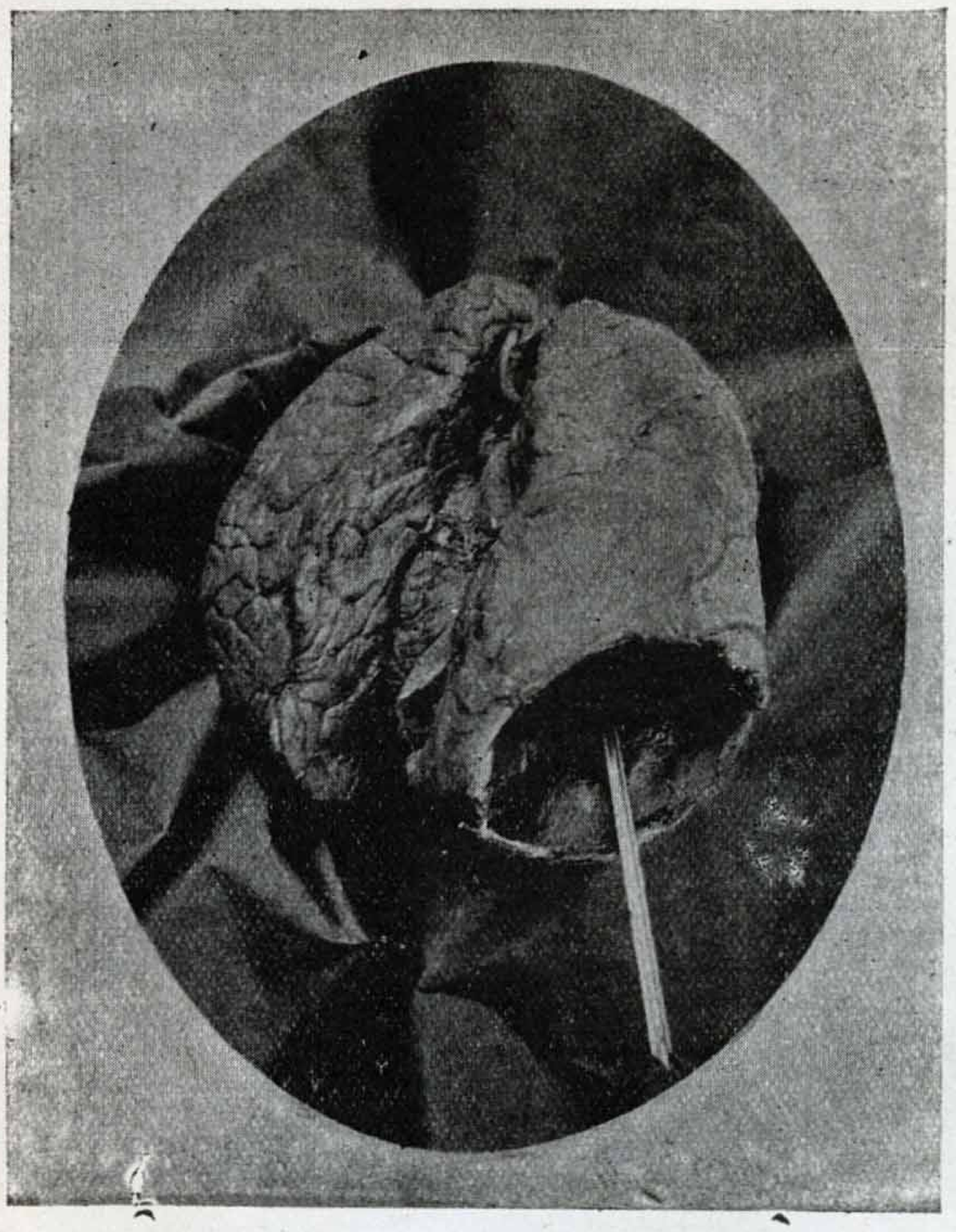


FIG. 9

Cavidad quística del lóbulo occipital derecho y perforación ventricular. Observación 2.ª

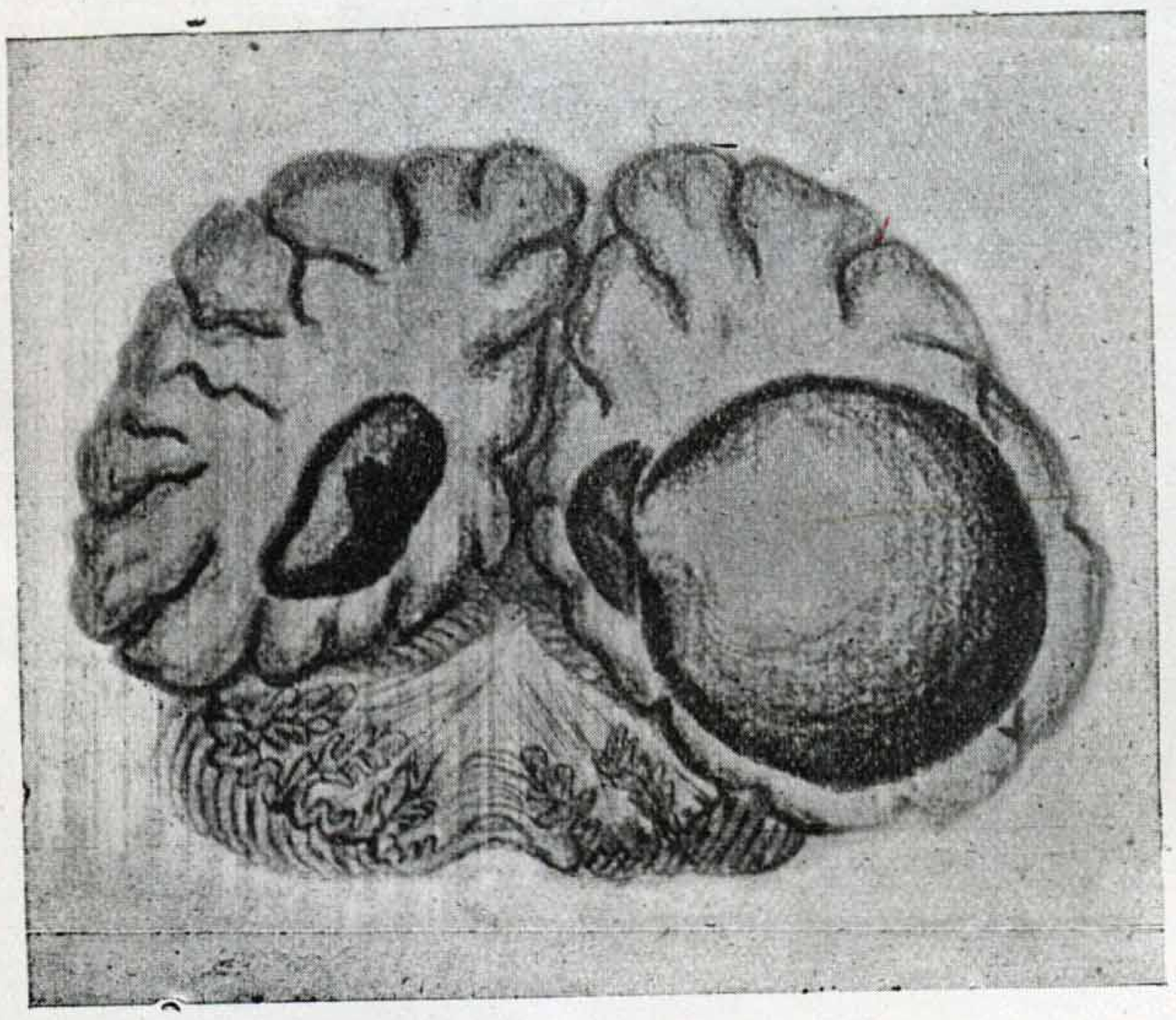


FIG. 10

Corte *esquemático* de la anterior

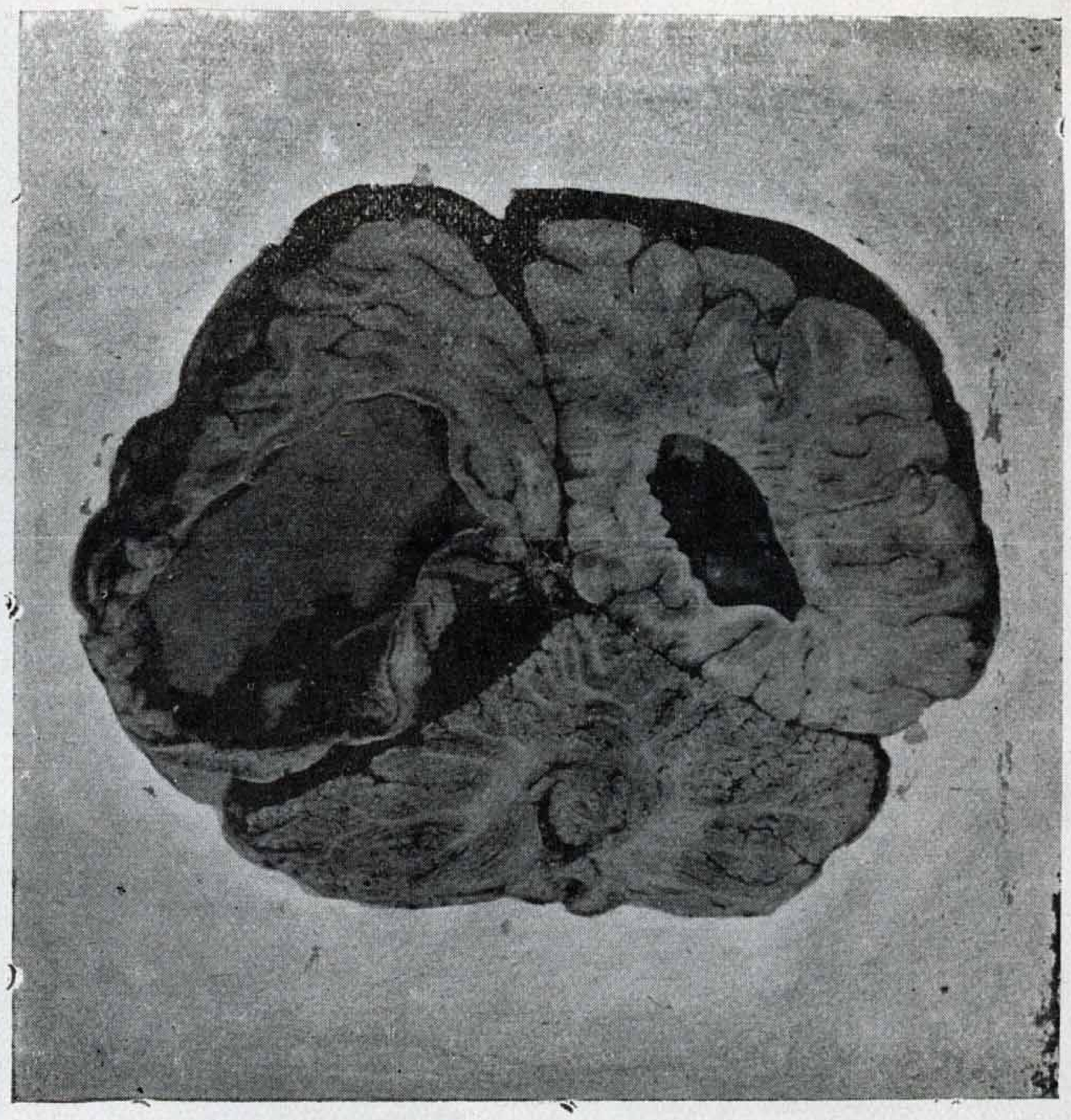


FIG. 11

Corte vertical del cerebro representado en la fig. 2. Observación 3.ª

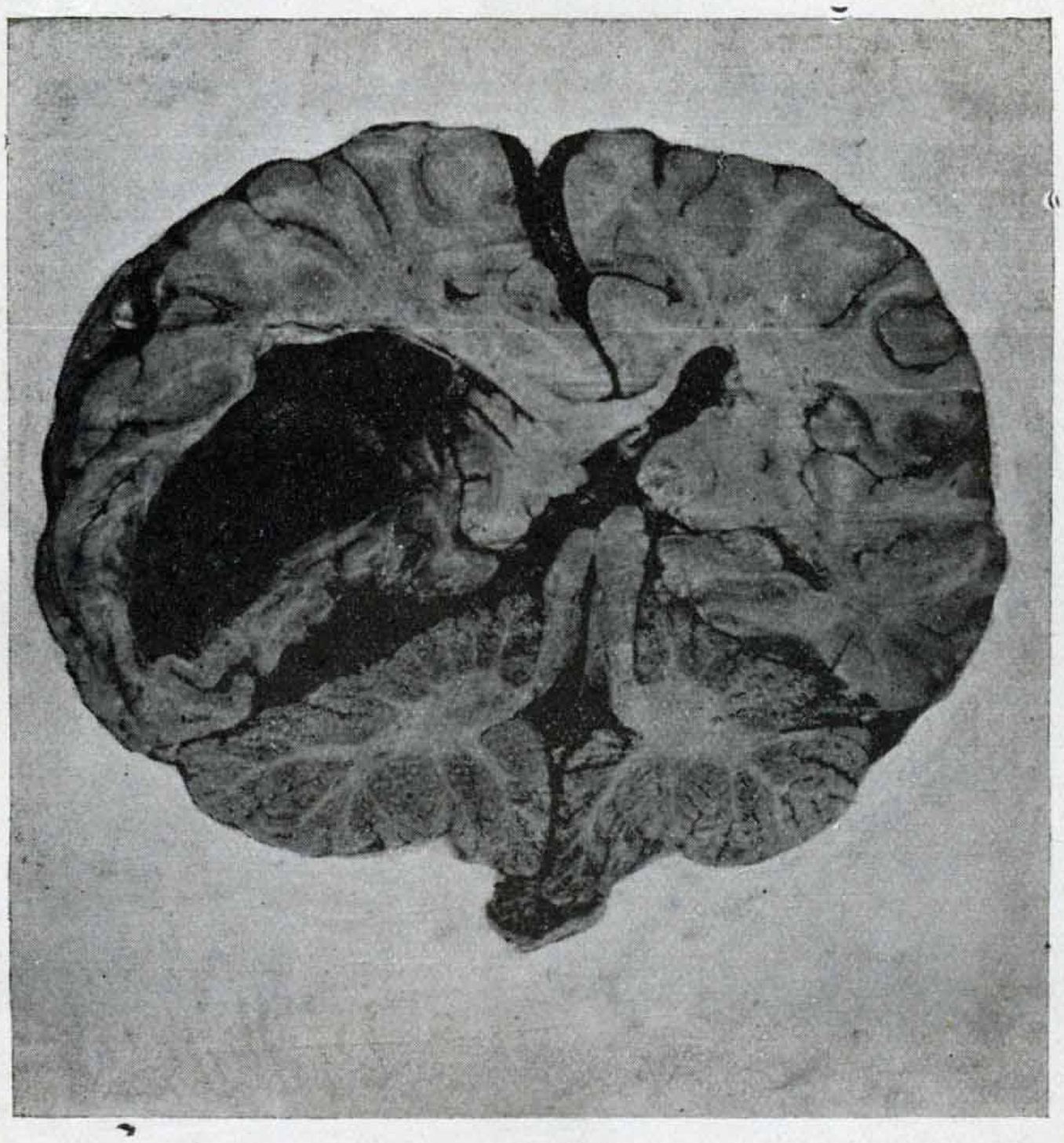


FIG. 12

Corte vertical del cerebro representado en la fig. 2. Observación 3.ª

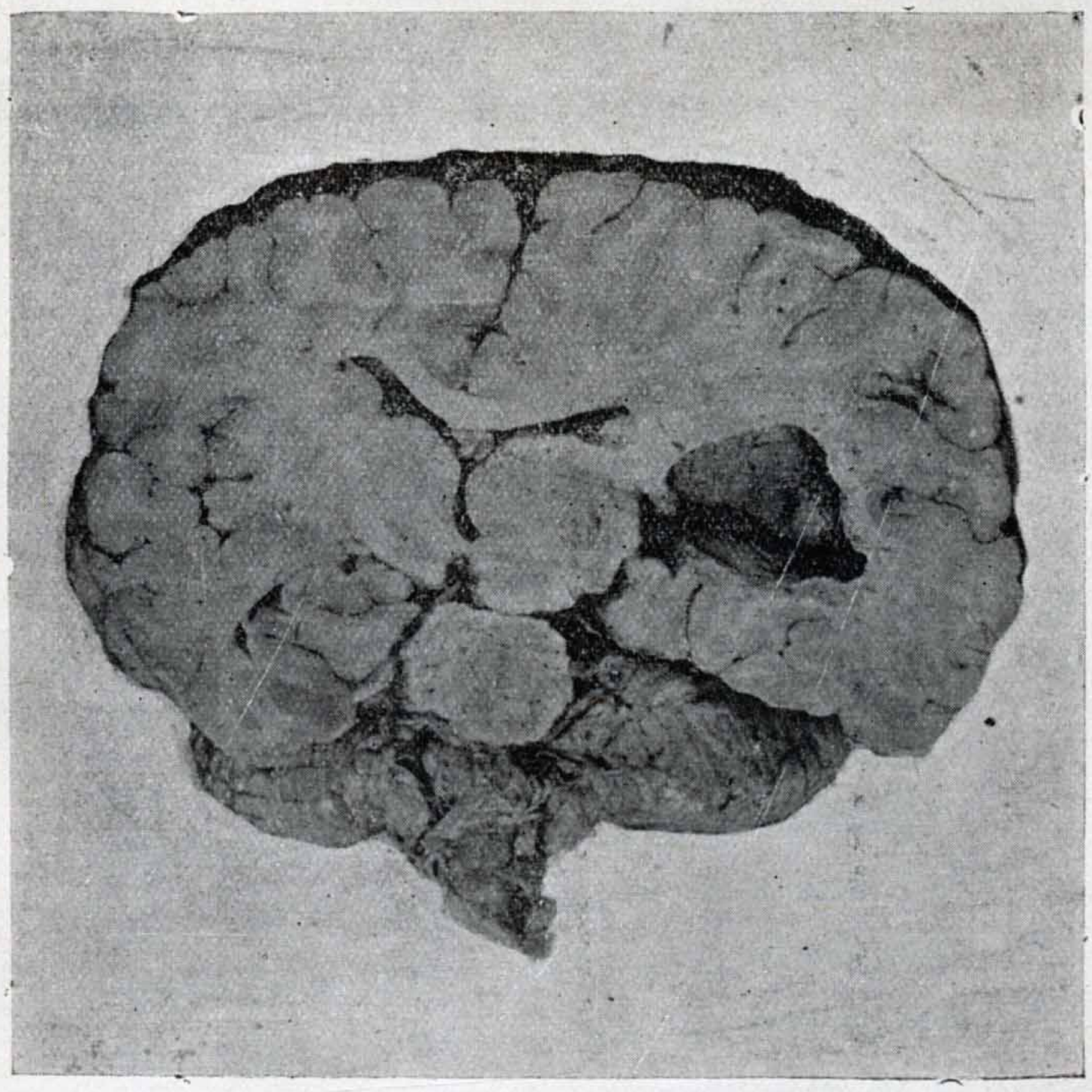


FIG. 13

Corte vertical del cerebro representado en la fig. 2. Observación 3.ª

Buenos Aires, Septiembre 13 de 1902

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor Pedro Lagleyze, Profesor titular Dr. Juan J. Naon y Profesor suplente Dr. Daniel J. Cranwell, para que, constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

EUFEMIO UBALLES
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Septiembre 27 de 1902

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno señor D. Luis S. Reggiardo: «En el local de la Facultad á « 26 de Septiembre de 1902, reunida la Comisión que « suscribe, encargada de dictaminar respecto de la ad- « misibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno « Sr. Luis S. Reggiardo, que versa sobre «Quistes « hidatídicos del cerebro y perforación ventricular», « resolvió admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: PEDRO LAGLEYZE.—JUAN J. NAÓN.—DANIEL J. CRANWELL.—*Cárlos Robertson*, Pro-Secretario.

FECHA UT SUPRA.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

EUFEMIO UBALLES.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El procedimiento operatorio de elección en los quistes hidatídicos del cerebro, debe ser la craniectomía temporaría con sutura completa de la duramadre.

II

Valor relativo de los signos guías, para la intervención quirúrgica, en los quistes hidatídicos del cerebro.

III

Los diversos métodos del tratamiento de la sífilis nunca deben hacerse sistemáticos.