AÑO 1910. Núm. 2218.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MENINGO ENCEFALOCELE CONGENITO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANIBAL VILLAR

EX - PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO (1907)

EX - PRACTICANTE MENOR INTERNO (1908)

EX - PRACTICANTE MAYOR INTERNO (1909 - 1910)

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

MENINGO ENCEFALOCELE CONGENITO

AÑO 1910. Núm. 2218.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MENINGO ENCEFALOCELE CONGENITO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANIBAL VILLAR

EX - PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO (1907)

EX - PRACTICANTE MENOR INTERNO (1908)

EX - PRACTICANTE MAYOR INTERNO (1909 - 1910)

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

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. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
isiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología,	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
Oto-rino-lar'ngológica	» Eduardo Obejero
Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
Epidemiológica	» José Penna
Quirúrgica.	» Pascual Palma
Neurológica	» José M. Ramos Mejía
Médica	» Luis Güemes
Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro » Ricardo Colón
Patológia nterna	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce Armando Marotta
» Neurológica	Mariano Alurralde
Medicina Legal	Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni an J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pado » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Facstino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña « Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clinica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clinica Obstétrica .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia, Fisiologia, Patologia . .	Dr. León Pereyra
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparebords

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR MARCELO VIÑAS

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Gratitud.

A MIS HERMANOS

Al Doctor ADRIAN MORADO VERES

A mis queridos amigos y compañeros:

Dres. JUAN B. CESTINO y ALBERTO VIAGGIO

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al abandonar las aulas universitarias, al terminar nuestro bello período de estudiantes, con el pensamiento de que es necesario abordar de lleno las múltiples contingencias que la vida nos impone, vuelve uno sin querer la vista atrás para recordar lo pasado.

Y es un sentimiento extraño, mezcla de pesar y alegría, el que nos embarga ; de pesar, porque al dejar de pertenecer á la gran familia estudiantil, cuyas cualidades y defectos la hacen tan atrayente y simpática, tenemos la convicción de que cerramos en el libro de nuestra vida un capítulo que no podremos volver á abrir, y de alegría, porque ya hombres, ya formados para luchar, legítimos anhelos y ambiciones nos hacen entrever en el horizonte de nuestro destino, un ancho campo donde dirigir nuestras energías.

En el hospital donde he tratado de poner en práctica las lecciones de mis maestros y la teoría de mis libros, he contraído una deuda de gratitud inmensa con los que, en la realización de esa tarea, han tenido la bondad de dirigir mis pasos.

A mi distinguido profesor y jefe de sala, doctor Marcelo Viñas, que me concede el honor de acompañarme en mi modesto trabajo, mi sincero agradecimiento.

Al doctor Horacio Latorre, nuestro bondadoso director, de quien tantas atenciones he recibido aún después de haber cesado en mi puesto de practicante, la expresión de mi afecto y gratitud.

A los doctores Juan B. Emina, Aquiles Pirovano, Fortunato Canevari, Nicolas Ramallo, Enrique Pardo, José M. Labaqui, la seguridad de que he aprovechado sus consejos y sabias enseñanzas.

Las más expresivas gracias al doctor Carlos Lagos García, que tan gentilmente me ha proporcionado datos y casos para ilustrar mi tesis.

A mis compañeros de internado, que han contribuído á hacer grata mi permanencia en el hospital, el ofrecimiento de mi amistad sincera.

CAPITULO I

Sin querer introducir una modificación en el término clásico de *encefalocele*, dado á la malformación que nos ocupa por los distintos autores que la han estudiado, he creído más aceptable clasificar á estos tumores como meníngo-encefaloceles.

En efecto, sea el tumor occipital ó sincipital, pertenezca á la variedad *meníngocele, hidroencefalocele, encefalocele simple, cistencefalocele, pseudo-encefalocele*, algo que no le falta nunca es la capa de meníngues que lo recubre, ya sea en estado histológico normal, ya sea hipertrofiada, ya atrofiada, así, pues, el nombre de *meníngo-enceſalocele*, permite mejor comprender la composición histológica del tumor.

El *meníngo-encefalocele* representa una parte limitada de masa encefálica recubierta por sus me-

ninges, atravezando una laguna existente en el hueso craneano y corriendo bajo los tegumentos externos.

En término general, el meníngo-encefalocele presenta en sus partes constitutivas una similitud marcada con la hernia ventral, á saber : el orificio de salida de la hernia, formado por la laguna craneana ; el saco herniario, formado por las meninges ; el contenido de la hernia, constituído por la masa encefálica ; el líquido céfalo-raquídeo, etc., y los tegumentos externos formados por el periosto, faxia aponeurótica y el cuero cabelludo. Esto ha hecho que diversos autores hayan llamado impropiamente al meníngo-encefalocele la *hernia del cerebro*.

Las diversas formas adoptadas en su constitución por el tumor serán estudiadas al hacer su anatomía patológica.

El meníngo-encefalocele es casi siempre congénito, extremadamente raro en el transcurso de la vida, el tumor en este caso ha seguido á alguna lesión del hueso, y se le da el nombre de *encefalocele adquirido*.

HISTORIA

Albucasis y Paul D'Egine son los primeros que hablan de esta afección, pero recién Ledran y Corvinus (1749) dan á la clase de malformaciones que nos ocupa el nombre de encefalocele.

Hasta el siglo XVIII el meníngo-encefalocele congénito era confundido por los observadores con distintas clases de tumores perforantes del cráneo, pues cuando Louis, en 1767, presentó su memoria á la Academia de Cirujía, comete idéntico error de apreciación.

En 1820, Geoffroy Saint-Hilaire, en una memoria á la Academia de Ciencias, relaciona los meníngo-encefaloceles congénitos con los monstruos exencefalos, considerando á la primera deformación de la misma naturaleza que la de la segunda, aunque en grado menor.

Por esa época Naegele, padre, y Cloquet, han hecho trabajos sobre esa lesión, y Meckel, Lerres, Vrolik, Cruveilhier, Wirchow, presentado estudios patogénicos.

A continuación de éstos, una serie de memorias publicadas por Niemeyer, Langenbeck, Lyon, Adams, Nivet y el artículo de Gosselin en el *Compendium*, ilustraron el punto.

En 1854, Spring, en un excelente estudio sobre dichas malformaciones, pretende que los meníngo-encefaloceles son verdaderas hernias del cerebro, y hace de ellas una clasificación adoptada hasta nuestra época.

Larger, en 1877, hace una buena crítica de todos los trabajos publicados hasta entonces, y en 1890 Berger hace nuevas consideraciones sobre la patogenia de la afección y fija la terapéutica de esa enfermedad.

Más tarde Guibert (1894), Muscatello (1895), y especialmente Fenger (1895), hacen trabajos sobre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la lesión.

ETIOLOGIA

El meníngo-encefalocele es una afección relativamente rara, según Trelat, de 12900 partos á encontrado 5 casos ; Vinis, de 5000 partos ha hallado 1 caso ; Muller, da 1 por 3000 partos.

Larger piensa que es más frecuente en el sexo femenino en la proporción de 3 á 1.

En Moscow, la estadística da 1 por 1553 casos.

El doctor Angel Centeno, en la casa de expósitos, ha observado 1 caso entre 11204 niños. La del hospital de niños da 8 casos entre 3521 niños con deformaciones congénitas.

Se han atribuído diversos factores como causas de la malformación, accidentes de la preñez, alcoholismo, diatesis, etc., pero todas ellas sin fundamento verdadero.

CAPITULO II

PATOGENIA

Las opiniones vertidas por los distintos autores para explicar la patogenia del meníngo-encefalocele, son puramente hipotéticas ; cada autor ha dado á conocer la suya, considerándola la mejor.

Se pueden dividir en 2 grupos : unas suponiéndolas efectuadas en el período fetal ; las otras durante el período embrionario.

Teorías del período fetal

Spring cree que á continuación de una hidropesía parcial de un ventrículo cerebral, la parte correspondiente de encéfalo puesta en contacto con

la bóveda craneana, llega á perforarla y después á atravesarla.

De esta hidropesía ventricular él deduce las distintas clases de meníngo-encefaloceles, diciendo que quedaría constituído un meníngo-encefalocele simple cuando reabsorbiéndose el líquido quedara en el tumor la masa cerebral, un meníngocele, cuando el encéfalo ectopiado volviera á su lugar primitivo, y un hidro-meníngo-encefalocele cuando la reabsorción no se efectuara y el trozo de cerebro quedara en el tumor.

Pero á pesar de ser plausible la teoría, es necesario convenir que la hidropesía ventricular por el aumento paulatino de la presión intracraneana, llegara á constituir un *hidrocefálico* y no un meníngo-encefalocele.

Esta es la teoría llamada de la *hidrocefalía congenital,* y ha sido defendida por Vulpian, Houel, Bubard, etc.

Niemeyer y Klementowsky piensan que la causa sería un retardo é irregularidad en la osificación craneana, constituyendo partes débiles, verdaderos craniotabes fetales, al través de los cuales el cerebro haría hernia.

Esta es la teoría del *retardo de la osificación craneana*; la sostuvo Corvinus en su memoria.

Talco, Hirschprung y Kuster, al contrario, creen

que ciertas partes de hueso osificadas prematuramente fuerzan al cerebro á salir por partes todavía no osificadas.

Ackerman sostiene esta teoría llamada de la *osificación prematura del cráneo*, basado en casos de meningo-encefaloceles, coincidiendo con microcefalias, y para él la formación de un meníngo-encefalocele y de un hidro-meningo-encefalocele se explicaría ; en el primer caso por formación preexistente de una laguna craneana y hernia consecutiva del cerebro, y en el segundo porque una hidropesía ventricular concomitante traería la perforación del hueso, siendo entonces la lesión ósea secundaria á la formación del tumor.

Adams para explicar el meníngo-encefalocele, ha supuesto que una inflamación del aracnoides daría lugar á la formación de un quiste al principio subcraneano, que concluiría por perforar el hueso, y admite que la formación del meníngo-encefalocele sería secundaria, pues bajo la influencia de los movimientos respiratorios y esfuerzos del feto, el cerebro se encajaría por el orificio ya formado por el quiste meníngeo.

Teoría del período embrionario

Esta teoría dada á conocer por Meckel en 1822 y sostenida después por Serres, Lerichi y sobre todo

por Geoffroy Saint-Hilaire, admite que la deformación del meníngo-encefalocele remonta al período embrionario. Hoy es la más aceptada de todas y adoptada por autores como Malgaine, Riebet, Larger, Berger, etc.

Geoffroy Saint-Hilaire, en su admirable tratado para apoyar su teoría, dice : que asi como en todas las pretendidas hernias congénitas no son las vísceras las que desalojan cavidades ya existentes, sino que dichas vísceras, quedando en su lugar de producción, no se forma al rededor de ellas ninguna cavidad que las recubra.

Así es que por la unión incompleta de las láminas cefálicas se formaría una fisura primitiva, una *spina bífida craneano* (Cruveilhier), y el cerebro entonces se desenvolvería una parte dentro del cráneo y otra parte fuera en ectopía.

Para darse cuenta de esta patogenia hay que considerar con Geoffroy Saint-Hilaire, no sólo los casos quirúrgicos, sino también un grupo de monstruosidades, en los cuales el cerebro se encuentra casi totalmente fuera del cráneo y clasificados por aquel en la familia de *exencefálicos*.

En éstos, dos huesos separados uno del otro é incompletamente desenvueltos, por una abertura más ó menos ancha, dejan pasar un tumor con masa cefálica y serosidad. El tumor es siempre mediano,

y se muestra adelante en los porencéfalos y hacia atrás en los notencéfalos.

Es necesario también relacionar el meníngo-encefalocele á la spina bífida. Se observa á veces al mismo tiempo que un meníngo-encefalocele congenital, una ó dos spinas bífidas de la región cervical, ó bien una fisura única, viniendo del occipital hasta la 4ª ó 5ª vértebra cervical, dejando pasar al través de ella un tumor único, es imposible entonces atribuir á patogenias distintas la malformación.

El eje cerebro-spinal tiene un desenvolvimiento común en toda su extensión, y que el tumor se muestre en el rachis ó bien en la cabeza, es necesario ver en él una alteración embrionaria de la oclusión de la gotera cerebro-spinal, habiendo, como dice Meckel, una fisura primitiva; hacia abajo la *spina bífida,* hacia arriba el *cranium bifidum* de Wirchow.

Varias hipótesis han sido formuladas para averiguar la causa que impide la formación normal de la cavidad craneana:

1º—*Teoría de las adherencias amnióticas*—Según G. de Saint-Hilaire se establecerían adherencias del amnios á las vesículas cerebrales primitivas, que cuando son muy persistentes y extendidas correspondería á los grados más avanzados de la mal-

formación, cuando son menos extendidas las alteraciones serían menos profundas.

Estas bridas amnióticas impiden, pues, á las láminas cefálicas unirse.

2°—*Teoría de la compresión amniótica*—Según Dareste las adherencias amnióticas no tienen más que una importancia secundaria, y la malformación se produciría por una falta del desenvolvimiento del amnios que comprimiría la vesícula cerebral. En la época donde la falta de desenvolvimiento se produce, las vesículas cerebrales que entonces constituyen la cabeza están llenas de serosidad primitiva, y están recubiertas por las láminas meso-dérmicas de la cabeza y por los prolongamientos que las unen.

Ahora la presión se ejerce sobre la parte superior de las vesículas y la parte inferior queda libre. A su vez la parte superior comprimida desborda por los costados y forma un surco que la separa de la parte inferior y de gran importancia.

Toda la parte situada bajo el surco se transforma como normalmente, primero en cartílago, después en hueso; toda la parte situada arriba del surco no puede continuar su período de desenvolvimiento y conserva su primer estado.

Así es que toda la vesícula cerebral superior al surco revestida por una membrana transparente pa-

rece fuera del cerebro; de ahí su apariencia de hernia.

3°—*Teoría neoplásica*—Para Berger el sostenedor de esta teoría, los meníngo-encefaloceles ó una gran parte de ellos al menos, tendrían por causa una *hipertrofia circunscripta de las vesículas cerebrales primitivas*. La salida de la protuberancia formada por la hipertrofia, oponiéndose al completo desenvolvimiento del esqueleto membranoso del cráneo, después á su osificación, da por resultado la formación de una laguna ósea circunscribiendo el pedículo del tumor.

La protuberancia exencefálica, según la época más ó menos precoz del desenvolvimiento embrionario en el cual ha tomado nacimiento, presentaría los caracteres morfológicos y la estructura histológica de una parte determinada de masa encefálica, ó bien participaría de la estructura de diversas partes del cerebro sin pertenecer á ninguna determinada, como en un caso de Reclus, en el cual al examen histológico el tumor presentaba células corticales del cerebro, conjuntamente con células de Purkinger y producciones quísticas, y teniendo los caracteres de un verdadero encefaloma.

Esto ha hecho que Lambl y Bruner vean una cierta analogía entre los meníngo-encefaloceles, y

algunos encefalomas que quedan intra-craneanos, ya sea abombando de adentro afuera la cavidad craneana (Lambl), ya sea alojados dentro del cerebro en un hueco osteo-fibroso, colocado en la cara interna del hueso (Bruner), ya sea desenvueltos en el interior mismo de la masa encefálica.

CAPITULO III

ANATOMIA PATOLOGICA

En el meníngo-encefalocele congénito pueden estudiarse como elementos formativos del tumor: 1º El orificio óseo; 2º las envolturas del tumor; 3º su contenido. Puede agregarse á esto las deformaciones que acompañan esta lesión.

1º—*El orificio óseo*—La forma del orificio es redondeada ú ovalar, los bordes siempre lisos y regulares, nunca quebrados (en este caso se trata de encefaloceles adquiridos); algunas veces suelen verse adelgazados y cortantes, su tamaño es muy variable, algunos admiten hasta tres dedos, otros apenas permiten pasar una sonda acanalada; se han

observado casos en que el diámetro del orificio correspondía al de una cabeza de alfiler.

Bajo el punto de vista de su situación en el cráneo pueden dividirse en dos categorías : 1ª aquellos que se encuentran fuera de las líneas de unión de las partes embrionarias del cráneo ; 2ª aquellos que están situados sobre dicha línea.

De los pertenecientes á la 1ª categoría sólo se han observado tres casos, puestos en duda por Larger, que piensa se trate de meníngo-encefaloceles medianos, con atrofia de una parte del cráneo por donde haría hernia el tumor.

Uno de ellos lo cita Billard, en el cual el tumor saldría por una ancha abertura situada en la región correspondiente á la porción escallosa del temporal.

Otro citado por Talko, en el cual se trataba de un doble meníngo-encefalocele, haciendo hernia por dos orificios ahuecados en el frontal.

Y aquel del museo de Inspruck, en que el orificio está situado adelante y á la derecha del agujero occipital.

A la segunda categoría pertenecen, pues, casi todos los meníngo-encefaloceles, y por su situación en la línea mediana se pueden dividir en sincipitales ó anteriores y occipitales ó posteriores.

Los más comunes son estos últimos, en los cuales á su vez se distinguen : en occipitales superiores,

que están situados en las inmediaciones de la fontanela posterior ó en ella misma y occipitales inferiores, que emergen bajo la protuberancia occipital externa y que pueden comunicar con el agujero occipital.

Para los sincipitales, según Larger, hay una regla fija que preside el asiento de dichos tumores, siguiendo el trayecto de la primera hendidura branchial. En efecto, esta hendidura está determinada por una línea que partiendo del ángulo externo del ojo, va á terminar en el espacio comprendido entre el alveolo del diente canino y el del diente incisivo lateral, pasando por la órbita, el ángulo interno del ojo, el canal lacrimo-nasal, la fosa nasal y lo que queda del canal incisivo.

Esta línea es excesivamente corta en el feto, puesto que la cara es relativamente pequeña con relación al cráneo, disminuyendo de tamaño mientras más cerca esté de la concepción, y cuando aparecen los arcos branchiales esta línea está en relación con la base del cráneo.

Ahora bien, el tumor ó puede aparecer en la región de la cara que corresponde en el embrión á la primera hendidura branchial, ó bien en las cavidades que han persistido después del período embrionario.

Entre los primeros se pueden notar : 1º Los que aparecen en el ángulo externo del ojo ; 2º los del ángulo externo del ojo, de los cuales Larger ha logrado reunir 14 casos, y en los que el orificio óseo estaba formado á expensas de la lámina cribada del etmoides, saliendo el tumor al través del unguis ; 3º los del ángulo interno del ojo y del canal lacrimo-nasal, en los que el orificio análogo al de los anteriores de Larger invade más el canal lacrimo-nasal ; un caso publica Wagner, dos Ripoll y dos Bruns ; y 4º los del ángulo interno del ojo, canal lacrimo-nasal y costado del labio superior, existe un caso publicado por Bruns, con un pico de liebre simple concomitante.

Entre los de la segunda variedad colocamos : 1º los situados en la órbita, y de los que Spring tiene 3 casos, saliendo el tumor por la hendidura esfenoidal. Según Heinecke, el tumor también podría salir por la hendidura esfeno-maxilar ; 2º los de la cavidad naso-faringea, en que el orificio está situado entre el cuerpo del esfenoides y el etmoides, ó si no en el cuerpo de alguno de estos huesos, y penetrar después en la fosa nasal ó en la cavidad faríngea, ó en la boca al traves de una hendidura palatina.

En la fisura inter-parietal el meníngo-encefalocele

es muy raro, y cuando existe, más bien se trata de las malformaciones de los exencefalos.

En la gran fontanela nunca han sido observado casos, y en la sutura inter-frontal algunos raros.

En la región de la glabela se han observado algunos, con pequeña lesión de los huesos nasales y mayor de los frontales.

Giovanni Realé publica una estadística de 68 meníngo-encefaloceles congénitos, en los cuales 10 eran de la base de la nariz, 9 de la sutura frontal, 5 de la fontanela menor y 22 del occipital. Larger publica 85 casos, de los cuales 44 eran occipitales y 41 sincipitales.

ENVOLTURAS

El meníngo-encefalocele, después de haber atravesado el cráneo, es lógico suponer fuera recubierto por el pericráneo y las meninges, pero comúnmente es muy difícil que estas partes conserven su integridad histológica y sus caracteres normales ; sin embargo, nunca faltan, más ó menos hipertrofiadas, más ó menos atrofiadas, con cicatrices, etc., siempre existe, aunque sea una parte de ellas.

Los tegumentos externos están ya sea hipertrofiados, ya atrofiados. Esto último es lo más frecuente, y puede llegar el caso hasta dejar casi al desnudo las meninges, en uno ó varios puntos del saco, generalmente en su polo superior.

En un caso observado por Guibert, al hacer el examen histológico, dice : « La epidermis era delgada, desprovista de folículos pilosos y sebáceos, contrastando con una hilera de glándulas sudorífi-

cas bien formadas. El dermis, abstracción hecha de algunas ectasias linfáticas, presentaba su textura habitual, pero no había vestigios de cuerpo papilar ».

Algunas veces, pero menos frecuentemente, las capas pericraneanas resultan hipertrofiadas, con aspecto elefantiásico, lipomatoso, etc.

Las meníngeas al contacto de los tegumentos se encuentran casi siempre hipertrofiadas. Dice el profesor Berger : « Que el espesor considerable, el aspecto gelatiniforme que presentan al corte, las lagunas que á veces se transforman en quistes, el desenvolvimiento vascular de que son asiento, etc., todas estas modificaciones han sido observadas por los autores que han hecho exámenes histológicos de estos tumores ».

Hildebrand, en un caso observado por él, dice : « Que la pared meníngea se encuentra compuesta por dos capas. La externa, formada por dos láminas de tejido conjuntivo muy vascular, reunidas por trabéculas del mismo tejido, constituyendo un retículo entre cuyas mallas hay acumulación de gruesas células redondas. La capa interna está unida á la anterior por ramúsculos vasculares finos y muy numerosos. Entre estas divisiones se encuentran células idénticas á las observadas en la capa externa. El conjunto de los caracteres presentados por

estas dos capas haría creer en un glioma de la dura madre ».

Guibert, en otra observación, dice : « Que la capa meníngea estaba formada por tejido conjuntivo muy laxo y lleno de vasos, principalmente venas flexuosas á pared espesa y abiertas como arterias. La arteriola más voluminosa medía 180 micrones de diámetro, las venas el doble. Abajo se observaba una capa de grandes espacios lacunares probablemente en comunicación unos con otros. Estas fisuras estaban limitadas por una pared fibrosa, midiendo un tercio de milímetro, tapizada por una capa conectiva, delgada y transparente, probablemente estas fisuras son una modificación de la cavidad aracnoidea ó de los espacios sub-aracnoides ».

En ambos casos citados se trata, pues, de procesos hipertróficos. Las envolturas presentan muy á menudo trazas de adherencias amnióticas que para algunos autores serían las productoras de la malformación. Spring ha publicado unos 15 casos. Berger dice : « que no faltan hechos donde se encuentra en la superficie de un meníngo-encefalocele cicatrices perfectamente reconocibles ».

Alberts é Hildebrand han llamado la atención sobre observaciones análogas. Dice este autor que en un caso operado por él, la piel presentaba ciertas

depresiones que tenían la apariencia delgada y la coloración blancuzca de las cicatrices.

Las trazas de adherencias amnióticas han sido también observadas por Chavaux en un monstruo exencéfalo, y en 1891 Bouilly, en un porencéfalo obersva una brida partiendo del ángulo interno de la órbita izquierda, y cruzando la base de la parte lateral izquierda de la masa exencefálica.

CONTENIDO DEL MENINGO

ENCEFALOCELE

Las diferencias que existen en el contenido de estos tumores, sirven para establecer clasificaciones, ligeramente distintas, según los autores.

La más general es la de dividirlos en *meníngoceles, meníngo-encefaloceles* é *hidro-meníngo-encefaloceles*.

A estas tres Berger, en 1890, agrega una cuarta variedad, el *exencefaloma,* y Guibert, en 1894, una quinta, el *cistencefaloma*.

Chipaux propone una clasificación que nosotros adoptaremos.

1º El *meníngocele,* constituído por meninges y líquido céfalo raquídeo.

2º El *meníngo-encefalocele,* que contiene meninges y substancia cerebral. Al que á su vez lo subdivide : 1º En *meníngo-encefalocele-simple,* cuya substancia cerebral tendría igual estructura histológica que la del encéfalo. 2º Donde la substancia cerebral sería modificada de tres maneras. 1º El *hidro-meníngo-encefalocele,* donde en el interior de la masa cerebral existe un ventrículo dilatado. 2º El *cistencefalocele,* donde la materia cefálica ha sufrido un proceso regresivo, presentando una cavidad cistiforme en su parte central. 3º y el *pseudo-encefalocele,* en donde la masa del tumor en lugar de presentar su carácter encefálico tiene una estructura neoplásica.

Meníngocele—El meníngocele está formado, pues, por un saco meníngeo, conteniendo en su interior líquido céfalo-raquídeo. Spring consideraba este caso bastante frecuente, pero Houer y Larger al contrario, sin negarlo en absoluto, creen que es bastante raro. Keen, en 1891, y Muscatello, en 1894, han presentado tres casos con examen histológico completo, dos de la región frontal y uno en la occipital, siendo los tumores redondeados, con pedículo largo y delgado y bastante voluminosos.

Meníngo-encefalocele-simple—En esta variedad el tumor está formado por las meninges, conteniendo

en su interior masa cerebral correspondiente á la parte de encéfalo situada donde él toma asiento, y una pequeña cantidad de líquido céfalo-raquídeo. Así, pues, según el lugar que ocupa el tumor, siendo supra-occipital, por ejemplo, contendría uno ó los dos cuernos del cerebro. Al nivel de la protuberancia puede contener el puente de Varole, los tubérculos quadrigeminos, y hasta pedúnculos cerebrales. En los sub-occipitales puede encontrarse el cerebelo y en los sincipitales generalmente los cuernos frontales.

La substancia nerviosa no conserva en absoluto sus caracteres comunes, las circunvoluciones desaparecen ó quedan como borradas, el cuerno encefálico está estirado como si fuera de pasta blanda al nivel del estrechamiento óseo, y conserva en su interior el prolongamiento ventricular correspondiente.

Hidro-meníngo-encefalocele—En esta especie el prolongamiento ventricular contenido en la parte de cerebro ectopiado, se encuentra distendido por el líquido céfalo-raquídeo ; esta distención concluye por reducir la substancia nerviosa á una capa á veces delgadísima, adherida á la cara interna de las meníngeas.

La cavidad comunica con el ventrículo por un

canalículo aplanado, muy estrecho, pero permeable. A veces la capa nerviosa se hace tan delgada que es necesario raspar las meníngeses y efectuar un examen histológico para verificar la presencia de cerebro.

Quizás algunos meníngoceles considerados como tales á primera vista han sido confundidos con esta variedad.

Spring consideraba á estos tumores como muy comunes, pero otros autores la creen muy rara, pues generalmente la hidropesía ventricular trae aparejada otra clase de malformaciones, más graves que el meníngo-encefalocele.

Cistencefalocele—Guibert, en 1890, presenta su caso, en el que se observaba una especie de hidro-meningo-encefalocele, pero sin hidropesía ventricular, y cuyo líquido era producido, según el autor, por una degeneración quística de un meníngo-encefalocele primitivamente sólido, y no existiendo comunicación con el ventrículo cerebral.

En su memoria dice: «En nuestro caso existía una pequeña cavidad central ocupando el sitio que debiera tener la substancia blanca en el tumor. El líquido que la cavidad contenía denotó al examen microscópico corpúsculos de Gluck cargados de detritus granulosos, una pigmentación hematógena, y

agregado á esto la composición de sus paredes no podía hacer dudar que no se tratara de un proceso regresivo ».

Pseudencefalocele—Contiene además de los meníngeas, substancia cerebral que ha sufrido una proliferación neoplásica. M. M. Perier y Berger han presentado dos casos que demuestran la realidad de esta variedad.

En el caso de Berger el saco encerraba una pequeña masa de substancia cerebral adherida á la cubierta meníngea. « Esta masa, dice él, formada por substancia gris, conteniendo en su interior substancia blanca, y en su centro partes más vasculares, análogas al plexo coroídes, no presentaba ni la textura de la corteza cerebral, ni la del cerebelo, sino que participaba de la extructura de ambos órganos. Los elementos constitutivos de la substancia cortical del cerebro, las células piramidales con sus prolongamientos, las de la corteza del cerebelo, las células de Purkinger, se encuentran representados, sin que entre los puntos donde se encuentran esos tipos de formación distinta, exista ninguna separación externa apreciable. Era entonces un trozo de substancia cerebral que representaba la extructura del cerebro y del cerebelo ».

M. M. Perier en la publicación de un caso, halla

en el examen histológico del tumor una substancia análoga á la del anterior. Cremoni en 1891 trata un caso parecido á estos últimos, pero no hizo examen del tumor

Hildebrand habla de un meningo-encefalcele frontal constituído en parte por la extremidad del cuerno ventricular, en parte por una substancia esponjosa gelatiniforme que recubría á aquel formada por tejido conjuntivo y células redondas.

Sanne trata de varias observaciones en que en las envolturas adherentes al contenido cerebral, se encuentran substancias esponjosas polikísticas que parecen ser el resultado de una inflamación pachimeningítica.

Marschal publica un caso en el cual dentro del tumor existía una pequeña cuerda canaliculada que pasando por el orificio iba á insertarse en el cerebelo.

Froelich publica dos casos, uno se trata de un meníngo-encefalocele occipital, el otro frontal, ambos voluminosos, que él clasifica entre los tumores de la anterior variedad, en los cuales en la substancia nerviosa primitiva, se ha producido en la parte primeramente ectopiada un proceso de hiperplaria conjuntival, que según él, sería una de las formas naturales de curación.

La cantidad de líquido que se encuentra en las diversas variedades que acabamos de enumerar, varía según la extensión del tumor ; hay casos en que ha llegado á 500 gs.

Algunos autores lo hacen análogo en composición con el líquido céfalo-raquídeo, otros lo hacen diferente. Contiene bastante albúmina, azúcar, ácido úrico, cloruro de sodio, materias colorantes de la bilis, y otros principios en proporciones diferentes, su peso específico oscila entre 1002 á 1012.

Malformaciones que suelen acompañar al meningo-encefalocele. — Muy á menudo los sujetos portadores de esta clase de tumores, presentan otras malformaciones, ya sea en el cráneo, ya sea en la columna vertebral.

Algunas deformaciones craneanas se deben á la existencia misma del tumor. Gerard Marchand, dice : « Que si el tumor es voluminoso el cráneo es aplastado superiormente, la frente fugitiva, las regiones parietales poco salientes ».

Larger en su caso, dice que el cráneo presentaba el aspecto del de un gato, aplanado casi enteramente en el plano horizontal, y la frente parecía no existir.

Ackerman dice que según la variedad del tumor es distinta la forma del cráneo, en el meningo-encefalocele simple el cráneo está reducido en todas sus

dimensiones, y por esta reducción se encuentra la bóveda aplanada, con depresiones en la parte externa del cráneo, disminución del ángulo que el apofisis basilar del occipital forma en el cuerpo del esfenoides y con una configuración hipoprognática del rostro.

En el hidro-meningo-encefalocele el cráneo sufre una modificación totalmente opuesta, aumento de extensión y abovedamiento del cráneo sobre todo en su parte anterior.

Esta distinción hecha por Ackerman no la aceptan todos los autores y Berger se declara en contra de ella, diciendo que la forma y capacidad del cráneo está en relación con el tamaño de la masa cerebral ectopiada.

Las osificaciones prematuras parciales ó totales de las suturas han sido observadas en algunos casos.

Fenger hace notar que en algunos meningo-encefaloceles sincipitales, existe con frecuencia una separación anormal de las paredes internas de la órbita.

Las malformaciones á distancia se observan bastante á menudo y Berger dice que son tanto más frecuentes cuanto más se acerca á la extremidad cefálica.

En el encéfalo se ha observado la ausencia del cuerpo calloso, la bifidez del trígono, la ausencia

de los cuerpos estriados, rudimentos ó ausencia total del cerebelo, ausencia de las capas ópticas, de los tubérculos quadrigéminos, fusión de los hemisferios especialmente de los frontales.

La espina-bífida es muy común, sobre todo en los casos de meningo-encefalocele occipital. Generalmente se trata de una espina bifida limitada, raramente de una espina-bífida anterior ó posterior total, y con predilección por la región cervical entre el atlas y el occipital, á veces también continúa la fisura craneana.

En ciertos casos no se observa más que una simple depresión cutánea en una ó varias partes de la columna vertebral, es la *malformación en potencia* de Berger.

CAPITULO IV

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

En general los meningo-encefaloceles, pertenezcan á cualquier variedad, y ocupen tal ó cual sitio en el cráneo, presentan síntomas comunes, pero á su vez del sitio y variedad dependen fenómenos particulares á cada uno de ellos.

Síntomas comunes. — Los meningo-encefaloceles son tumores de forma regular, esférica ú ovoidea, muy raramente están divididos en lóbulos (observación de Buttner), más raramente aún, el enfermo tiene uno ó dos tumores análogos en distintos sitios del cráneo.

El tumor está insertado en el cráneo por una base ya sea corta y ancha, ya larga y estrecha, como un

pedículo, á veces torcido sobre sí mismo, en caso de pedículo largo el tumor puede pender y como en el caso de Joung, llegar hasta los glúteos.

El volumen es variable desde el tamaño de una nuez puede llegar hasta el de una cabeza de feto.

La superficie cutánea es generalmente lisa, sin pelos en su parte superior, rodeado en su base por un collar de largos pelos, tiene más ó menos tensión, á veces es muy vascularizada, escoriándose á menudo y presentando trazas de adherencias antiguas.

En ciertos casos se han observado angiomas ó linfomas sobre el tumor.

Los meningo-encefaloceles pueden ó no presentar fluctuación, ser blandos y elásticos, cuando contienen gran cantidad de líquido y poseen paredes delgadas y tensas son translucidos.

Generalmente se ponen tensos y duros en los esfuerzos y gritos y se deprimen durante el sueño.

Houel y Larger han sostenido que el meníngo-encefalocele es un tumor irreductible, no es así, se puede deprimir en ciertos casos. Belrend sostiene que la posición del enfermo influye en ello, pues en un meningo-encefalocele que él trata, el tumor era irreductible con el enfermo sentado ó acostado, pero con la cabeza recta, pero se podía reducir cuando la inclinaba.,

La compresión cuando es moderada no tiene ma-

yores consecuencias, pero si es activa produce síntomas de compresión cerebral (lentitud de pulso, vómitos, pérdida de conocimiento, convulsiones, estrabismo, etc.). Algunos autores sostienen que el meningo-encefalocele presenta movimientos de expansión, durante la expiración é inspiración del enfermo ; otros como Chipault, lo niegan en absoluto.

Son muy raros también los ruidos de soplo y los latidos, según Larger el soplo cuando existe es debido á angiomas que suelen acompañar al tumor.

El meningo-encefalocele es en general indolente, pero hay casos en que es excesivamente doloroso, espontáneamente ó al contacto.

Cita Cremoni una observación en que el niño gritaba al menor movimiento ó cuando se tocaba aunque fuese ligeramente la superficie del tumor.

M. de Saint-Germain observa otro caso de un meningo-encefalocele sub-occipital muy doloroso, y sin que hubiera signo exterior alguno de inflamación.

Los enfermos portadores de esta clase de malformaciones son generalmente débiles, presentando parálisis, convulsiones, contracturas, etc., otros, los menos, son fuertes y vigorosos, y en estos casos se trata siempre de tumores en los que es posible efectuar una operación quirúrgica con buen resultado.

Síntomas particulares. — Hemos dicho más arri-

ba que los tumores por el asiento que ocupan en el cráneo, podrían dividirse en sincipitales y occipitales, y que éstos se sub-dividían en occipitales superiores y occipitales inferiores, ellos presentan signos diferenciales, aunque no en una forma absoluta.

Los occipitales son generalmente más voluminosos, con tendencia á alojarse en la depresión de la nuca, lugar que ocupan en el antro materno, casi siempre son pediculados, muy rara vez con base ancha de implantación, de forma regular, lisos, redondeados, con un collar de pelos en la base, generalmente fluctuantes, pues se trata en la mayoría de los casos de hidro-meningo-encefaloceles.

Los sincipitales son pequeños ó medianos, de forma irregular, sin presentar vestigios de cabello en ningún sitio, y duros al tacto, pues son casi siempre meningo-encefaloceles simples.

En cuanto á los síntomas que los meningo-encefaloceles presentan, según la variedad de su contenido, nadie como Berger los ha estudiado tan prolijamente. Transcribimos su estudio :

« La dificultad, dice, es considerable cuando se trata de reconocer á qué variedad de meningo-encefalocele pertenece el tumor, cuando se trata de clasificar al tumor entre los meningoceles, ó los hidro-meningo-encefalocele, determinar si contiene substancia cerebral y determinar cuál es la importancia

del prolongamiento que los centros nerviosos envían en su cavidad. Esto no es que no se encuentran, enumerados por los autores que han seguido la descripción de Spring, un cierto número de caracteres diferenciales que no parecen dejar dudas sobre la naturaleza del contenido del tumor. He aquí el resumen : Meningoceles : tumores iguales, generalmente pediculados, lisos, fluctuantes, disminuyendo de volumen á la presión. Esta disminución de volumen, que puede llegar hasta una reducción completa, da lugar, cuando la presión ejercida es fuerte y prolongada, á fenómenos cerebrales, gritos, vómitos, convulsiones y estupor. Durante el sueño el tumor disminuye de volumen, aumenta y se pone tenso por los gritos, el esfuerzo y la tos. Meningo-encefalocele : tumores sesiles, blandos, indolentes, lo más á menudo sin fluctuación. En el reposo puede disminuir de tamaño y hasta llegar á reducirse. Aumenta en los esfuerzos y gritos del niño. Una presión ligera no ocasiona ni malestar ni dolor, una presión más fuerte puede hacer gradualmente disminuir y hasta desaparecer el tumor, determinando al mismo tiempo síntomas cerebrales, dilatación pupilar, estrabismo, pérdida de conocimiento, somnolencia, parálisis, anestesias, rara vez vómitos ó convulsiones. En fin, el meningo-encefalocele puede presentar latidos isocronos en la pulsación cardiaca. Hidro-meningo-

encefaloceles : caracteres negativos, irreductibilidad completa, indolencia á la presión que no da lugar á ningún síntoma cerebral, sin tensión en los esfuerzos, ausencia de pulsaciones. La marcha de la afección sería progresiva en los meningoceles y hidro-meningo-encefaloceles, en estos sobre todo, los meningo-encefaloceles al contrario serían notables por las pocas modificaciones que ellos experimentan y el estado estacionario que pueden presentar durante un tiempo á veces largo.

En fin, algunos autores han querido ver en el asiento mismo de la lesión un medio de llegar al diagnóstico ; los meníngo-encefaloceles simples ocuparían sobre todo la región naso-frontal y orbitaria ; los meníngoceles se desenvolverían de preferencia en la región sub-occipital ; los hidro-meníngo-encefaloceles en la región supra-occipital.

No se puede desgraciadamente acordar mucha confianza á estos caracteres llamados distintivos :

1º El asiento del tumor no tiene en realidad ningún valor. Spring mismo se ha levantado contra esta distinción que él consideraba como errónea, en las observaciones que él ha clasificado con gran cuidado, ha dado, por cada uno de los lugares de elección donde se desenvuelven de ordinario las hernias cerebrales simples, tumores pertenecientes á las diversas variedades enumeradas.

2º El volumen no podría ser invocado para distinguir los meníngo-encefaloceles é hidro-meníngo-encefaloceles ; ciertos tumores muy voluminosos han sido constituídos por verdaderos meníngo-encefaloceles, como lo prueban las observaciones de Buhring, Vrolik y de Spring ; es verdad que Spring los hace entrar en la segunda variedad ; pero la hipertrofía real de las partes de encéfalos contenidas en la cavidad meníngea, la proporción de substancia cerebral que entra en su constitución relativamente á su masa, debe hacerlos considerar como ejemplos auténticos de meníngo-encefaloceles simples.

3º La forma del tumor, la existencia de un pedículo bien marcado ó su ausencia no tienen importancia alguna. La estrechez del pedículo, como lo prueba la observación de Petrone, no excluye la posibilidad de la penetración del cerebro ó del cerebelo en el tumor ; la mayor parte de los hidro-meníngo-encefaloceles, aún los más voluminosos, presentan un pedículo muy marcado, no se debería entonces considerar esta disposición como especial á los meníngoceles. En cuanto á la forma unilobulada ó bilobulada, más ó menos globulosa, más ó menos regular, ella depende de las condiciones anatómicas que establecen las relaciones del meníngo-encefalocele con la línea mediana y con los replie-

gues de la dura madre ; pero esto no da ningún indicio sobre la naturaleza de los órganos que contiene.

4° La transparencia, que es notada en un cierto número de casos como una prueba de que el tumor no contiene más que líquido, es un signo esencialmente engañoso ; en la pequeña niña que yo he operado el tumor era transparente y, sin embargo, sólido. Es probable que en parecidos casos la ilusión sea debida á que una parte de los rayos luminosos se difundiera al través de las envolturas del tumor.

5° Es lo mismo para la fluctuación, todos ó casi todos los meníngo-encefaloceles encierran una cierta cantidad de líquido ; esto basta para darle todas las apariencias de la fluctuación. La sensación inversa, el empastamiento y la consistencia blanda y depresible que tienen á veces, indican más bien el espesamiento de las envolturas y su infiltración gelatinosa, que la presencia de masa cerebral en su interior.

6° Quedan cuatro signos mejores : la reductibilidad, los fenómenos cerebrales determinados por la presión viva sobre el tumor ; la expansión de este en los movimientos respiratorios y, sobre todo en los esfuerzos, y los latidos isocronos al pulso ; pero su constatación está lejos de ser la regla. La reduc-

tibilidad falta, aún en los tumores considerados como verdaderos meníngoceles, con mayor razón cuando se trata de meníngo-encefaloceles simples, cuando más se observa en estos últimos una ligera depresión. Si entonces uno de estos tumores es en gran parte reductible, no se puede concluir que él no encierre substancia nerviosa, no se puede tampoco afirmar cuando no es reductible que pertenezca á la categoría de los hidro-meníngo-encefaloceles.

Los fenómenos cerebrales que ocasionan las presiones ejercidas sobre el tumor son de una interpretación difícil, porque ellos pueden tener lugar por el aumento de la presión intracraneana, resultante de la reducción total ó parcial del líquido contenido en el hueco meníngeo, ó bien de la acción directa de la compresión ejercida sobre las partes de los centros nerviosos comprendidas en el tumor. Estos accidentes de compresión establecen una presunción en favor de la participación de los centros nerviosos en la constitución del tumor, pero su ausencia no podría hacer excluir su presencia.

La expansión en los esfuerzos, en los gritos del niño, sería según Spring un signo común á los meníngoceles y á los meníngo-encefaloceles puros, parece racional el admitirlo, y sin embargo, suele fallar en algunos casos.

Es lo mismo para los latidos arteriales, que no son á veces perceptibles, en razón del espesamiento hipertrófico de las envolturas que envuelven la masa encefálica procidente. Esta ausencia de pulsaciones sería más bien la regla que la excepción en los meníngo-encefaloceles propiamente dichos, puesto que Spring, sobre once observaciones, sólo ha encontrado en cuatro casos este carácter pulsátil del tumor.

En definitiva, en la gran mayoría de los casos, la insuficiencia de los caracteres diferenciales deja el diagnóstico incierto entre las diversas variedades de meníngo-encefaloceles, y hasta en ciertos casos con la pieza en la mano es difícil establecer la naturaleza exacta de las partes que le constituyen. No se ha visto á Hildebrand, en el curso de una operación hecha para extirpar un meníngo-encefalocele naso-ethmoidal, detenerse creyendo tener bajo sus ojos un lóbulo voluminoso de cerebro, mientras que no se trataba en realidad más que de una producción neoplásica de las meninges ?

Lo mismo en buen número de casos el examen anatómico no puede decidir si el tumor debe ser clasificado entre los encefaloceles ó los hidro-meníngo-encefaloceles ; para justificar las ideas que él había emitido sobre la patogenia diferente de estas especies, Spring había llegado á establecer entre

ellas una demarcación que los hechos no siempre justifican ; no es entonces extraño que los caracteres clínicos no vengan á confirmar una distinción que no existe entre los hechos anatómicos.

Lo que sería de más grande interés para determinar, esto es, la importancia de la masa encefálica contenida en el tumor, su asiento general y sus conexiones, es decir, la parte de los centros nerviosos á los cuales está insertada, queda lo más á menudo indeterminado.

Una buena guía para llegar á este objeto serían los puntos siguientes :

1º El punto de implantación del pedículo y la situación del orificio óseo correspondiente, la experiencia ha demostrado que las hernias anteriores encierran lóbulos frontales ; las supra-occipitales los lóbulos occipitales ; las sub-occipitales de preferencia el cerebelo ; que los orificios ocupen á la vez las regiones superiores é inferiores de la protuberancia occipital externa, darán pasaje á una parte del cerebelo y lóbulos posteriores del cerebro todo mezclado ; á veces á los tubérculos cuadrigéminos y hasta á la protuberancia ; en fin, que los tumores tengan su asiento en la gran fontanella y en la región interparietal son en general constituídos por la ectopía de una notable parte de hemisferios, distendidos por serosidad ventricular y presentando

otras malformaciones, como ausencia de los cuerpos callosos, etc.

2º Las deformaciones del cráneo. El aplanamiento del cráneo sobre todo en sus partes anteriores, asociado al prognatismo, indicando un grado más ó menos acusado de microcefalía, hará suponer que una notable parte de encéfalo se encuentra fuera del cráneo, en el tumor.

3º Las otras deformidades coexistentes sobre el mismo sujeto deben hacer suponer la existencia de malformaciones más extendidas en el encéfalo, incompatibles con una supervivencia durable y el desenvolvimiento regular del niño ; ellas indican la transición hacia un estado de monstruosidad verdadera donde todo el interés del caso se reduce á la consideración del hecho teratológico y á su interpretación embrionaria.

4º En fin, para esclarecer la naturaleza de los órganos nerviosos contenidos en el tumor, se podría, al ejemplo de Horsley, recurrir á la acción de las correintes inducidas. Cuando la corriente era dirigida por este cirujano en el sentido horizontal, las corrientes inducidas. Cuando la corriente era dirigía verticalmente ella determinaba una desviación de los ojos del costado de la exitación eléctrica, concluía que la parte prosidente encerraba tubérculos quadrigéminos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del meníngo-encefalocele está basado sobre todo en dos condiciones : 1° Que el tumor sea congénito ; 2° que ocupe en el cráneo algunos de los puntos típicos anteriormente enumerados. Además, hay que agregar datos diversos que en su conjunto contribuyen á establecer el diagnóstico.

Así estos tumores son fluctuantes, si distienden con los gritos ó esfuerzos del enfermo, se relajan durante el sueño, merced á la compresión pueden disminuir en ciertos casos su volumen y producir al mismo tiempo signos de compresión cerebral, introduciendo el dedo puede llegar á percibirse los bordes del orificio óseo.

En caso de hesitación con una aguja fina y las precauciones asépticas de práctica efectuando una

punción peude extraerse líquido céfalo-raquídeo, y si la aguja es suficientemente larga se podría reconocer en la base del tumor el orificio óseo, aunque éste sea muy pequeño, pero en general no es necesario recurrir á este procedimiento.

El diagnóstico diferencial con los encefáloceles adquiridos es fácil ; estos ó son contemporáneos con el nacimiento y ocasionados por una mala aplicación de forceps, como en los casos de Billroth y Saint-Germain, ó sino provocados en una época cualquiera de la vida por un traumatismo craneano, son tumores sesiles, de froma irregular, muy reductibles, pulsátiles, los rebordes del orificio óseo no son nunca lisos, generalmente no tienen meníngues, pues éstas han sido desgarradas, y sobre todo, que el lugar que ocupan en el cráneo no está sujeto á regla fija alguna.

Además, al meníngo-encefalocele congénito suelen acompañarlo otras clases de malformaciones.

El *céfalohematoma* no es congénito, aparece del 2º al 3er. día del nacimiento, es lateral, sesil, no se reduce, no es pediculado, no se acompaña de otras malformaciones, disminuye expontánea y rápidamente de volumen ; sin embargo, existe una sensación especial de reborde óseo que no hay que confundir.

Los *angiomas* ocupan rara vez la línea mediana ; suelen presentar signos de expansión, pulsaciones, desaparecen en totalidad por compresión, sin que ésta dé lugar á síntomas de compresión cerebral, tampoco se puede observar reborde óseo.

Los *céfalo-hidroceles-traumáticos,* producidos por una fisura accidental del cráneo, por la cual pasando el líquido céfalo-raquídeo bajo el cráneo forma tumor, pero poco tenso y más blanduzco.

El *quiste congénito dermoide ó seroso,* aparece en ciertos sitios preferidos por el meníngo-encefalocele ; ahora, como en esta clase de tumores se observa que son independientes de los tegumentos externos, que están adheridos á las partes profundas, y como se suele sentir un reborde óseo simulando una perforación y á veces hasta la existencia de un orificio óseo verdadero, y como son transparentes y animados por latidos que les comunica la fontanela, como suelen distenderse con los gritos y esfuerzos, como en los casos de Arnold y Lannelongue, es entonces factible que pueden ser tomados por meníngo-encefaloceles.

En su contra se nota que son sesiles, al revés de los meníngo-encefaloceles, que son generalmente pediculados, la piel es más gruesa, sin trazas de adherencias ó cicatrices, ni ese aspecto elefantiásico

que suele observarse en los meníngo-encefalocele, su compresión no provoca trastornos cerebrales, y que generalmente ocupan el sitio de la gran fontanela, lugar que los meníngo-encefaloceles prefieren muy poco.

El *sarcoma congénito* se presenta á la vista después del nacimiento ; tiene muchos caracteres comunes con el meníngo-encefaloceles ; suelen observarse bordes y orificios óseos, pero crecen con muchísima mayor rapidéz y con fenómenos de compresión cerebral expontáneos.

Ciertos *meníngo-encefaloceles,* de asiento especial, pueden ser confundidos con otra clase de tumores ; así ciertos meníngo-encefaloceles que descienden por las fosas nasales pueden ser tomados por simples. polipos, pero éstos no son reductibles y en la duda una punción permitiría quizás extraer líquido céfalo-raquídeo.

Ciertos meníngo-encefaloceles de la órbita ó del conducto lacrimo-nasal han sido tomados por simples tumores.

Algunas veces, ciertos lipomas, abcesos fríos, gomas, quistes sebáceos, etc., han dado en algunas ocasiones á errores de diagnóstico.

CAPITULO V

PRONOSTICO

El meníngo-encefalocele es compatible con la vida, pero durante poco tiempo. Las diferentes funciones parecen llenarse bien, en buena nutrición, etc.; sin embargo, en estos casos las lesiones del encéfalo son pequeñas y poco importantes.

Al cabo de un tiempo más ó menos largo, sean años ó meses, sobrevienen los accidentes que conducen al enfermo á la muerte; el tumor progresa paulatinamente de volumen, la piel se pone tensa, se enrojece, se inflama y se desarrolla una menín-go-encefalitis que termina con el enfermo.

Algunas veces en seguida del nacimiento se forma una escara en la piel al nivel de la cual trasuda el líquido que encierra el tumor.

Sin embargo, en algunos casos raros el sujeto ha sobrevivido diez, quince y hasta veinte años. Larger ha reunido 15 casos, pero se duda no se trate de quistes desmoides más bien que de meníngo-encefaloceles.

Es indudable también que según la naturaleza, tamaño y localización del tumor, resulta éste más ó menos grave ; un meníngocele puro, resulta más fácilmente extirpable, y con menos peligro que un meníngo-encefalocele verdadero, pues la materia cefálica contenida en éstos, no es posible reducirla en ciertos casos, y como se comprende, su extirpación puede traer después trastornos nerviosos importantes.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO

Hasta hace poco tiempo, en 1890, en que M. M. Perier y Berger indicaron el método quirúrgico para la curación de los meníngo-encefaloceles, el tratamiento era muy variado y casi siempre ineficaz.

Entre los diversos procedimientos empleados podemos citar :

El de Houel, que se tentó con muy mal resultado, que efectuaba una punción é inyectaba una solución yodada.

El de Adams y Rizzoli, que han obtenido algunas curas, haciendo punciones repetidas.

El de Vincent y Ollier, que en ciertos meníngo-

encefaloceles faciales efectuaban una compresión del tumor.

Thompson y Leaussure hacían la ligadura simple del tumor, pero esta técnica expone á accidentes inflamatorios durante la cicatrización.

Holmes aplicaba un clamp, y á las veinticuatro horas estirpaba el tumor.

Smith, en un meníngo-encefalocele, practica alrededor del pedículo una inyección de glicerina iodada, que concluye por transformar el tumor en una masa dura y compacta.

Horsley, en 1890, presenta al Congreso de Berlín, un caso de meníngo-encefalocele poco voluminoso curado por electrolisis, y cuya curación pudo comprobarla á la autopsia, pues el sujeto falleció de cólera doce meses después.

El tratamiento quirúrgico del meníngo-encefalocele ha tenido su oposición, en 1844 cuando Velpeau propuso á la Academia de Medicina la extirpación de un hidro-meníngo-encefalocele, tuvo mucha resistencia su proyecto.

Uno de los primeros en emplearlo fué Thiebaut, en 1792, pero los que lo introdujeron en la práctica corriente fueron M. M. Perier y Berger, en 1890.

Larger practica la operación combinando la extirpación con la ligadura elástica. El talla de cada cos-

tado del tumor un colgajo, diseca hasta el pedículo y previa ligadura al ras del orificio, extirpa el tumor y reune los colgajos, teniendo cuidado de dejar pasar el pedículo.

M. M. Perier y Berger hacen una operación más radical : después de rasurado y lavado el enfermo, bajo anestesia clorofórmica, se trazan dos colgajos laterales de ambas partes del tumor, que se disecan hacia la base ; estos colgajos no comprenden más que la piel. El pedículo de saco meníngeo se reconoce y aisla hasta que se siente el borde del orificio óseo por el cual pasa ; se atraviesa el pedículo al ras de éste, con una aguja con catgut doble, que permite estrechar al pedículo en el orificio mismo por medio de dos ó tres ligaduras ; toda la porción de masa que queda arriba de éstas se extirpa á tijera y se rebate sobre el pedículo los colgajos de piel, los cuales se suturan por completo con seda ó crin de Florencia.

Estos autores suponen que la porción de masa encefálica que está contenida en el tumor es de naturaleza neoplásica, y como entonces no pueden desempeñar ninguna función fisiológica normal, juzgan innecesario tratar de reducirla dentro del cerebro.

La técnica seguida en los casos que presento difiere de la anterior, pues consideramos al contrario

de Berger, que en muchos meníngo-encefaloceles la substancia cerebral, haciendo apenas hernia dentro del saco lleno de líquido, conserva sus propiedades fisiológicas é histológicas normales, siendo de mucha importancia para la vida futura del enfermo el conservárselas.

En general se procede así : se traza alrededor del pedículo una incisión elíptica cerca de la base, pues la piel distendida por el tumor sobra cuando se hacen colgajos por incisión vertical, se diseca la piel hasta la base misma y se abre el saco meníngeo para reconocer su contenido ; si dentro se encuentra substancia cerebral haciendo hernia y es posible por el tamaño del orificio óseo, se reduce con cuidado ; si la masa fuera de naturaleza neoplásica ó el orificio óseo demasiado pequeño, entonces es necesario extirparla, se liga y se secciona el pedículo meníngeo y después se sutura la piel.

Ciertos meníngo-encefaloceles de la base del cráneo exigen una técnica especial para poder extirparlos, tales son los casos de Lichtemberg, Czerny y Fenger ; el del primero falleció en la operación, el del segundo murió en el marasmo ocho semanas después, y el de Fenger curó, pero se trataba de un enfermo de veintinueve años, con un meníngo-encefalocele pequeño, pediculado de la fosa nasal izquierda, el que se extirpó previa resección temporaria del maxilar superior.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meníngo-encefalocele occipital.

Niño de 20 días de edad, tiene cinco hermanos sanos y sin ninguna malformación; la madre manifiesta no haber sufrido accidente alguno durante el embarazo y el parto fué normal, á pesar del tumor.

El tumor tiene su asiento en la región occipital y ocupa exactamente la línea media.

De forma redondeada y de tamaño aproximadamente igual al de una mandarina chica, se inserta en el cráneo por una base ancha, pero laxa, la que le permite cierta movilidad y hace que el tumor

cuelgue, reposando sobre la nuca y aún sobre la espalda.

La piel que lo cubre es lisa y sana, sin cicatrices ; presenta muy escasos cabellos, siendo éstos un poco más numerosos en el pedículo, donde comienza el cuero cabelludo.

La coloración de la piel es un poco rojiza, debida á una abundante vascularización.

A la palpación el tumor es blando y fluctuante y parece que contiene líquido. Comprimiéndolo no se obtiene reducción apreciable. No se sienten latidos, ni expansiones isocronas con el pecho.

A una palpación profunda se siente por dentro y en su base de implantación, una especie de cordón, por medio del cual parece comunicar ó continuarse con el cráneo. Sin embargo, no es posible por esta maniobra delimitar en el hueso ningún orificio de comnuicación.

El tumor ahora es poco doloroso, pero según manifiesta la madre, no siempre ha sido así, pues en los primeros días que siguieron al nacimiento la chica lloraba cada vez que tocaban el tumor.

En los veinte días éste no ha sufrido mayores modificaciones en lo que se refiere á su tamaño, únicamente parece haber cambiado su tensión, pues en los primeros días el tumor parecía más duro y resistente.

Fuera de la malformación que acabamos de describir, presenta el enfermo en ambos lados hacia la región pre-auricular y por delante del tragus, dos pequeños tumorcitos del tamaño de granos de arroz que por su origen, situación y consistencia se pueden considerar como fibro-condromas branquiales.

Un examen completo de los demás órganos y aparatos no nos muestra nada anormal. Su estado general, asi como su nutrición, son buenos, recibiendo alimentación materna. No hay ni ha habido desórdenes nerviosos.

En estas condiciones y habiendo hecho diagnóstico de *meníngocele congénito,* se resuelve intervenir operando el doctor Carlos Lagos García.

Bajo anestesia clorofórmica y por medio de una incisión elíptica, se rodea el pedículo del tumor, comprendiendo únicamente la piel. Disecando esta última se apercibe la presencia de una bolsa fibrosa, en apariencia meníngea, y que incindida en un punto da salida á un líquido claro en cantidad como de unos diez gramos.

Ampliando esa incisión se seca el contenido de la bolsa con una gaza y se reseca junto con la piel incindida, dejando únicamente una especie de cuello de saco meníngeo en el pedículo donde se inserta en el cráneo.

Sólo queda, después de haber extirpado la bolsa, una especie de muñón formado por el saco, en cuyo interior no parece asomar substancia cerebral. Se trata de reducir ese pequeño muñón hacia el interior del cráneo, y en vista de su imposibilidad se explora el orificio de comunicación.

Este es imperceptible por la palpación digital, y para asegurarse si realmente existe, se utiliza una aguja de sutura con la que se encuentra un pequeño orificio que da paso á la cavidad craneana. Se liga el muñón con catgut en su base y se extirpa. Igualmente con catgut fino se hace una jareta tomando los tejidos vecinos, músculo sub-cutáneo, que reforzada por dos puntos más ajustan sobre el pequeño orificio. Con seda se sutura la piel.

La operación es bien tolerada, y al cabo de diez días sesacan los puntos de la piel, cicatrizando por primera.

Dos meses y medio después se ve al enfermo en perfecto estado de salud general y local.

El estudio anátomo patológico de los tejidos extirpados, bolsa, comprendiendo el saco y la piel, así como el muñón que se resecó junto al pedículo,

resulta interesante sobre todo el último, que es quien da el diagnóstico verdadero de la malformación. Este estudio ha sido efectuado en el Laboratorio del hospital de niños por el distinguido doctor Julio Fernández, jefe del laboratorio.

El revestimiento externo del tejido (bolsa extirpada) se halla constituído por la capa epidérmica con todos sus extractos normales. La capa dérmica presenta un tejido fibroso bien condensado, llevando entre sus mallas glándulas sudoríparas, folículos pilosos, pelos y glándulas sebáceas.

Las porciones profundas del dermis, así como el tejido celular sub-cutáneo, están formadas por bandas condensdaas y sólidas de tejido conjuntivo, dispuestas en forma irregular, con células fijas en regular número y con algunas fibras aisladas de tejido muscular estriado.

En la porción más inferior de esta inclusión se aperciben formaciones sanguíneas representadas por cavidades tapizadas por endotelio, de paredes fibrosas y repletas de elementos propios de la sangre.

El estúdio histológico del tejido extirpado en el pedículo del tumor lo muestra en su parte externa de una manera análoga á la parte profunda de la inclusión anterior.

Así se observa el tejido fibroso con gran cantidad de espacios vasculares que corresponden á ca-

nales, muchos de gran calibre. Estos canales sanguíneos rodeados por paredes esclerosas tienen en conjunto el aspecto ó la apariencia de un angioma cavernoso. Las paredes de estos vasos se hallan constituídas casi exclusivamente por tejido conjuntivo fibroso, presentando siempre como revestimiento interno una capa de endotelio.

Además de estas grandes formaciones sanguíneas, existe en el seno del tejido que viene á corresponder á la arahnoide y pía madre, un regular número de vasos arteriales y venosos con sus respectivas túnicas y un regular número de nervios.

La capa conjuntiva se encuentra condensada hacia la profundidad, manteniendo siempre el mismo aspecto hasta en las porciones que limita la corteza cerebral, constituyendo una sola y única capa que se extiende desde el dermis hasta la pía madre y ofreciendo esa apariencia vascular y cavernosa al nivel de la aracnoides.

Los vasos sanguíneos que de la pía se insinúan en la corteza se encuentran muy ingurgitados, adquiriendo los capilares un diámetro considerable, asi como también los vasos propios de la pía-madre.

En la substancia blanca que forma la parte más profunda de la inclusión existen infiltraciones de forma más ó menos circular de elementos blancos y pigmentarios.

OBSERVACION II

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viña

Meníngo-encefalocele occipital.

N. Ferrari, de 4 días de edad, nacido á término, buen estado general.

Situado en la región occipital y en la línea media hay un tumor del tamaño de una naranja, tres cuartas partes más ó menos del tamaño de la cabeza del niño. Pediculado, fluctuante y recubierto por piel lisa.

Palpándolo no se nota en su interior masa sólida apreciable. No hay otros vicios de conformación.

Se practica la operación, trazando una incisión alrededor del pedículo y delimitando dos colgajos,

uno anterior y otro posterior, que se disecan hasta poner al descubierto el pedículo del tumor.

Incindida la bolsa, sale líquido, y se aperciben las meninges formando un saco en comunicación por un orificio pequeño con el interior del cráneo y por donde asoma substancia encefálica, el cerebelo probablemente. Se liga el pedículo y se sutura la piel.

Un mes después el enfermo es dado de alta curado.

OBSERVACION III

Hospital de niños.—Servicio de cirujía de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meníngo-encefalocele naso-frontal.

A. L., 45 días, tumor congénito de forma irregular, sesil y abarcando el dorso de la nariz, la región interciliar y parte de la región orbitaria derecha.

Desfigurando notablemente la cara, el tumor avanza por los costados hacia las órbitas, sobre todo del lado derecho, donde desvía hacia afuera el globo ocular.

Presenta varias saliencias, de las que la mejor limitada y circunscripta es una situada por delante de la comisura palpebral del ojo izquierdo.

Durante los esfuerzos el tumor se hace más saliente y pronunciado.

La consistencia es distinta, según el sitio donde se la aprecie. En el lado derecho la consistencia es blanda, dando la impresión de líquido, en cambio en el lado izquierdo el tumor es más sólido.

La reductibilidad es parcial; se obtiene cuando se ejerce en la parte blanda, pero no es posible encontrarla sobre la parte izquierda sólida del tumor.

La piel que recubre el tumor es lisa, pero presenta una cicatriz congénita.

Fuera de la conformación que acabamos de describir, no se encuentra en el resto del cuerpo signo alguno de malformación.

La operación efectuada por el doctor Máximo Castro se lleva á cabo trazando una incisión vertical que partiendo de la ceja derecha llega hasta el ala de la nariz del mismo lado.

Se diseca la piel que es adherente á las lobulaciones del tumor, el cual invade la órbita derecha y avanza hacia la izquierda de la línea media.

Se incinde el tumor en esta base cerca de la raiz de la nariz y salen unos 100 gramos de líquido céfalo-raquídeo, contenidos en una cavidad irregular y de paredes blandas que se deshacen fácilmente y que se extirpan con tijeras.

Los huesos propios de la nariz se encuentran levantados y rechazados hacia la izquierda. La rama-montante del maxilar se encuentra separada hacia la derecha y desarticulada del frontal.

Hay una ancha abertura en la lámina ethmoidai, por la que pueden pasar dos dedos entre una masa friable y blanda de apariencia encefálica.

En toda esta disección no se constata saco meníngeo, propiamente dicho, y la substancia cerebral ectopiada se adhiere directamente en algunos sitios con los tejidos fibrosos periféricos vecinos á la piel-

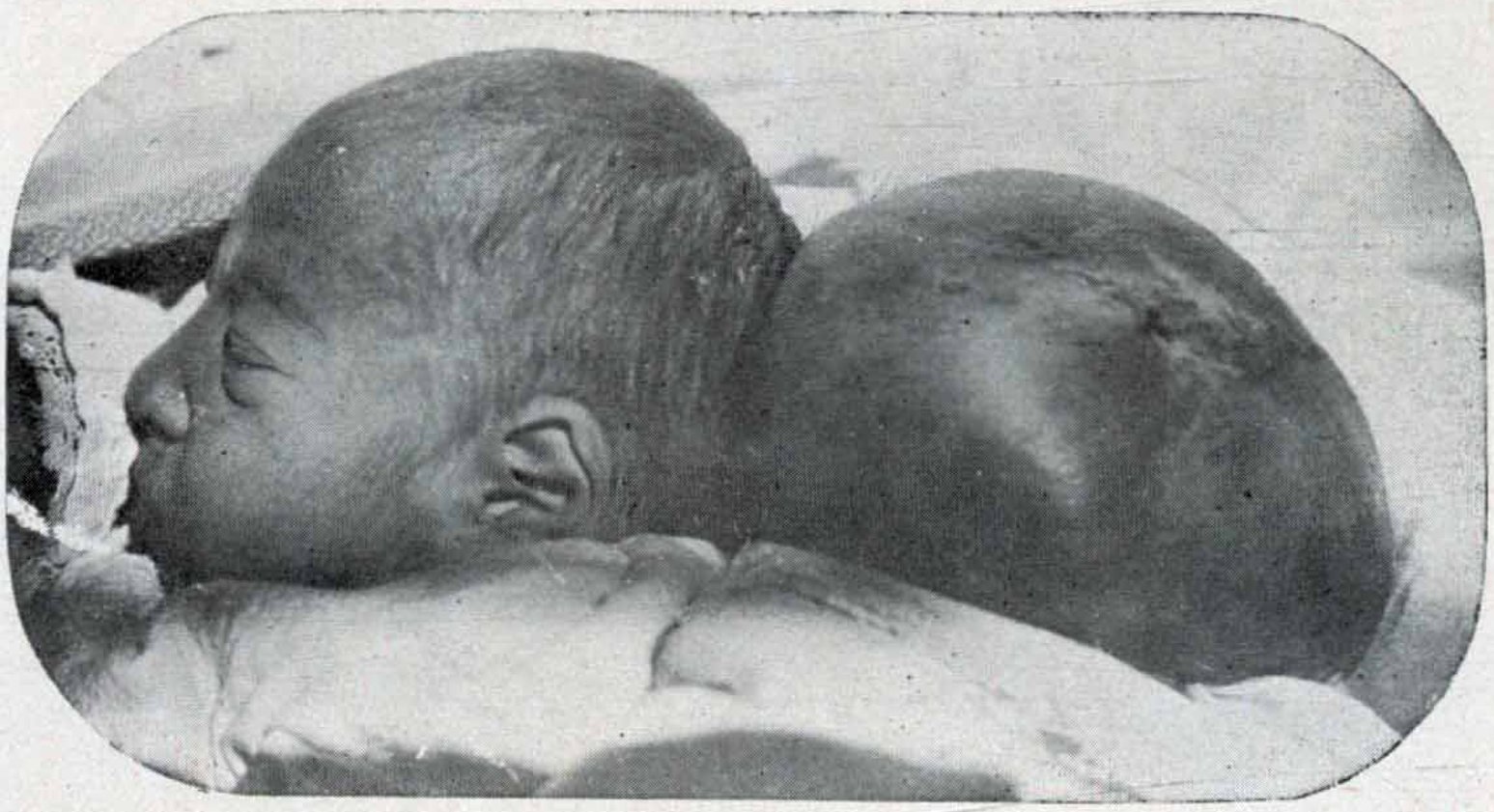
Con el objeto de cerrar la abertura hecha por donde escapa el encéfalo se suturan los músculos del carrillo al cartílago de la nariz, se aplastan los huesos propios y se suturan las partes blandas del ángulo interno del ojo al periosto del dorso de la nariz, por encima se sutura la piel.

El enfermo falleció dos días después.

LAMINA I.



Observación III.



Observación IV.

OBSERVACION IV

Hospital de niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meníngo-encefalocele occipital.

P. S., 3 días. La región occipital es el sitio de implantación de un enorme tumor congénito que sobrepasa en tamaño á la cabeza del feto.

De forma más ó menos ovoidea, con gran diámetro en el sentido sagital, se encuentra recubierto por piel desprovista de cabellos. En su parte superior la piel presenta un aspecto cicatricial. Cerca de su base de implantación hay manchas vasculares apreciables.

De consitencia blanda, el contenido del tumor es

irreductible. Por la palpación no se sienten latidos ó expansiones isocronas con el pulso. Dado el tamaño del tumor y su poco pedículo no es posible apreciar el orificio de comunicación con el interior del cráneo.

La cabeza del niño de forma más ó menos normal, presenta, sin embargo, casi desapercibida su fontanela anterior.

Poblada por cabellos abundantes sobre todo en su parte posterior, éstos se detienen en la base del tumor ,el que, como hemos dicho, está recubierto por piel calva.

Un examen del resto del cuerpo no permite apreciar la existencia de otros vicios de conformación.

El niño fallece á los seis días.

OBSERVACION V

Hospital de niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meníngocele de la región occipital.

S. S., 3 días. Niña nacida á término. Buen estado general.

Presenta en la región occipital un tumor del tamaño de una mandarina. Redondeado, sin abolladuras, ni saliencias, fluctuante é indoloro, se halla recubierto por piel.

En la base del tumor la piel presenta manchas vasculares, mientras que en el centro presenta un aspecto cicatricial. Los cabellos que cubren regularmente la cabeza se detienen en el pedículo del tumor y á ese nivel constituyen una especie de corona.

Palpando y comprimiendo el tumor no es posible reducirla, como tampoco es posible sentir el orificio de comunicación con el cráneo. No se observan desórdenes nerviosos.

Un examen del cuerpo no descubre otros vicios de conformación.

En estas condiciones es operado por el doctor Máximo Castro, quien practica una incisión elíptica en la base del tumor, llegando á un pedículo pequeño por el cual comunica con el cráneo á través de un orificio situado en la escama del occipital.

Practicada una ligadura en ese pedículo, el tumor es extirpado, suturándose luego la piel.

En el interior del saco meníngeo no se encuentran elementos nerviosos ; está revestido por una membrana análoga á la arachnoides.

A los 15 días la enferma es dada de alta, perfectamente curada. Mientras cicatrizó la herida no hubo salida de líquido ni accidente alguno.

OBSERVACION VI

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

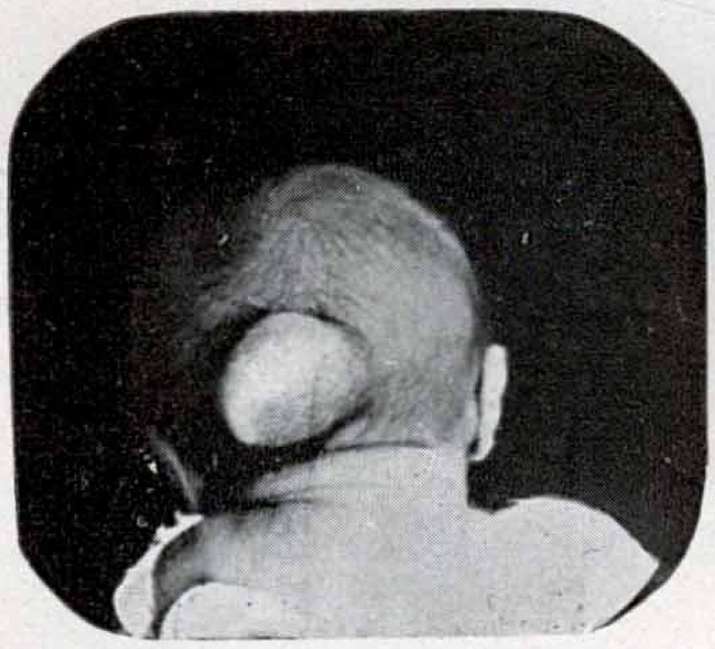
Meningocele de la región occipital.

T. P., 15 días. Presenta en la región occipital y cerca de la nuca un tumor congénito del tamaño aproximado al de una avellana.

Por la palpación se reconoce que es fluctuante y blando, siendo reductible por la presión.

Se sienten latidos isocromos con el pulso arterial.

LAMINA II.



Observación V.



Observación VIII.

OBSERVACION VII

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meningo encefalocele de la región occipital.

C. L., 2 días. Niño nacido á término.

Presenta un voluminoso tumor congénito situado en la región occipital. Su tamaño sobrepasa al tamaño de la cabeza, su polo posterior excede en altura en tres ó cuatro dedos al punto más culminante de la cabeza ; su polo inferior llega hasta las primeras vértebras dorsales.

De forma esférica y lisa, se encuentra recubierto por piel despoblada de cabellos, salvo en el pedículo donde éstos, largos y abundantes, cubren una parte del tumor, formando una especie de corona.

De consistencia blanda y resistente el tumor es poco doloroso á la presión. No hay expansiones ni pulso arterial. No hay reductibilidad.

Fuera de esta anomalía el niño presenta además una mano bod del lado derecho.

Fallece á los cinco días sin ser intervenido.

OBSERVACION VIII

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meníngo-encefalocele naso-frontal.

M. B., 14 días. Presenta en la región naso frontal y avanzando hacia el lado derecho un tumor congénito, sesil, y de forma irregular. De tamaño aproximado al de un huevo de paloma, presenta varias lobulaciones, de las cuales la mayor cae sobre el ala derecha de la nariz.

De consistencia blanda y resistente, no se reduce por la presión. Aumenta de tamaño durante el llanto y los esfuerzos. No hay pulso arterial. Por sus contornos se puede sentir el reborde del orificio por donde el tumor comunica con el interior del cráneo.

Este orificio está establecido entre el hueso frontal y los huesos propios de la nariz. El estado general es bueno y no se encuentran otros vicios de conformación.

Intervenido en estas condiciones, se traza una incisión en raqueta, cuya parte inferior toma una porción de piel que recubre al tumor, mientras que la rama inferior longitudinal avanza hacia el frontal.

Se diseca la piel y se encuentra un saco meningeo con paredes delgadas. Abierto sale líquido y se constata la presencia de masa cerebral que se hace proeminente á través de la fisura ósea y que para mantenerle reducida es necesario comprimirla con una gasa.

Siendo muy amplio el orificio por donde hace hernia el encéfalo, y no pudiendo reducirse de otra manera, se moviliza por medio de una osteotomía el apophisis orbitario interno y parte del reborde orbitario, consiguiéndose aplicar este fragmento óseo á los huesos propios de la nariz. á los que se les fija por medio de tres puntos, con lo que se obtura el orificio previa reducción de la hernia. Se agrega otro plano de puntos en cadgut sobre las partes blandas subcutáneas. La piel se sutura con crin.

OBSERVACION IX

Hospital de Niños.—Servicio de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas.

Meningo encefalocele occipital.

S. P., 3 días. Niña nacida á término.

La región occipital es el sitio de implantación de un gran tumor congénito, de forma redondeada, y cuyo tamaño es más ó menos iguual al de la propia cabeza de la niña.

Implantado en la parte media del occipital por un pedículo ancho, cuyo diámetro es de 4 centímetros más ó menos, es de consistencia blanda y resistente.

Por la palpación no se sienten latidos ni expansiones. No es reductible.

La piel que lo recubre, lisa y sin cabellos, presenta manchas vasculares cerca de la base. Los cabellos abundantes en la cabeza, se detienen al llegar al tumor, formando una corona alrededor de su base de implantación.

La cabeza de la niña es de dimensiones reducidas, sobre todo en su parte anterior, donde se constata la desaparición casi completa de la fontanela frontal.

Fuera de la malformación apuntada, no se constata otros vicios de conformación.

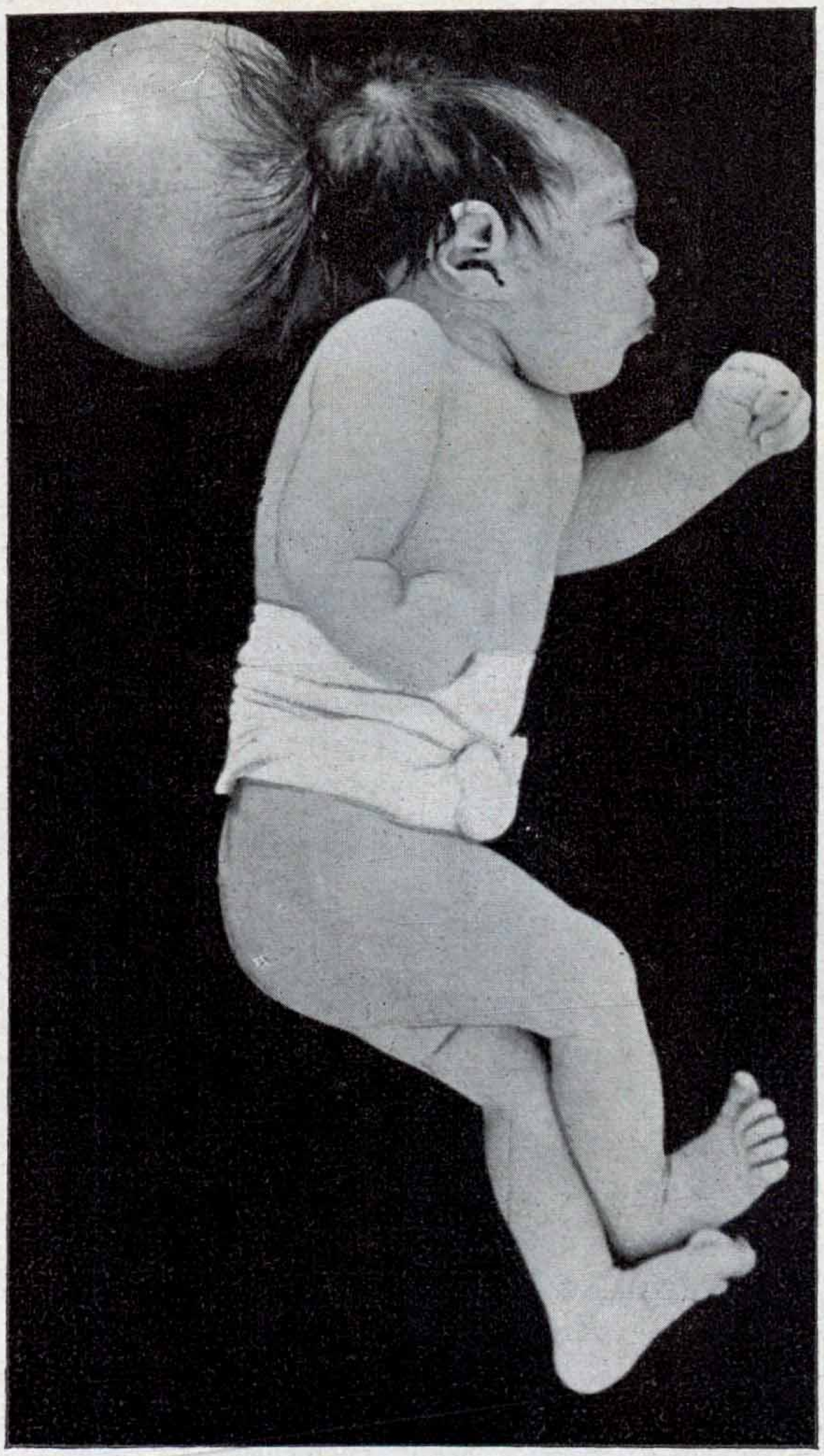
La niña fallece á los tres días sin haber sido intervenida.

La autopsia constata que el tumor estaba constituído por un saco, en cuyo interior y en medio de un líquido sanguinolento existía una substancia en apariencia cerebral, sumamente blanda, más ó menos informe, y sin presentar circunvoluciones bien marcadas.

El hueso occipital á través del cual se establecía la comunicación con el interior del cráneo, presentaba en la línea media, é inmediatamente por encima del agujero occipital, un orificio con bordes lisos y redondeados.

De forma más ó menos ovoidea, este orificio mide

LAMINA III.



Observación IX.

3 centímetros de largo por 2 centímetros de ancho. El extremo inferior del orificio está formado por una bandeleta fibrosa, delgada, de medio centímetro de ancho, la cual separa el agujero occipital del orificio por donde se producía el meningo-encefalocele.

ANIBAL VILLAR.

Buenos Aires, Julio 11 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. J. Sicardi, al profesor titular Dr. D. Decoud y al profesor suplente Dr. R. S. Gómez, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Julio 21 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº 2218 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Porcentage de mortalidad en la operación del meningo-encefalocele.

Sicardi.

II

Resultados lejanos en los operados de meningo-encefalocele.

Decoud.

III

Diagnóstico diferencial del meningo-encefalocele con otros tumores cerebrales.

R. S. Gómez.