

# EL MONITOR MÉDICO.

ORGANO DE LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES DEL CUERPO MÉDICO

PUBLICADO BAJO LA PROTECCIÓN DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Año IX.

Lima, 15 de Octubre de 1893.

Nº 202.

## SECCIÓN OFICIAL.

Academia Nacional de Medicina.

Señor Presidente:

La Sección IVª de la Academia, en el juicio seguido para descubrir la causa del fallecimiento de Manuel Justo, y teniendo en consideración la vista del Sr. Fiscal de la Ilustrísima Corte Superior, corriente á f. 46 v. (cuaderno segundo,) emite el presente dictamen médico-legal sobre el siguiente punto: «precisar si pudo ser la muerte de Justo el efecto de las contusiones que se descubrieron en su persona», y sobre cuya dilucidación se ha solicitado el informe facultativo de la Academia Nacional de Medicina.

Desde luego, señor Presidente, no existe en el presente proceso un solo documento médico-legal en que poder fundar una apreciación concienzuda; pues los reconocimientos periciales han sido practicados por empíricos que, no sólo han carecido de los conocimientos científicos necesarios para ello, sino que ni siquiera han conservado bien el recuerdo de lo que vieron, una vez que se notan contradicciones entre el certificado de f. 10, y las diligencias de ratificación y ampliación de f. 19, 20 y 41 (cuaderno 1.º) Nuestro juicio, por lo tanto, tiene que ser puramente hipotético, y no puede tener el sólido fundamento que sólo pueden proporcionar investigaciones

metódicamente dirigidas por un personal técnico adecuado.

Resulta de los hechos consignados en los autos que:—en la tarde del día dos de Noviembre de 1889, Manuel Justo, que se hallaba completamente *embriagado*, recibió un golpe en la región frontal, que lo derribó en tierra y lo privó del conocimiento por algunos minutos;—que cuando se levantó se dirigió á una casa vecina quejándose de cefalalgia intensa, habiendo vomitado una vez en el camino;—que en la referida casa se separó de sus acompañantes para acostarse sobre un montón de paja, en donde lo hallaron muerto en la madrugada del día tres;—que los empíricos encargados de reconocer el cadáver, encontraron, entre otras insignificantes lesiones, las siguientes:—*una contusión, al parecer hecha por una puñada, en la región frontal; y una contusión, al parecer causada por un puntapié en la zona superior de la región abdominal*, sin que pueda precisarse su sitio por la discordancia que hay entre el certificado expedido por los empíricos y su ratificación y ampliación posteriores. Por último, los mismos empíricos aseguran que la lesión de la cabeza no fué inferida por arma punzante ni cortante.

Discutiremos, en la medida de lo posible, los hechos que dejamos apuntados.

El traumatismo que recibió Justo en el vientre pudo ocasionarle su fallecimiento por rotura de una de las vísceras colocadas en la cavidad abdo-

minal, hígado bazo, etc, no siendo raros los casos de muerte violenta que se registran en la ciencia por la causa indicada. Pero en tales circunstancias se produce una abundante hemorragia, como se observa también la elevación consiguiente del vientre que no notaron los empíricos en el cadáver de Justo, y que es perfectamente perceptible aun para los profanos en medicina.

Además, cuando sobreviene semejante lesión, la muerte es casi súbita, violenta; y en el caso actual trascurrieron algunas horas entre el traumatismo y el fallecimiento; lo que es motivo más que suficiente para eliminar, como causa probable de la muerte de Justo, la rotura de alguna de las vísceras indicadas, como consecuencia, á veces, de la contusión de las paredes del vientre.

Ocurre también la muerte por un golpe en la región epigástrica, sin daño perceptible de las vísceras; y en esta emergencia tiene lugar por inhibición de la acción cardíaca, por parálisis del corazón; pero la muerte es entonces rápida, fulgurante; lo que no aconteció, como sabemos, en el caso en cuestión.

Cuando Justo recibió el golpe en la región frontal, cayó en tierra y perdió el conocimiento por algunos minutos, lo que prueba que se produjo una conmoción cerebral de primer grado, cuyas consecuencias se manifestaron en la cefalalgia intensa y en el atontamiento que acusó después del accidente. Si la contusión hubiera limitado sus efectos á sólo las paredes del cráneo, no habría sobrevenido la pérdida del conocimiento; y si la conmoción cerebral hubiera alcanzado mayor intensidad que la de primer grado, el paciente no habría podido levantarse á los pocos minutos como lo hizo.

Pero esa conmoción se produjo en el cerebro de un sujeto que estaba en pleno alcoholismo agudo; estado morboso que, congestionando fuertemente el encefalo, es una poderosa causa predisponente de rotura de sus vasos; siendo muy frecuentes las hemorragias cerebrales debidas á la embriaguez. Pudo muy bien suceder, en el

caso de Justo, que aunándose el alcoholismo y el traumatismo, ocurriera una hemorragia cerebral, causa última del fallecimiento. Y en apoyo de esta hipótesis tenemos: la persistencia de la cefalalgia, el vómito (que tanto puede referirse á la embriaguez como á la lesión primitiva del cerebro), la impotencia funcional sobreviniente y la muerte pronta.

En virtud de lo expuesto, cree la Sección IV que la muerte de Justo fué debida á una *hemorragia cerebral* dependiente del *alcoholismo*, y que el traumatismo de la región frontal sólo coadyuvó á la hemorragia, lesionando por contra golpe los vasos cerebrales.

Salvo el más ilustrado acuerdo de la Academia.

Lima, Setiembre 12 de 1893.

M. C. BARRIOS.—GERARDO BRAVO.  
—ANTONIO PÉREZ ROCA.—LEONIDAS AVENDAÑO.

## TRABAJOS NACIONALES.

### Traumatismo del cráneo.

POR EL DR. ANTONIO PÉREZ ROCA.

- I. Parálisis del óculo motor común.—Lesiones del pedúnculo y la protuberancia.—Equinococo. II. Parálisis del óculo motor común.—Lesiones de la base del cerebro.—Tubérculos.

El año pasado, con motivo de un informe médico-legal presentado por la Sección IV (1) se suscitó en la Academia de Medicina una discusión sobre la época en que se presentan generalmente los accidentes cerebrales á consecuencia de contusiones del cráneo. Algunos miembros manifestaron, apoyados en observaciones que se registran en obras especiales, (2) que dichos accidentes pueden sobrevenir en épocas algo remotas: uno, dos ó más años, aceptando, no obstante, como raros estos hechos; pues sabido es que

(1) «Monitor Médico,» pág. 328, núm. 190, t. VIII.

(2) *Des suites éloignées des traumatismes du crane*, etc. por J. Tellier. Paris. 1890.

las lesiones, sobre todo inflamatorias, aparecen pronto cuando ocurre una contusión, hasta el extremo de juzgar un autor como excepcional un caso referido de aparición de la flegmasia cerebral tres meses después del traumatismo.

Un caso clínico bastante curioso, y por demás desgraciado, que hemos tenido ocasión de observar, ocurrido en una señorita de esta capital, trae á nuestra memoria la indicada discusión; y vamos á bosquejarlo en sus puntos principales, según nuestros recuerdos, por creerlo digno de consignarse por más de un motivo.

Como el papel patógeno de los traumatismos nunca se ilustrará bastante, agregaremos otra historia que nos ha suministrado textualmente el doctor Odriozola, y que se refiere á otro caso observado por él, en su servicio hospitalario, caso que guarda no pocas relaciones con el nuestro.

### I.

El 14 de Febrero de este año, la Srita, M. I. S., de 19 años de edad, de buena constitución, de excelente salud y sin más antecedentes especiales, según referencias de la familia, que algunos golpes en la cabeza en su niñez, y á lo que atribuían un doble estrabismo interno algo marcado en sus primeros años y que fué desapareciendo con el desarrollo (hasta el punto de ser casi nulo en la época que señalamos), sufrió una caída ese día 14, que lo era el último de Carnaval, á consecuencia del *juego* que, para vergüenza de la civilización, todavía se acostumbra entre nosotros en su forma más grotesca y peligrosa.

He aquí lo que refiere un testigo presencial sobre la manera como se produjo la caída:

El comedor de la casa, que tenía piso de madera, estaba empapado en agua, y al amenazarla uno de los jugadores, la señorita hizo un movimiento brusco de defensa lo que determinó, por lo resbaladizo del suelo, su caída de cuerpo entero, golpeándose toda la región superior derecha de

la cara. Al pretender levantarse, y cuando apenas lo había conseguido, volvió á caer, pero de espaldas, contundiéndose con una silla la parte posterior de la cabeza.

Levantada que fue por varias personas, dijo que había sufrido un vahído al incorporarse después del primer golpe, y momentos corridos decía sentirse bien, salvo el dolor de las contusiones. Como consecuencia próxima sólo tuvo por varios días una equimosis pronunciada en la región malar derecha; pues no hubo ni fractura de huesos, ni rasgaduras de partes blandas.

Este suceso, ocultado en cuanto se pudo, fue casi olvidado por completo.

En los meses de Marzo, Abril y Mayo, la señorita se quejó en varias ocasiones de vértigos y aún vómitos, sobre todo siempre que en la Iglesia, el teatro ó en las mesas de familia había aglomeración de personas, accidentes que atribuía á desórdenes biliosos y procuraba combatir con limonadas de tamarindos. Sólo una vez tuvo jaqueca, según referencias, dolencia común en su familia, pero que en ella no se había manifestado nunca.

Una de las noches de los primeros días de Junio y durante una representación teatral á que asistía, experimentó uno de esos desvanecimientos á que daba escasa importancia, observando en esos precisos días que el párpado superior del *ojo derecho* estaba algo hinchado y un poco descendido. Con este motivo tuvimos ocasión de verla y comprobamos, en efecto, una ptosis incompleta, que cubría casi la mitad del globo ocular, pero sin edema palpebral, ni ningún otro síntoma; é ignorando, como seguimos ignorando hasta última hora, los antecedentes que hemos consignado y siendo, por otra parte, la estación propicia para la manifestación de una de las enfermedades más comunes en Lima, el reumatismo, supusimos desde luego que se trataba tal vez de una parálisis reumática, provocada por las corrientes de aire frío, ya entrada la tarde, á que se exponía frecuentemente por su costumbre de salir desabrugada al balcón

La rebeldía de la parálisis; más aun, su progreso, pues la ptosis se acentuaba diariamente, y las dificultades de aplicar con regularidad las corrientes eléctricas en el domicilio, decidieron que ocurriera la enferma al Gabinete electro-terápico de los Doctores Basadre y Ganoza, donde sospecharon que la naturaleza de la afección fuese histérica, no obstante que en ella jamás se habían observado estigmas de esa neurosis.

Después de varias aplicaciones infructuosas, y con motivo de la aparición de su período catamenial, tuvo que suspender sus visitas al Gabinete y quedarse en casa.

Promediaba entonces el mes de Julio, y á la parálisis del párpado, ya completa, se agregaban algunos trastornos de la acomodación en el ojo correspondiente: había diplopia, dilatación pupilar, algo de estrabismo externo y el globo parecía clavado, estaba inmóvil. La parálisis del óculo motor común (3er par) era evidente y completa.

Desgraciadamente á estos síntomas se agregaron muy pronto otros, para advertirnos la gravedad de la lesión y lo inminente del peligro. Estos síntomas fueron: dolores de cabeza, en las noches primero y despues constantes, aumentando de intensidad á medida que avanzaban los días. Esta cefalalgia podía referirse á la excitación de las partes sensibles del encéfalo: bulbo, protuberancia y pedúnculos; pero por sus accesos violentos parecían gritos del trigémino. Vómitos repetidos y difícilmente dominables, lentitud marcada del pulso y de la respiración, y esta, con frecuencia, entrecortada y suspirosa pareciendo indicar un compromiso del vago quizá por la excitación refleja del bulbo. Sacudimientos de las extremidades y, sobre todo, una parecía marcada del *brazo izquierdo* con sensaciones de hormigueo y entumecimiento, que obligaban á la enferma á solicitar constantemente fricciones en ese miembro.

Todo hacía comprender, pues, que la base del cerebro se hallaba lesionada.

Seis días después de presentado y sostenido este cuadro, sobrevino una síncope ó desmayo, que no presenciámos, y del cual volvió la paciente al cabo de una hora, más ó menos, con trastornos de la inteligencia, conservada casi intacta hasta entonces, y en un estado semicomatoso, lo que indicaba haberse realizado un derrame, ó aumentado considerablemente el que ya existía. De allí pasó al coma profundo y antes de las 12 horas ocurrió la muerte completa de una manera tranquila.

El diagnóstico de la enfermedad, una vez desarrollados todos los síntomas mencionados, no ofreció muchas dudas: porque la clínica enseña que la hemiplegia con parálisis del óculo motor del lado opuesto revela la existencia de una afección del pedúnculo cerebral de este lado. Sabidas son las relaciones íntimas que guarda el óculo motor con la cara interna del pedúnculo, y por eso es fácil comprender que se resienta este nervio de las lesiones que afectan al pedúnculo. La experiencia prueba, como dice Airtz, que este último puede ser designado con certidumbre como sitio de la lesión cuando ella se manifieste por una parálisis del tercer par combinada á otra de las extremidades del lado opuesto. Recordamos también que Charcot ha descrito últimamente con el nombre de *síndrome de Bénédickt*, una afección caracterizada clínicamente por una parálisis del motor ocular común izquierdo, con temblor ó movimientos alternativos de pronación y supinación del miembro superior derecho, y que la lesión correspondiente á este síndrome tiene su sitio en la parte inferior é interna del pedúnculo cerebral del lado de la parálisis ocular. Semejante á este síndrome es el *síndrome de Weber*, en el cual la parálisis ocular está unida, no á un temblor sino á una parálisis que puede afectar la cara y los miembros del lado opuesto. Probablemente como se cree, solo se trata de una diferencia de grado en la lesión anatómica.

La clínica, la fisiología patológica y la doctrina de las localizaciones cerebrales revelaban, pues, en nuestra en-

ferma una afección central del óculo motor comun. El acuerdo fue en efecto unánime entre los médicos que la vieron, y se diagnosticó, en consecuencia, una *lesión del pedúnculo cerebral derecho*, en una zona que comprendía el núcleo de origen del tercer par. La compresión de los filetes sensitivos del trigémino y los desórdenes del vago, indicaban, á su vez, que la lesión era algo extensa y que se hallaba exagerada la presión sanguínea en la base del cerebro.

Pero ¿cual era la naturaleza de la lesión? La edad de la enferma, sus antecedentes personales y los de su familia inmediata, hacían excluir toda idea de cáncer, tuberculosis y sífilis; y como se revelaba en esos angustiosos momentos el hecho de la contusión sufrida en Febrero, más los trastornos á que habia dado lugar, y que no sospechó entonces la paciente que podían relacionarse con su caída que ella misma habia echado al olvido y que sólo recordó en los últimos días al comprender que su cerebro sufría, nada más natural que tomar ese traumatismo como punto de partida para ilustrar la patogenia de su grave y mortal enfermedad.

Existió evidentemente una contusión del cráneo que produjo conmoción cerebral, ateniéndonos á los datos que se buscaron respecto de la caída del 14 de Febrero, y cinco meses después se manifestaba una lesión de uno de los pedúnculos cerebrales.

¿Cómo relacionar estos dos hechos? El camino de las conjeturas estaba expedito. Se sabe que el tercer par puede interesarse en los casos de traumatismos de la cabeza, cuando el choque llega á producir una fractura indirecta en la hendidura esfenoidal ó un derrame sanguíneo de las meninges, capaz de comprimirlo en su trayecto intracraneano; así como, en ciertas circunstancias, puede estar comprometido en su núcleo de origen, en los casos de derrame ó tumor de los pedúnculos cerebrales. En el primer caso, sobre todo, los accidentes pueden ser inmediatos; pero se sabe también que un golpe suele determinar una afección arte-

rial, que algun tiempo después da lugar á la trombosis, como también á la neurismas miliares consecutivos á la endarteritis crónica, en la cual los traumatismos y las caídas desempeñan el papel de causas ocasionales.

No era aventurado, pues, suponer que, á consecuencia de la contusión, se hubieran lesionado por contragolpe algunos capilares sanguíneos, lo que comprometió poco á poco la textura del pedúnculo para dar lugar al fin á los trastornos del óculo motor común; que la lesión se irradiara á otros territorios de la base del cerebro y comprometiese, directa ó reflejamente, el funcionamiento de otros nervios como el trigémino y el vago; que llegó un instante en que las lesiones vasculares en esos tejidos afectados permitieran un derrame sanguíneo en cantidad suficiente para concluir en pocas horas con la existencia de la enferma.

Tales eran el juicio y las conjeturas que nos sugería el estudio del caso en esos momentos. La autopsia debía decir la última palabra.

Al día siguiente del fallecimiento, el 27 de Julio, nos reunimos para proceder á la abertura de la cavidad craneana con los DD. Barrios, Odriozola, Sanchez Concha, Mayorga, (J. M.), que también habian visto á la enferma, el Dr. Matto y los practicantes Bello y Mayorga (W.) internos de hospitales. Descubierto el encéfalo y seccionados los nervios olfatorios y ópticos, que se hallaban intactos, se observó, al levantar la masa cerebral, la presencia de un coágulo sanguíneo que descansaba en parte sobre la silla turca. Puesto el encéfalo sobre su cara convexa, para el mejor exámen de la base, se comprobó que este coágulo de sangre, de forma elíptica y de 6X4 centímetros más ó menos, ocupaba el centro de la base del cerebro, inclinado sobre el hemisferio derecho y que ocupaba el pedúnculo cerebral de ese lado, parte de la protuberancia y las circunvoluciones inmediatas á ambos órganos. Este coágulo, compuesto de sangre oscura, tenía matices grises en algunos puntos y era rojizo en otros. Flotando, por decir así, en la superficie del mencionada

cóagulo había una bolsita esférica, de un centímetro de diámetro, de color amarillento y de aspecto gelatinoso; y como se encontraba completamente aislada pudo levantársela fácilmente y depositarla en la palma de la mano, conservando su forma é integridad. Examinada después con el microscopio por el Dr. Matto, resultó ser una vesícula de equinococo.

Registrada cuidadosamente toda la región enferma se halló que el nervio motor ocular común del lado derecho no existía, que el pedúnculo cerebral del mismo lado estaba casi todo reblandecido y destruido en su porción externa, lo que hacía fácil el acceso al ventrículo lateral, cavidad que se hallaba ocupada por una buena cantidad de sangre coagulada que parecía prolongar el cóagulo exterior, del cual se encontraba separado por un ojal ó garganta, que permitía la introducción del índice en el punto en que se tocan el pedúnculo y las circonvoluciones. La mitad derecha de la protuberancia estaba también reblandecida superficialmente, desgastada en mucha parte y comprometía sobre todo el origen aparente del 5º par ó trigémino. Los huesos del cráneo, y particularmente aquellos más directamente en relación con el cóagulo, no habían sufrido nada, pues apesar del escrupuloso exámen, no pudo encontrarse la más ligera huella de fractura ó hendedura,

La autopsia, como se vé, había confirmado plenamente el diagnóstico que se había hecho, pero nos revelaba la presencia de una hidátide imposible de sospechar en vida de la enferma, cosa que no es de extrañar, pues Strumpel ha dicho que sólo puede suponerse la existencia de cisticercos en el cerebro, cuando los síntomas se presentan en un individuo cuya profesión (carnicero) autoriza á creer en la posibilidad de una infección, ó cuando en los momentos en que se le examina lleva una tenia, ó cuando notoriamente consta que ha arrojado una en otra época, ó cuando se ha descubierto cisticercos en otros órganos y particularmente en la piel. Lo mismo cabe decir de los equinococos. El Dr. Matto nos refirió á

este respecto, que haciendo la autopsia, en su calidad de médico de policía de esta capital, de un individuo que sucumbió á consecuencia de un alcoholismo agudo, encontró en el cerebro gran número de quistes de equinococos.

Surge la duda, ahora, de si esa vesícula de equinococo ha podido ser la única causa patógena, no dando ninguna importancia á la doble contusión de la cara y cráneo, bastante serias hasta el extremo de producir una conmoción cerebral. A nuestro parecer, ambos factores son responsables de la muerte de la enferma y vamos á intentar relacionar esas concausas.

Es sabido que la hidátide contiene las granulaciones llamadas *equinococcus*, que no son sino las larvas de la *tenia equinococcus*. Los huevos de esta tenia, propia del perro doméstico, diseminados al acaso é ingeridos con los alimentos, llegan á las vías digestivas donde se rompen sus cubiertas, y los embriones, absorbidos por los vasos, son llevados por la circulación á los parénquimas ú órganos donde se desarrollan en la forma de hidátide. Que este desarrollo es tan raro en el cerebro como frecuente en el hígado, y que puede pasar mucho tiempo inadvertido sin producir trastorno ninguno, pues su papel patógeno no comienza sino cuando por su número, su volumen ó la ruptura de la vesícula compromete alguna función.

El profesor Tillaux ha comprobado suficientemente que los traumatismos tienen una influencia real sobre la génesis de los hidátides, no porque ellos los produzcan sino porque los individuos que tienen equinococos en su sangre están muy predispuestos á tener hidátides cuando ocurre un traumatismo. En efecto, la infección puede estar latente y el traumatismo interviene por el impulso que imprime á un quiste preexistente ó como causa de atracción y localización para los gérmenes que emigran del conducto intestinal. En una lección clínica del indicado profesor se halla nn caso muy interesante que comprueba esa influencia. Otros clínicos, como Frerichs, Terillon

y Kirmison, citan también hechos concluyentes.

Ahora bien, podría aventurarse la siguiente hipótesis para el caso que nos ocupa.

Circulando en la sangre de la Srta. M. I. S. embriones de equinococos, ingeridos quien sabe cuándo y cómo, encontraron en los vasos del cerebro, lesionados por efecto de la contusión, una fácil salida, en virtud del conocido principio *locus minoris resistentiæ*, y de allí la formación precisa de la hidátide en la masa cerebral. Su presencia contribuyó probablemente, adquirido ya el volumen que tenía, á precipitar el término fatal, obrando como cuerpo extraño, como estímulo para alterar más profundamente las funciones de órganos tan importantes cuanto delicados. Pero separar de una manera clara y definida la responsabilidad del equinococo es algo difícil, por no conocerse bien todavía los síntomas especiales que despierta su presencia en el cerebro; pues, como hemos dicho, su desarrollo en ese órgano es raro. Según la estadística de Finsen, que comprende 255 casos, se ha presentado 176 veces en el hígado, 145 en la cavidad abdominal, 7 en los pulmones y sólo 4 veces en la cabeza; y en el supuesto, á que nos inclinamos menos, de que la hidátide existiera antes del traumatismo, la contusión habría favorecido entonces su desarrollo, impulsando la vitalidad de sus gérmenes.

He aquí el otro caso, cuya historia nos ha proporcionado el Dr. Odriozola, ocurrido en el hospital «2 de Mayo».

## II

«Epifanio Camarzo de 19 años de edad, entró á la Sala de San Roque el 30 de Setiembre á ocupar la cama N° 51.

En época anterior, Camarzo se había asistido en nuestro servicio, de una influenza con complicaciones bronquiales mediocres.

En el mes de Agosto ingresó á la Sala de las Mercedes, servicio del Dr. Villar, de donde fué trasladado al nuestro.

En los primeros días nada de particular llamó nuestra atención; había una ligera fiebre acompañada de saburra gástrica y de cefalalgia moderada. A los diez días de permanencia en la Sala nos sorprendió la existencia de un ptosis del párpado derecho con dilatación pupilar; circunstancia que nos obligó á concentrar nuestra observación y hacerle un minucioso interrogatorio. Entonces nos declaró que en el servicio del Dr. Villar había sufrido un golpe, cayendo sentado, de una escalera, de la altura de un metro. El choque había sido bastante violento para producir pérdida de conocimiento por algunos instantes y vómitos poco después. El enfermo permaneció desde entonces bajo la impresión de vértigos constantes. No bien habían trascurrido algunos días cuando se declaró un movimiento febril acompañado de náusea y constipación. En estas condiciones se presentó en nuestro servicio.

Los fenómenos que aparecieron en el ojo derecho nos preocuparon entonces mucho y tratamos de profundizar nuestro exámen hasta donde nos fuera posible.

Con la caída del párpado y la midriasis inalterable á la acción de la luz, observamos un estrabismo externo perfectamente marcado, con diplopia. La cefalalgia se había exacerbado, la náusea iba acompañada de frecuentes vómitos. En el brazo izquierdo había una visible disminución del poder dinámico. La sensibilidad al tacto era normal, no así la de la temperatura y dolor que habían disminuido. En los miembros inferiores no había nada de notable. La fiebre se mantenía entre 38° y 39°.

En los días sucesivos todos estos síntomas fueron acentuándose, hasta que sucumbió el 30 de Octubre en coma.

La existencia de estos trastornos, tan bien limitados y tan notables, nos pusieron en el caso de aceptar una lesión de la base del cerebro, que comprometía el tronco *del motor ocular común* del lado derecho, interesando al mismo tiempo el pedúnculo cerebral ó protuberancia del mismo lado.

El exámen de los pulmones nos demostró la existencia de masas tuberculosas en estado crudo, y esto era una muy fundada presunción en favor de la naturaleza tuberculosa de las lesiones cerebrales.

*Autopsia.*— Las meninges estaban anormalmente inyectadas de sangre. Examinado el cerebro en su base, se encontró un exudado que cubría el espacio interpeduncular, de color amarillento, intimamente adherente. El motor ocular común derecho, en donde era más abundante el exudado, presentaba inmediatamente en su origen aparente manchas equimóticas bajo el neurilema; el pedúnculo del mismo lado estaba salpicado de muchas manchitas miliares producidas por la inyección vascular, que avanzaban hasta la mitad del cordón. La protuberancia estaba totalmente inyectada, pero mucho más el lado derecho. Los tubérculos cuadrigéminos estaban cubiertos por un espeso exudado amarillento; el tubérculo posterior derecho presentaba un foco hemorrágico que comprometía todo el espesor del pequeño órgano, continuándose una abundante inyección sobre el pedúnculo cerebeloso superior del mismo lado.

En las cisuras de Sylvius había granulaciones tuberculosas evidentes, que daban al tacto la sanción de arenilla.

Nada encontramos en el esqueleto del cráneo.

Los pulmones estaban llenos de tubérculos crudos.»

Salta á la vista la analogía que existe entre estos dos casos, cuya evolución reconoce por punto de partida un traumatismo, directo en el primero, indirecto en el segundo; pero de suficiente intensidad para comprometer el órgano encefálico, como lo atestigua la conmoción cerebral perfectamente comprobada. El cuadro clínico en ambos es también de notable semejanza, sobre todo por la localización de los síntomas, no obstante que un proceso evolucionó con fiebre, y el otro, por el contrario, con hipotermia. Las lesiones sospechadas en vida se confirmaron en la autopsia, como las alteraciones

del pedúnculo cerebral derecho á que debía atribuirse la parálisis del motor ocular común, gráficamente manifestado en ambos casos, pero mientras en uno las alteraciones eran más profundas y circunscritas, en otro eran menos graves pero más extendidas, más generalizadas en todo el encéfalo, recordando, en lo que respecta al pronóstico, lo que acontece con las quemaduras, que el peligro es tanto mayor cuanto más espacio tegumentario se halla invadido.

Ambos casos, por último, son muy instructivos por la relación que se establece entre las lesiones y el traumatismo: implantación y desarrollo del equinococo en uno y evolución del bacilo tuberculoso, en otro.

Queda, pues, demostrada una vez más la influencia funesta que ejercen los traumatismos en la manifestación de las enfermedades latentes; así como la dificultad de prever las consecuencias de las contusiones del cráneo y la época de su aparición.

## REVISTA EXTRANJERA.

Sociedad de Medicina de Berlin.

LESION MÚLTIPLE Y UNILATERAL DE VARIOS NERVIOS.

El Dr. ASCHER: La enferma que aquí presento no tiene antecedentes hereditarios que se relacionen con su padecimiento actual. En cambio, un hijo suyo es epiléptico.

Hace un año sufrió una caída: estuvo veinticuatro horas sin sentido; y á los tres meses comenzó á notar que estaba flácida la mitad derecha de la cara y se cerraba el ojo del mismo lado.

En la exploración se recogieron los datos siguientes: en el lado derecho de la cara el carrillo péndulo; borrado el pliegue naso labial; aplanados los músculos masetero y temporales; lesiones tróficas en la región frontal y destrucción ulcerosa de la mitad de la nariz. No se puede levantar el párpado. Parálisis casi completa del motor ocular

común; el iris no reacciona ni con la luz ni con el movimiento de convergencia. Insensibilidad total de esta mitad de la cara y atrofia de sus músculos temporal, masetero y pterigóideo. Parálisis del nervio facial en todas sus ramas de la cara: atrofia evidente de la mitad derecha de los labios. Los dientes se van cayendo sin producir dolor. El oído se conserva bastante bien. Hay excitación del vago. El hipogloso ocasiona una ligera desviación de la lengua. Existe el reflejo rotuliano.

Estos casos son rarísimos, y en el presente se debe suponer que con la caída se produjo una hemorragia en el dominio del nervio facial y después un proceso inflamatorio que también se propagó al núcleo del otro lado.

#### TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO.

El Dr. Lassar, después de exponer algunas consideraciones sobre la terapéutica del cáncer cutáneo, sin operación, refiere casos sometidos con éxito al empleo de los arsenicales, y presenta á la Sociedad algunos de estos enfermos.

Termina diciendo que en vista de que en estos casos la marcha invasora del mal se detuvo y hasta retrogradó con el arsénico, no cabe pensar en una curación espontánea; tanto el curso del mal como la brevedad del plazo en que se inició la mejoría, son una demostración palmaria de que hay correlación entre el empleo del medicamento y la desaparición del tumor.

#### XII Congreso de Medicina en Wiesbaden

*Celebrado del 12 al 15 de Abril de 1893.*

##### DE LAS NEUROSIS TRAUMÁTICAS

El Dr. STRUMPELL: Se entiende bajo esta denominación los fenómenos nerviosos generales que sobrevienen después de un traumatismo; es decir, un grupo de enfermedades, no una sola enfermedad. No me ocuparé de las neurosis traumáticas puramente locales.

La parte afectada es asiento y punto de partida de las sensaciones subjetivas anormales; los dolores se irradian, y generalmente hay también debilidad motora. Estas molestias locales van acompañadas de trastornos neurasténicos generales que no siempre son fáciles de inquirir. Los trastornos objetivos son poco considerables comparados con los que al parecer molestan al paciente. Todos los órganos se encuentran en estado normal y únicamente la exploración del sistema nervioso revela un humor triste, anestesia cutánea, visual, del oído y del olfato, parestias y síntomas vaso-motores de todo género. No siempre existen todos estos fenómenos, y á veces faltan por completo.

Su causa íntima se creyó por algunos que era el mismo traumatismo produciendo desgarraduras musculares ó nerviosas, contusiones, etc. Pero esto no es una neurosis traumática. Luego se supuso que el origen de todo era una conmoción general de todo el cuerpo, y en especial, del encéfalo; pero si esta etiología es probable en algunos casos, no lo es en el mayor número.

La verdadera causa está fuera del traumatismo; la neurosis traumática es histerismo ó neurastenia. El histerismo, los dolores histericos, las anestias y las convulsiones, son trastornos psíquicos que se exteriorizan por trastornos aparentemente orgánicos. Para el histerismo se requiere casi siempre una predisposición congénita; pero para que estalle la enfermedad falta generalmente un impulso exterior que obre sobre la conciencia con cierta energía. Así es que en la neurosis traumática bien podían no intervenir más factores etiológicos que los de orden psíquico, y por lo tanto, no sólo el choque ó pasmo del momento, sino el cuidado del porvenir de la familia, la idea de una larga temporada sin trabajo, etc. Esta y otras alteraciones de carácter psíquico, más frecuente por lo mismo que los interesados suelen pertenecer á la clase obrera, nos explican que los fenómenos morbosos tengan algo de paradójico y de voluble. Y también el modo de explorar influye, por sugestión, sobre la aparición y desarrollo de los llamados síntomas objetivos.

La neurosis traumática es lo mismo que decir histerismo ó neurastenia. El nombre es puramente colectivo y son precisos en cada caso una exploración muy detenida y un diagnóstico diferencial. Schulze tiene razón cuando dice que á veces se reputan como neurosis traumáticas, enfermedades

enteramente distintas que pueden presentar un síndrome análogo. Además, es muy frecuente que se reúnan graves lesiones orgánicas y afecciones psicogénicas. Se debe conceder la existencia de finas alteraciones de la substancia nerviosa en las conmociones del cerebro y de la médula; pero la atrofia no pertenece á estas afecciones. Seguramente hay simulación en muchas de ellas, pero no simulación total que es muy difícil, sino exageración; en tales casos es difícilísimo emitir un juicio cierto del caso ante las autoridades. Así es que el médico debe caminar con mucho tiento en el cálculo de la indemnización que proceda. El trabajo es el mejor medio curativo en tales casos.

A fuerza de trascurrir años enviando al paciente de uno á otro médico, llega á veces á arraigarse la enfermedad.

El Dr. WERNICKE (de Breslavia): He visto unos 100 casos, de los cuales 61 son la base de lo que voy á decir.

Los padecimientos funcionales nerviosos deben también tener una base material y es un error contraponer la neurosis á las afecciones orgánicas de la médula espinal. Con razón dice Schulze que con el diagnóstico de neurosis no se ha hecho nada. Oppenheim considera también el nombre propuesto como una agrupación colectiva; igualmente existen formas mixtas.

Neurosis traumática es toda neurosis ó neuro-psicosis sobre base traumática.

He de censurar que se esquematice hasta el punto de forzar los hechos y obligarlos á ajustarse á las subdivisiones, y gr., de forma anestésica, histérica é hipocóndrica, por que hay conceptos, como el de la neurastenia, que ya comprenden demasiado.

No existe una teoría que explique todos los síntomas. Oppenheim interpreta las parálisis como pérdidas de imágenes recordadas por los movimientos voluntarios y recurre á los centros corticales sensitivos y motores. Yo soy de esta opinión: no niego los hechos, pero sí su interpretación.

La teoría de Strümpell y Charcot iguala la neurosis traumática al histerismo de este origen. El histerismo es la pérdida de la facultad de reprimir todas aquellas sensaciones morbosas antes mencionadas. Hasta ahora abarcaba la denominación de histerismo, afecciones del cerebro, de la médula y de los nervios periféricos. Charcot redujo su campo, pues según él, es una enfermedad perfectamente determinada. Pero sea de ello lo que quiera, la mayor

parte de los casos de neurosis traumática no pertenecen al histerismo.

Yo no acepto las nuevas doctrinas de Charcot. Este autor ha tomado como base casos demasiado graves; pero en la mayor parte de los leves, faltan los estigmas histéricos. El cuadro de Charcot es demasiado reducido; acaso depende esto de que en Alemania sean raros los casos tan graves, como los que describe dicho autor. Pero tampoco es cierto que la sugestibilidad de una persona sea prueba de que es histérica.

La histeria de Strümpell no es ninguna enfermedad mental. A mi juicio, en la mayor parte de los síntomas hay exageración de parte del sujeto, realmente enfermo, el cual, según esto, es un hipocóndriaco.

Hay métodos de investigación, que realmente producen sugestión en el paciente y también creo que la simulación es rara, y en cambio frecuentísima la exageración. Los síntomas objetivos, como el temblor muscular y los trastornos del lenguaje, claro es que no se pueden fingir; también es cuestionable el síntoma de Mannkopf; con respecto á los de Rumpf y Eulenburg, aun no he terminado mis investigaciones.

El tratamiento tiene por objeto colocar al sujeto lo más pronto posible en las condiciones hijiénicas más favorables. El alargar el proceso de indemnización es perjudicial para el enfermo. Creo que las leyes deben castigar la simulación. En la evaluación de la indemnización, debe poder intervenir cualquier médico.

El Dr. Hitzig, de Halle, expone un caso de neurosis traumática en que se demuestran las malas consecuencias de la excesiva duración de las actuaciones judiciales. Su opinión se acerca á la de Strümpell, pero se separa de él en las subdivisiones de estas neurosis. Con razón dice Wernicke que el dominio de la neurastenia va cada vez creciendo más á expensas de las demás afecciones nerviosas. Se deben distinguir tres grupos de neurosis traumática: en primer lugar las hipocóndricas y después las neurasténicas y las histéricas. La hipocóndria es una depresión del espíritu, que se preocupa del estado del cuerpo. Coincide en ella la forma hipocóndrica de las neurosis traumáticas, cuyos síntomas consisten todos en el falseamiento de las sensaciones internas. Las formas más frecuentes son las mixtas. Es muy común que no exista ningún síntoma objetivo, y hasta es un error





pretenderlos hallar en muchos casos, puesto que aquí ocurre como en las psicosis.

El Dr. BRUNS (de Hannover): Sin prueba plena, que en las neurosis traumática casi nunca se puede obtener, no se debe asegurar que un sujeto finge.

El Dr. BAUMLER (de Friburgo): El establecimiento de las neurosis traumáticas, como un concepto colectivo, representa un progreso. Los síntomas psíquicos se convierten en objetivos trascurrido cierto tiempo: un brazo con parálisis histérica antigua, se pone frío, pálido, sus músculos se atrofian, etc. Para formar juicio á cerca de la simulación, se necesita una estadística más numerosa de la que existe. Yo he visto casos indudables de simulación. En el tratamiento de estas neurosis, lo más importante es levantar el ánimo del enfermo.

El Dr. SANGER (de Hamburgo): El conjunto sintomático de la astenopía nerviosa, no sólo se presenta en los neurasténicos, sino también en las neurosis traumáticas, yendo ó no acompañado de una reducción visual. Ambos síntomas son objetivos, y yo no creo que se pueda reducir este campo por sugestión, sino por cansancio.

El Dr. HOFMANN (de Leipsik): La ley de indemnizaciones es el terreno que ha hecho prosperar la planta de la neurosis traumática. El tratamiento de éstas ofrece hoy mejores auspicios, especialmente en la forma neurasténicas; en las otras, es peor el pronóstico.

El Dr. JOLLY (de Berlín): No estoy conforme con Wernicke en que el histerismo no es una enfermedad mental, porque los histéricos no están sometidos á tutela. Estos enfermos fingen á menudo con toda conciencia, pero es también muy frecuente que se provoquen síntomas más graves con medios violentos como la electrificación fuerte. Creo que el nombre de neurosis traumática no es bueno ni en singular ni en plural; en formas mixtas no hay nada que se pueda considerar como característico de tales neurosis. Esta denominación se debe abandonar por lo tanto.

El Dr. ZIEMISSEN (de Wiesbaden): La neurosis traumática siempre está en conexión con el primer traumatismo, que es el punto de partida de donde toma su origen la afección nerviosa. Así que en el tratamiento se debe practicar el amasamiento del sitio lesionado.

El Dr. LENHARTZ (de Leipsik): El mal pronóstico que hasta ahora se asignaba á estos males, influyó muy desfavorable-

mente en su marcha. El tratamiento debe ser, según esto, principalmente psíquico. La predisposición nerviosa desempeña un gran papel, y también el alcoholismo.

El Dr. Unverricht (de Madegburgo), habla de la simulación, que dice ser frecuente, y del narcotismo clorofórmico ligero, como medio de descubrirla.

El Dr. SCHULZE (de Bona): El pronóstico es variable, á veces, malo. En Bona no es tan frecuente la reducción del campo visual, como dicen haber observado en otros sitios. El nombre de neurosis traumática es supérfluo. La simulación es difícil de probar con seguridad, pero es más frecuente de lo que creen algunos observadores.

El Dr. Wernicke, distingue: *a*, traumatismos puramente emocionales sin lesión local; y *b*, traumatismos puramente locales con ó sin traumatismo psíquico. En los primeros son frecuentes las reducciones del campo visual y las hemianestias; en los segundos, faltan casi siempre, y cuando no hay traumatismo psíquico, siempre. — R. DEL VALLE.

(*Revista de Medicina y Cirujía práctica de Madrid.*)

#### El clorato sódico en el tratamiento del cáncer.

En el «Congrés de l' Association pour l'avancement des sciences—Besançon,» sesión de 9 de agosto pp.—M. Brissaud expuso los buenos resultados obtenidos en cinco cánceres del estómago tratados con el clorato sódico. Conocida la acción específica del clorato potásico sobre los epitelomas de la boca y del ángulo interno del ojo, creyó preferible, en los cánceres del estómago, el clorato sódico por ser menos tóxico y más soluble que el potásico, pudiéndose emplear en solución muy concentrada.

La dosis es de 8 á 10 gramos por día pudiéndose ir aumentando hasta 16 gramos, no cesando hasta que hayan desaparecido los vómitos y hematemesis y que sea muy marcada la mejoría. Se disuelve en 100 gramos de agua y se da, á cucharadas de las de café, durante las 24 horas.

La única contraindicación es si existe albuminuria, aun que sea ligera.

Bajo la influencia de este medicamento, Mr. Brissaud ha visto cesar las melenas y las hematemesis, desaparecer la caquexia y borrarse el tumor en algunas semanas.

El autor sólo cree puede lograrse la curación en los cánceres del estómago bien lo calizados, pero nó si se han propagado á otras vísceras y especialmente al hígado.

En la misma sesión, Mr. Lépine añadió que conoce algunas curaciones de cáncer debidas al clorato potásico, y que reconoce ventajas al método de Brissaud, por poderse emplear el medicamento en disolución más concentrada lo que permite ejercer una acción tóxica sobre el cáncer del estómago. Sólo teme que la dosis de 16 gramos sea demasiado elevada, por la posible formación en la sangre de la metemoglobina tóxica.

### Peligro y contraindicación de la morfina en la asfixia de la angina de pecho.

Según el Dr. Huchard, en la angina de pecho debe concederse más importancia al síncope que al dolor, pues que en muchos casos causa la muerte la disnea con edema pulmonar. Por esto aconseja que en vez de perder tiempo combatiendo el dolor por la morfina, se den repetidas inyecciones de éter, de cafeína, de trinitrina y que se haga inhalar al enfermo el nitrito de amilo.

Bethelheim ha producido experimentalmente esta forma de angina de pecho. Comprimiendo la arteria coronaria anterior, se observa que disminuyen las contracciones del ventrículo izquierdo, el derecho sigue funcionando y al poco tiempo se presentan edema pulmonar y asfixia.

### La cocaína en la terapéutica del corazón.

Acerca de este asunto ha publicado un trabajo en *La Medicina Contemporánea*, el Dr. D. Carlos Mangano, del cual transcribimos las siguientes conclusiones:

1.º La cocaína, como anestésico y desingurgitante local, en dosis prudentes, con vigilancia escrupulosa de sus efectos, y evitando su difusión ó absorción, no ofrece contraindicaciones absolutas en ningún caso.

2.º La cocaína como paralgésiante, es insegura y peligrosa, sobre todo en el cardiopático.

3.º Sus indicaciones como estomáquico son limitadísimas, y proscribible en los sujetos enfermos del corazón, y quizás hasta en los que lo tienen sano.

4.º Como tónico cardio-vascular, sólo merece la más completa y enérgica reprobación. Es un veneno cardíaco.

5.º La eliminación es bastante rápida, de cuatro á doce horas: los efectos sobre el centro circulatorio desaparecen, en relación con las dosis empleadas á las dos ó más.

6.º El contraveneno por excelencia de la cocaína, una vez absorbida, es la cafeína en inyecciones ó administrada por la vía gástrica.

La importancia de los fenómenos tóxicos sirve para regular la dosis del antídoto, que no es temible nunca por sí, pudiendo en todo caso moderarse su influencia y unirlo al sulfato de esparteína.

7.º La cocaína impura es terriblemente peligrosa para el corazón (isatropylococaina).

(*Gaceta sanitaria de Barcelona*)

## BIBLIOGRAFÍA.

*The 27 th annual report of the Dr. Barnardo's Homes. London, 1893.*

I *Address on Hygiene, by prof. SAMUEL G. DIXON, M. D. Williamport. P. A. (U. S.) 1893.*

II *The bile salts, urea, etc. as therapeutic agents—Clinical lecture by id.*

I *Traitement du pied bot varus equin par l'ablation de la plupart des os du tarse. Communication à l'Académie de médecine.*

II *De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol en chirurgie,*

par le Dr. JOST CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint Louis. Paris, 1893.

*Consideraciones sobre el exclusivismo de las teorías de la inflamación, por el Dr. JOSÉ TORRES MATOS. Habana, 1893.*

SUMARIO.—**Sección Oficial:** Academia Nacional de Medicina.—**Trabajos Nacionales:** Traumatismo del cráneo;—Cuadro de la mortalidad de Lima en el mes de Setiembre.—**Revista Extranjera:** Lesión múltiple y unilaterial de varios nervios;—Tratamiento del cáncer cutáneo;—De las neurosis traumáticas.—El clorato sódico en el tratamiento del cáncer;—Peligro y contraindicación de la morfina en la asfixia de la angina de pecho;—La cocaína en la terapéutica del corazón.—**Bibliografía.**