

sostenida y variada, lo suficiente pequeña para que la operada siguiese orinando espontáneamente y lo suficientemente grande para empapar de orines el taponamiento abdominal, produjo fenómenos toxiinfecciosos que mataron a la enferma al sexto día, no obstante de haber utilizado el amplio drenaje, la posición declive, la inyección rectal de suero gota a gota, etc.

En mi concepto, las conclusiones que de lo dicho se imponen son las siguientes:

Si la indicación de terminar un parto por la vía abdominal se presenta, se practicará la cesárea abdominal clásica, si no hay infección; la cesárea extra-abdominal, si la infección se sospecha, pero no es evidente; la cesárea seguida de histerectomía si la infección es manifiesta.

HE DICHO

### RECTIFICACION

Celebro y agradezco vivamente la intervención de los doctores Esquerdo (don Alvaro) y Proubasta, pues, aparte del respeto que merecen sus ilustres personalidades y de las frases de aprecio que inmerecidamente me han dirigido, expresan de un modo perfecto el sentir profesional respecto de la intervención que nos ocupa.

Comparto con ellos la opinión de que las facilidades técnicas de la cesárea conservadora serán motivo de que se tengan por ella preferencias, pero me ratifico igualmente en que todo cuanto se haga para aislar el peritoneo del contacto con los líquidos procedentes del huevo es por completo ilusorio, de modo que si el caso fueré séptico la peritonitis puede considerarse como una consecuencia obligada. Siendo séptico el huevo y abriendo el útero por zona no peritoneal, la infección localizada que se produzca no tendrá nunca una gravedad comparable a la que motivará su desarrollo en la gran serosa.

Y por último, que, además de su condición de extraperitoneal, no puede desdeñarse la ventaja de que la incisión se practique en el segmento inferior y en una atmósfera conjuntiva.

Accidentes y fracasos ocurren en todas las intervenciones quirúrgicas debidos unos a circunstancias fortuitas o imprevistas y otros dependientes del mismo operador por impericia, por descuido y aun también por exceso de confianza en su arte; la operación cesárea extraperitoneal no es ni mucho menos una intervención temeraria: es hoy aún una técnica nueva; dándole beligerancia, estudiándola, podremos más adelante formular un juicio definitivo que ahora quizá fuera prematuro.

Sesión Científica del día 25 de Mayo de 1918

PRESIDENCIA DEL DOCTOR VIURA Y CARRERAS

## Un caso de Epilepsia jacksoniana curado (?) por la operación

POR EL DOCTOR CARDENAL

SEÑORES:

Me he permitido molestar vuestra atención unos breves momentos en la sesión de esta noche, haciendo uso del privilegio que concede el Reglamento a la presentación de enfermos, y a pesar de no haber podido anunciarse la presentación en la convocatoria a la sesión; porque se trata de un caso sumamente interesante, no de gran frecuencia entre nosotros, y porque el sujeto del mismo debe ausentarse en breve de Barcelona para volver a su país. Mi objeto es, además, conocer vuestra opinión sobre el tratamiento y el pronóstico de esa clase de enfermos.

El caso es el siguiente: Francisco Ferrer Berenguer, de 22 años y sin antecedente morboso ninguno, sufrió a los 8 de edad un fuerte traumatismo en la cabeza, por haber caído sobre ella de una altura

de cuatro a cinco metros. El accidente fué seguido inmediatamente de pérdida del conocimiento durante un número considerable de horas, y de afasia durante más de cuarenta horas, al cabo de las cuales pudo empezar a articular algunas palabras, hasta restablecerse por completo la integridad funcional. La curación de la herida, según relación del paciente, no fué completa hasta al cabo de un año, habiéndole sido extraídos durante ese período algunos secuestros de la misma. Desde esa fecha hasta ocho años después la salud del paciente no dejó nada que desear.

A los ocho años del accidente traumático apareció el primer ataque de epilepsia *durante el sueño*, y a partir de esa fecha los ataques se repitieron, haciéndose más frecuentes, hasta llegar a presentarse cada día y pasando raramente más de ocho sin ellos.

En ese estado, y notablemente alteradas sus facultades intelectuales por la frecuente repetición de los ataques, se presentó a nuestra observación, ingresando en nuestro servicio del Hospital, en febrero del corriente año.

En esa época el paciente no presentaba alteración ninguna de su sensibilidad táctil, térmica ni sensitiva; era normal su motilidad fuera del período de los accesos, pero ofrecía cierta pereza intelectual y dolores difusos de cabeza muy frecuentes. Al examen del cráneo se descubría en seguida una depresión notable al nivel de la región fronto-parietal izquierda (correspondiente al punto en que sufrió el traumatismo 14 años antes), depresión que alcanzaba una zona de unos seis centímetros de diámetro. El ataque se iniciaba por una sensación de hormigueo en la mano derecha, seguida de inclinación de la cabeza hacia el lado sano, contractura de los músculos faciales del lado derecho, y contracturas clónicas de ambas extremidades del lado derecho, que se convertían en tónicas y acababan por generalizarse a todo el cuerpo, aunque sin notable producción de espuma ni mordedura de la lengua. El ataque solía durar de 2 a 5 y hasta 15 minutos.

En ese estado, y siendo los accesos sumamente frecuentes en aquellos días, se practicó la primera intervención el día 12 de marzo. Esta consistió en una extensa craniotomía, formando un gran colgajo de hueso en el que quedaba comprendida toda la zona deprimida del cráneo. Se practicaron cinco taladros con la fresa de Doyen, se unieron unos a otros por medio de la sierra de Gigli, se rompió el pedículo óseo al nivel de su base inferior y se puso al descubierto la dura madre en una extensión considerable y correspondiente a la mayor parte de la zona pre-rolándica izquierda. Aunque no se halló ninguna lesión de la cara profunda del hueso que explicara los desórdenes clínicos, como quiera que la dura madre, que apenas latía al ponerla al descubierto, pareció latir algo más al cabo de algunos minutos, decidimos no abrir en aquel momento las meninges, tanto por ver si la decompresión obtenida por la extensa resección craneal bastaba a modificar las condiciones de circulación encefálica, como por el hecho de que las intervenciones intracraneales son siempre muy graves practicadas en un solo tiempo, y dejan de serlo cuando se hace mediar algunos días entre la resección de la pared ósea del cráneo o la simple craniotomía y la abertura de las meninges.

El enfermo no presentó reacción ninguna importante después de esa primera intervención craneal y pasó los ocho primeros días siguientes a ella sin ataque epiléptico; pero a partir de ese día volvieron éstos a presentarse con frecuencia variable y acompañados de algunos dolores de cabeza. La herida operatoria se curó por primera intención, uniéndose perfectamente los bordes cutáneos: el hueso había sido retirado por completo ya en el acto operatorio.

En vista de lo que precede se procedió a la segunda parte de la intervención al mes justo de la primera, es decir, el día 12 de abril.

Esa intervención resultó sumamente interesante. Levantado el colgajo cutáneo de la primera intervención, se halló la duramadre normal, como entonces, y con escasísimo latido. Se abrió dicha membrana en forma de colgajo, algo menor que el cutáneo, y se puso al descubierto la superficie del cerebro, al nivel de la región pre-rolándica. No se percibieron tampoco en toda la zona descubierta alteraciones que pudieran explicar los desórdenes clínicos, ni dureza especial localizada que permitiera sospechar la existencia de un quiste de la substancia subcortical. A pesar de eso y decidido a apurar la exploración hasta donde lo permitiera la integridad del cerebro, introduje una aguja tubular en la masa encefálica, a unos tres centímetros de la línea media o seno longitudinal y en dirección hacia abajo y atrás; a unos tres centímetros de profundidad salió por la aguja, con bastante presión, un líquido enteramente transparente y límpido e incoloro, en una cantidad muy superior a la que parecía posible existiera en el departamento superior del ventrículo lateral, hasta tal punto, que me hizo decidir a substituir la aguja por un tubo de drenaje, de cristal, de unos cuatro milímetros de diámetro. Por dicho tubo continuó manando el líquido sin cambiar en lo más mínimo su aspecto, no solamente durante el resto del acto operatorio, sino durante los días consecutivos a él hasta hace poco. Pregunto yo ahora: ¿la aguja exploradora y luego el tubo de cristal que la siguió por el mismo trayecto, penetró en el ventrículo lateral o en un quiste porencefálico consecutivo a un foco de encefalitis post-traumático? Es muy difícil decidirlo, por más que parezca inverosímil. Desde luego he de confesar que falta el

análisis del líquido extraído, que pudiera quizá haber suministrado alguna luz y que no pudo verificarse por la carencia de instalaciones científicas auxiliares de que adolecen desgraciadamente nuestros hospitales y la escasísima confianza que me merecen los análisis verificados por personas no dedicadas exclusivamente a esa clase de trabajos con exclusión de todos los demás. Pero es muy posible que el análisis nos hubiera dejado en las mismas dudas, puesto que el contenido de algunos de esos focos porencefálicos apenas se diferencia o es enteramente idéntico al líquido contenido en los ventrículos. La superficie del hemisferio se deprimió considerablemente en el punto correspondiente a la punción y drenaje, y aumentaron en ella los latidos normales, escasos antes de la evacuación del líquido, lo que permite desde luego aceptar cierto grado de presión intra-craneal, que sin embargo no se había demostrado anteriormente por estancación pupilar, según datos suministrados por el colega oculista que examinó el fondo del ojo a invitación nuestra, no existiendo tampoco síntomas clínicos de una presión muy aumentada.

Claro está que una exploración más intensa del hemisferio hubiera podido suministrar nos la seguridad de si existía o no un foco porencefálico o un quiste seroso consecutivo a un hematoma: no había necesidad, para aclarar ese misterio, mas que de incidir el hemisferio extensamente en el punto correspondiente a la punción. Pero ya comprenderéis que tratándose de un órgano como el cerebro y de una región en él como la zona pre-rolándica, cualquiera mutilación puede tener por consecuencia trastornos irremediables consecutivos, razón por la cual preferí, como prefieren casi todos los cirujanos en casos análogos, contentarme con lo hecho. Me limité, pues, a hacer salir el tubo de cristal por una pequeña abertura practicada en el colgajo cutáneo y suturar éste por completo, cubriendo luego la herida con un apósito antiséptico absorbente.

La marcha post-operatoria fué algo desagradable los primeros días, puesto que el operado tuvo en ellos algunas elevaciones de temperatura y un cierto estado de amodorramiento; pero al cabo de una semana y continuando la eliminación del líquido a través del tubo de cristal, fueron cediendo aquellos síntomas y restableciéndose por completo la integridad de las funciones intelectuales. El enfermo tuvo un ligero amago de ataque a los ocho días; pero desde entonces no ha tenido ninguno más, se ha restablecido por completo y hoy podemos decir que goza de perfecta salud y de integridad completa de su inteligencia y actividad funcional en todos sentidos, no deseando otra cosa que volver al seno de su familia y a reorganizar la normalidad de su vida.

Ahora bien: podemos considerar a nuestro operado como perfecta y definitivamente curado de su epilepsia jacksoniana? El tubo de drenaje se retiró hace ya muchos días, pero todavía exuda algo de serosidad por la diminuta abertura persistente al nivel de la antigua abertura de drenaje. La falta de pared ósea en una extensión tan considerable como la operada no parece que ejerce influencia dañina ninguna según nuestra propia experiencia y la mucho más extensa del profesor Horseley, y en todo caso podría protegerse con una sencilla calota a modo de casquete. El ex enfermo asegura encontrarse enteramente bien; han desaparecido por completo los dolores de cabeza que le atormentaban antes de la intervención y que no se habían corregido por completo con su primera parte; todo induce a esperar que se ha obtenido una notable modificación de las condiciones circulatorias de ese cerebro... pero ¿en virtud de qué? ¿hemos drenado simplemente por espacio de cuatro semanas la cavidad de los ventrículos? ¿hemos vaciado y drenado un foco porencefálico o un quiste seroso y obtenido su aplastamiento?... Nada podemos afirmar de un modo categórico respecto a esos extremos, y hemos de contentarnos con el resultado obtenido en el terreno clínico, que se parece bastante al de algunos casos registrados en la obra monumental de mi colega y amigo berlinés el doctor Fedor Krause.

Por otra parte, el hecho en sí confirma la opinión del famoso cirujano de Chicago: Murphy sostiene que para él existen pocas lesiones de pronóstico tan detestable, desde el punto de vista de la amenaza de ataques epilépticos más o menos remotos, como esos traumatismos craneales, en los cuales el paciente, después de haber recibido un fuerte golpe en la cabeza, con o sin lesión exterior visible, permanece durante un período más o menos largo privado de conocimiento, aunque luego parezca reponerse por completo y no quedar vestigio ninguno de lesión cerebral.

Mi deseo ahora es que examinéis por vosotros mismos el operado aquí presente y que ilustréis con vuestro superior criterio las deficiencias lamentables de la observación, que dependen en gran parte de nuestra deplorable organización hospitalaria y de la naturaleza especial del órgano y de la región enferma. Igualmente solicito de vosotros vuestra aprobación o vuestra crítica respecto a mi abstención de más profunda investigación intracerebral ante el peligro de producir mayores males; pues como dice Bergmann, en el cerebro, para llegar a un punto determinado, se expone uno a causar mayores perjuicios al enfermo que el beneficio obtenido con la intervención, si para ello se ha de pasar a través de zonas de inervación importantes e insustituibles.

Yo, como resultado de mi experiencia personal, puedo añadir que tengo algunos enfermos operados de epilepsia jacksoniana desde hace más de doce años que se conservan perfectamente curados. A al-

guno de ellos, como el señor Daurella, de Villanueva, le he visto casualmente hace pocos días en un perfecto estado de salud: en él y en algunos otros nos limitamos, en la intervención, a la escisión de placas de meningitis y de esclerosis de la substancia cortical de la región rolándica, pero sin profundizar mucho; en algún otro, en quien hubimos de profundizar algo más, aparecieron posteriormente fenómenos parésicos y hasta paralíticos, correspondientes a los centros vulnerados. Es, pues, un hecho demostrado que el éxito es posible por la intervención quirúrgica en el tratamiento de la epilepsia jaksoniana; pero es un campo, el de esa terapéutica, erizado de escollos, que sólo una vasta experiencia puede avalorar, y, por desgracia, en nuestro país esos casos no se acumulan por especialización, se operan sólo de tiempo en tiempo, lo que hace poco menos que imposible deducir de ellos enseñanzas suficientes para constituir un cuerpo de doctrina. Sólo la frecuente repetición de casos análogos *por un mismo observador* es capaz de conducir a esos resultados.

## De re diagnóstica

POR EL DOCTOR BASSOLS Y PRIM

Académico de número

La preocupación más legítima del clínico frente a un enfermo consiste en clasificar su enfermedad, en formular un diagnóstico; sin esta base, la terapéutica anda incierta y la vacilación del juicio médico trasciende muchas veces al enfermo y a sus allegados minando la confianza en el facultativo que le asiste. Hoy que los medios de investigación se han ido multiplicando en número y precisión, parece que debiera haberse hecho más segura la búsqueda diagnóstica; pero ello no ha sido así. A medida que progresamos en detalles, más detalles aparecen y más hondo y difícil se presenta a veces el problema, con más la necesidad del ímprobo y costoso trabajo que requiere la aplicación de aquéllos. La preocupación que de ello resulta es natural y afecta de un modo más sensible al médico recién salido de las aulas, que procura torturar los hechos para formular un nombre que los englobe. A medida que va transcurriendo tiempo, cosechándose experiencia y desengaños, va notando el clínico que el concepto de la palabra diagnóstico es menos rígido de lo que aprendió en los libros por necesidades didácticas. Y malo es si no lo aprende, porque entonces queda convertido en uno de esos prácticos que, ateniéndose a la letra, buscan en cada caso la correspondencia exacta entre lo que ven y lo que oyeron o leyeron, olvidando que la letra mata y el espíritu vivifica. Ahora bien, cierto que no existe más que un diagnóstico: el diagnóstico. Pero si es verdad que en el terreno especulativo no existe más que el diagnóstico, también cabe comprender que, en realidad, existe una distinción positiva según que el diagnóstico sea formulado y estudiado desde el punto de vista patológico o desde el punto de vista clínico. Mira la patología a la enfermedad; mira la clínica al enfermo, y en esta diversidad de objetivo estriba distinción tan honda que, por no percatarse de ella, ocurre no pocas veces que la noción de enfermedad (noción patológica) se sobrepone a la noción de enfermo (noción clínica). Y que esto es frecuente compruébalo la repetición tan sobada y machacona de aquel concepto que dice que el médico recuerde que debe tratar enfermos, no enfermedades, cuyo olvido dimana de que, por resabios persistentes de hechos didácticos necesarios para la adquisición de los conocimientos médicos, perdura y domina más la idea de enfermedad que la idea de enfermo.

Esto resulta palpable en los casos más sencillos, en los cuales el diagnóstico, digamos patológico, puede resumirse en una palabra: pulmonía, pleuresía, fractura, por ejemplo, al paso que el diagnóstico clínico no queda resuelto con esto, ya que la enfermedad no consiste en el hecho anotado sino en el modo como responde el organismo a la alteración que aquél aporta. Y tal puede ser esta respuesta, que el diagnóstico clínico resulte tan complicado como sencillo el diagnóstico patológico.

En otros casos que ocurren más a menudo de lo que quisiéramos, no hay diagnóstico patológico posible porque los datos no engloban dentro de un conjunto definido. Pero como se trata de enfermos no hay que considerarlos exentos de un diagnóstico de orden clínico. Este consiste precisamente en la