





36-5

L. Mad

to Cajal

to Rodriguez

81-1-Q-14

cc. 2411  
(1876)

No  
1876



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313215689

2533841533

Abscesos cerebrales

por

Mamuel Gonzalez Lecina y de la Corte





al honroso título de doctor, seguramente que  
por voluntad propia no me hubiese colo-  
cado en situación tan difícil, pues en mi  
edad ni mis conocimientos son los mas ade-  
cuados para salir airoso de este empeño

Apenas iniciado en los secretos de  
la Medicina; cuando empiezo a arribar  
los dilatados horizontes de late crecen los

numerosos y trascendentales problemas que  
este llamado a resolver problemas tanto  
mas importante si se tiene en cuenta que  
con ellos se beneficiara no ya un organismo  
determinado sino a la humanidad entera  
me pone aun mas de relieve mi peque-  
ñez en este asunto

Que he de exponer que no hay



4

expuesto con gran brillantez por las em-  
bemburrias medievales; ¿Que he de investigar que  
no haya sido ya por caber doctores encane-  
cidos en este oficio; ¿de que he de tratar  
que sea digno del tribunal que he de ju-  
garle; no lo sé pero ~~como~~ no se me puede  
calificar de ocioso supuesto que forzosamen-  
te he de decir algo porque a ello me

P

obligan servame esto como descargo a mi  
conciencia y seguro por esto me habéis de  
ser conmigo benévolo en su grado máximo  
voy a exponer a vuestra consideración el  
tema de mi memoria cual es de Absce  
sos cerebrales

No desenvolveré la complejidad del  
tema pero tratándolo en general lo



hase algo mas extensamente en su trata  
 miento por creer que es la parte que  
 mas deducciones nos pueden dar a la con-  
 cre medice y circunscribiendo de lo dicho a  
 manera de exordio para a desarrollar  
 el tema.

— . —



Etiología. La etiología de los abscesos contra  
~~los~~, puede decirse que casi nunca es inicial  
 el absceso, aun que siempre es consecutivo a  
 cualquier otro lesion pudiendo dividirse enton-  
 ces la etiología en tres categorías, a saber:

1<sup>a</sup> - Absceso que proviene a consecuencia de  
 una lesion infecciosa proxima.

2<sup>a</sup> - Abscesos metastáticos

3<sup>a</sup> - Abscesos que dependen de una infe-



con general

Entre las causas etiológicas de la primera categoría, pueden citarse todos los traumatismos e infecciones del cráneo; - la mielitis aguda del cráneo y otros, los tumores meningiales de la base, la encefalitis de la meninges. Pero pueden considerarse como causas más principales las infecciones de las cavidades, como son el oído medio. foras no

sales y sales

Como abscesos metastáticos tambien se han  
visto algunos casos principalmente en las  
infecciones del aparato respiratorio, como por  
ejemplo pulmonar y carcinomas tuberculosas in  
fectadas.

Son muy raros segun los autores los  
abscesos debidos a enfermedades infecciosas  
generales.

Patogenia La sustancia septica es llevada



da al cerebro por los linfáticos o el aparato  
circulatorio según las distancias y en este  
último por las venas o arterias carótidas.  
Sección se hace del pulmón al cerebro, esto se  
efectúa por el camino siguiente, desde el  
pulmón al corazón, y descendiendo a  
la aorta, carótidas y al cerebro pudiendo  
detenerse en los vasos corticales o medu-  
lares de el cerebro

11

Anatomia Patologica. Al hacer el estudio de la anatomia patologica de los abscesos cerebrales. debemos hacer el del absceso, su contenido, y las lesiones cerebrales concomitante o consecutiva

El absceso. Se es de origen purulento que es el mas frecuente de todos su asiento es el lóbulo temporal si la lesion es interna la fosa cerebral media y reside en el cerebelo en



Si aquella es en la fosa cerebral inferior o posterior porque cuando el pñero el limite en ambas fosas segun sucede la lesion en una o en otra ase intencional al cerebro o al cerebelo.

Ademas si la lesion es nasal u orbitaria se sitúa en el lobulo frontal. Su forma es irregular y anfractuosa en terminos generales a menos que se rodee de una capsula a expensas del tejido vecino en cuyo caso

es redondeado

El contenido El pus. es muy variable unas  
veces es limpio otras filamentosas otras como  
la casea con fungus y sanguinolento y con  
detritus organicos. Su olor tambien es muy  
variable pues aunque generalmente es uno  
don puede llegar a ser muy fetido. Si  
es de origen amniotico tiene los mismos  
caracteres como el otomico la mas de las



veces. Microbios pueden encontrarse todos los de la supuración abundando unos u otros según los casos.

Las lesiones en el cerebro concomitantes o consecutivas pueden ser la neuritis óptica la meningitis la trombosis de los senos la distensión de los ventrículos.

Síntomas Para hacer mas fácil la descripción de la evolución de la enfermedad la dividiremos en cuatro periodos que con

19  
inicial, remision, estado y terminal

General. Dura algunos dias y tal vez algunas horas muchas veces no podemos darnos cuenta de él pues se encuentra reunidos con los de la afeccion causal. Sin embargo podemos distinguirlo por; cefalea, vomitos, obnubilacion intelectual, fiebre, y exaltosmos, subdelirios retardos de el pulso, rigidez de la nuca desigualdad pupilar y convulsiones, estos con los otros pero es raro encontrarlos todos en un



mucho enfermo pues puede faltar alguno

Remision Absolutamente no existe este periodo lo que ocurre es que algunos de los síntomas remiten pero sin llegar a faltar.

En este periodo existen abscesos febriles. Comienzo de este periodo con el termino del excremento de el absceso este o no encapsulado pues es este ultimo propiamente de donde se extrae la sustancia cerebral.

Estado. - Al cabo de algunas semanas em  
 puezan otra vez los fenómenos alarmantes y  
 se completan los de un principio, y es debido bien  
 porque el abceso cerebral empieza a crecer  
 otra vez o porque la sustancia cerebral se  
 comienza a edematizarse o que el pus  
 se abre en las meninges o ventrículos. Sure  
 este fase algunos días.

Terminal. El paso del periodo anterior



a este es insensible en este se aumentan todos los fenómenos nerviosos hasta terminar por el coma en convulsiones o la muerte si no se le da salida al exterior al pus.

Valen con los síntomas y períodos de estos abscesos de cuyo estudio nos sirven para el diagnóstico

Diagnóstico.- Esco pendiente al trazo de rodado en diagnóstico del absceso y diagnóstico del otro

Del absceso. Para hacer el diagnóstico de un absceso cerebral lo haremos por los vómitoscefálicos y cortijos el edema de la papila optica por pulso lento (que algunas veces puede llegar a 70 y 40) descenso de temperatura exterior de vientre y síntomas locales de compresión como el hemiplejia por crisis epilépticas jacksonianas la parálisis limitada y el curso cronico de la lesion. El diferencial con los otros tumores del cerebro unido con



con que pueden confundirse si el absceso es agudo simplemente por su marcha rápida y si el absceso es crónico que entonces es mas fácil confundirse lo haremos por su principio breves su intermitencia de agudizaciónes en el estado crónico.

Del sitio. Al hacer el diagnóstico del sitio que ocupe el absceso lo haremos primero por el dolor loco y espontaneo que presente y que podremos aminorarlo y encontrar

por medio de la percusión.

También puede localizarse el sitio por las parietales y frászere que pueden existir tanto para el diagnóstico como para el medio operatorio es convenientemente el conocer las localizaciones cerebrales.

Las localizaciones cerebrales están hoy todavía poco estudiadas sin embargo hay hechos demostrados y reconocidos por todos



los nervios y el motor. Diremos las localizaciones en motrices sensorias y sensoriales

Localizaciones motoras la parte de corteza cerebral que preside estos movimientos por tener a la que rodea a la cirrus de Rolando y es conocida con el nombre de zona prerolandica, y este formado por la frontal y parietal ascendente el lobulo paracentral y el opuesto rolandico, el lobulo ven

me a la frontal y parietal por la parte su-  
perior y el occipital por la parte inferior  
a las mismas circunvoluciones. Este cone-  
cto recibe el nombre de motor y las demás  
partes de corteza de latente así pues en el  
primer lesion en la primera produce  
una parálisis de un miembro de uno  
cual mayor o menor en la otra parte  
de el cuerpo y si la lesion es en las de



mas partes de la corteza o sea en la  
 zona latente no tendremos parámetros mo-  
 tivos así es que la zona motora es muy peque-  
 ña con relación a la demás parte de cor-  
 teza cerebral

Ahora bien por los hechos clínicos  
 podemos dividir esta zona motora en  
 tres partes que son = primera = Centro motor  
 del miembro inferior esto está situado en

la parte mas anterior del centro motor  
 y este formado por el cuarto superior de  
 las circunvoluciones frontales y parietales y el  
 lóbulo paracentral = segunda = Centro del mem-  
 br superior situado debajo del precedente  
 ocupa los dos cuartos medios de las dos  
 circunvoluciones = tercera = Centro de los move-  
 mientos de la lengua y movimientos de la cara  
 (menor de la frente parpados y ojos) ocupa el



cuarto inferior de las dos circunvoluciones  
y el operculo rotatorio

Por delante de la corteza motora se encuentran  
dos centros de asociación que son el del lóbulo  
griseo articulado que corresponde al pie de  
la tercera circunvolución frontal superior y  
el de la escultura que corresponde al pie  
de la segunda frontal. Puediéndose ad-  
mitir estos dos centros mejor por centros  
de asociación que por centros de proyección

Por la distribución de la cinta de Reil  
 por la cone motor llevando este entre  
 fibras sensitivas este cone es a la vez sensi-  
 tive y motora y de aqui que recibe el nombre  
 de cone motor sensitivo

Las localizaciones sensoriales no son  
 importantes en este estudio y por eso no  
 paso a tratarlos.

Proposito Es para producir anima



tarde o temprano esta gravedad sigue  
 segun se entorrece o no temiendo enton-  
 ces que unir el pronóstico de la enferme-  
 dad y el de la operación, este ultimo ha  
 sido muy dividido habiendo admitido  
 alguno que era grave, un embargo  
 hoy de graves a la asepsia y antisepsia  
 he disminuido mucho la mortafidad.

Además las complicaciones pueden empeorar el pronóstico de manera tal que en algunos casos es fatal pudiendo ser mortal como la rotura del absceso en los senos frontales.

### Tratamiento

De todo el proceso no hay parte mas importante que el tra-



tormento. despues de diagnosticado el abs  
 ceso cerebral lo primero que debe pensarse  
 se es dar salida al pus pues como no eno  
 cemos ninguna obstruccion en la que haya  
 existido una absorcion de el el default lo es  
 mas que no podria llevar es a una ter  
 minacion fatal bien por rotura del abs  
 ceso en los ventriculos en cuyo caso seria  
 la muerte instantanea o bien porque el  
 pus se diera salida al exterior de la

exterior control y tendríamos una papera  
meningitis. Por lo tanto no nos queda mas  
tratamiento que la salida del pus al exterior  
para ello se puede crear una de las dos  
vias o se trepane la mastoidea o se trepane  
el craneo en otros de sus puntos pero antes  
de decidirme y darle la preferencia a una  
u a otra creo convenientemente el exponer una  
Historia Clinica de un absceso cerebral y por



las consideraciones que pueden hacerse con  
 bre. etc. creo que sera material suficiente  
 para aceptar una u otra via.

Historia Clinica El 2º de Septiembre de 1904  
 ingresó en el Hospital Provincial de Luján el  
 enfermo Vicente Llorens de 41 años, casado, y  
 natural de Avila. Preguntado por sus ante-  
 cedentes nada de particular ofrecen los heri-  
 ditarios y con respecto a los personales vino re-

fuere habiendo tenido paludismo a los veinte años y durante en unos de sus viajes a la Isla de Cuba. No he tenido resaca ni he abusado de el alcohol.

Recuerdo que desde muy pequeño le supe el oído vigilando unas aves abundantes y otras escasas no hace mucho tiempo observo que la supuracion era mayor y que estaba febril con congestión y que ultimamente por el conducto auditivo aparecia un tumor



Hace mes y medio empece a sentir grandes dolores que localizados al principio en el oido se irradiaban despues a la mitad correspondiente de la cabeza quince dias despues tuvieron mas vómitos y nauseas, no obstante es los síntomas continuos en un vapor donde ejercia su oficio sin embargo en el ultimo viaje que hice a Marseille los síntomas se acentuaron de manera que algunos dias

le imposibilitaron el dejar el lecho, y a la  
 vuelta quedase en fuerte angustia en el  
 Hospital el día antes mencionado.

Estado actual. Al ver al enfermo este guer-  
 do el decubito lateral referido nada de  
 particular observamos en las inmediaciones  
 del oído enfermo: la región mastoidea nor-  
 mal el conducto auditivo externo este ob-  
 struido por un polipo existiendo entre este y



La pand un peu espere amantent y de mal  
oír. El enfermo se queja de dolores difusos  
en la cabeza pero due estar mas acentuado en  
las ~~la~~ regiones frontal y occipital por la percusión  
encontramos un punto doloroso en la fosa  
temporal por encima del arco zigomático.

Al examen oftalmoscópico, la pupila reune  
de normal reaccione por la luz los mo-  
vimientos del globo ocular estan todos bien

mismo el de rotacion hacia fuera que es el  
 1º paravisor: pupila derecha esta en contraccion  
 no reacciona a la luz, los músculos del globo  
 ocular funcionan bien, por el examen oftal-  
 moscopico hay edema de la papila y manchas  
 opticas. Hay parosis del facial derecho en  
 su rama inferior: los rinos naso maxilar y  
 naso labial estan borrados hay retraccion  
 de la comisura labial izquierda: la



fuerza muscular en el lado derecho pa-  
 rece ser igual que en el izquierdo. La  
 sensacion parece estar disminuida en el de-  
 recho bien que clavar la aguja parece que el  
 enfermo lo siente la inteligencia normal  
 hay postreccion, marcos, que con ferrocables  
 en cuanto el enfermo quiere mudar de de-  
 cubito. Orina normal, no hay en albumina  
 ni glucosa. Pulso 60. Temperature  $97\frac{1}{2}$

Al día siguiente 26 el enfermo nos dice  
 que ha pasado la noche mal la cefalea  
 es intensa durante las exacerbaciones el enfermo  
 no calta de la carne dando gritos; hacia  
 la madrugada se tranquiliza y cae en un  
 estado semicomatoso adoptando un delirio  
 tranquilo; cuando se le llama abre los ojos  
 y no contesta Temperature 36,6 - Pulso 50.  
 En vista del estado se dispone de operar



con para el día siguiente.

Día 27- Operacion. Despues de afeitado  
 lavado y bien desinfectado la cabera se  
 da principio a la operacion siendo efec-  
 tuada por el catedratico de la Facultad  
 de Medicina de Lima Dr D. Francisco Me-  
 pro, empujando por hacer una incision horizon-  
 tal y paralela al arco zigomático pasando  
 tangente a la insercion superior de la ore-  
 ja y Meibom a la region mastoidea donde

terminaba una segunda invasión perpen-  
 dicular a la anterior formaba una T  
 invertida dirigiendo los golpes hacia atrás  
 y adelante y evitando la hemorragia desde  
 la al descubierta casi toda la fore tem-  
 poral en la parte mas inferior de ella se  
 aplico una corona de trépano; la dure madre  
 que se puso al descubierta no presentaba  
 nada de anormal: al tacto se comproraba



que los latidos del cerebro apenas eran perceptible: se practicaban varias punciones con la pumpe de Pravaz con resultado; inyeccion cerebral de la dure madre. La parte de cerebro frente al desmembramiento no presente en sus tres cuartos posteriores superiores coloracion rosea y en un cuarto inferior anterior amarillento por el tacto ademas de la debilidad de los latidos se podria notar coloracion obscure de flujo

traccion. nuevas punciones con la penna  
de Pravaz sobre el cerebro y el resultado es  
negativo. punciones con el bisturi y el mismo  
resultado. Con la penna cortante se agrando  
la abertura hacia atras y abajo quedando un  
orificio del tamaño de una moneda de cinco  
pesos con este nueva abertura se puede  
recorrer el suelo de la fosa cerebral  
media. Se introduce varias veces la penna



de Prax y el luto sin resultado ninguno; en el sitio donde daba sensaciones de fluctuacion se hizo una puncion en direccion posterior y como de cuatro centimetros se introdujo una pinza y se tuvieron sus rammas reparadas pero tampoco dio resultado. Después del commencement de la cauterizacion del absceso se dio por terminada la operacion poniendose el aparato y andose envu-

mente.

Observacion despues de Operado  
 Dia 27 tarde. El estado del enfermo apenas  
 se ha cambiado; sigue el come. Pulso Po  
 Temperature 37.

Dia 28. La noche anterior la ha pasado  
 muy mal; durante elle no ha estado un  
 momento de quietud a causa de la cefalea tan  
 intensa. Fue necesario sujetarle las manos  
 pues en su delirio queria puntarse el vendaje



no permite tomar ningún alimento y  
 una vez que tomó un poco de leche fue  
 arrojado en vómitos - Temperatura 26.6. por  
 la mañana y 27. por la tarde Pulso 50  
 en los dos rios

Día 29 El enfermo este mejor todos los  
 ruidos han ido disminuyendo 26. 36'8 y 28  
 P-60 y 70. Este día se le cambió el vendaje pun-  
 tado el apuro nos llamó la atención la  
 cantidad de pus que impregnaba las gases

y que cuando se henda unipolada este  
 se va una fuerte corbata por lo que se ve  
 por de una manera pulcris inmediata  
 tamente con un corte si se le da  
 dando salida a una cantidad de pus que  
 cuando se cae esta dirigida a tres es una  
 forma y con grandes liras y tiene una pro-  
 fundidad como de cinco centímetros loado  
 y desgracia con una muestra de pax, el pul



de 60 cube a 70 despues de la curacion

Octubre 1 El enfermo se queja de dolores de cabeza pero dice que no han llegado a la intensidad de los dias anteriores. Mucho el roncho el absceso se ha reducido, el cerebro tiene tendencia a herniarse -  $73^{\circ} 36' 8''$ ,  $77^{\circ} 9'$  P. 66 y 70.

Octubre 2 Hay una gran mejoría todos los sintomas han disminuido El absceso es menor

pero la hernia cerebral es mayor y en su  
 perfure tiene un color rojo. 26'8 y  
 27'8 - P. - 70 y 70

Des 9 la hernia presenta una coloracion  
 nigresca; se suprime el despiece del ce-  
 ebro

Des 7 Empiezo a desprenderse la escara de la  
 hernia

Des 10 Cae de la escara

El dia primero de noviembre se hace la



la exploracion del polo del oido.

Diciembre 20 Herida craneal epidural  
en el sitio de la trepanacion se encuentran  
un liquido humido; el oido no supe-  
re encontrandose bien y es dado de alta

y ahora me parece oportuno he-  
cer algunas consideraciones sobre uno  
punto de esta historia pues si bien  
por el modo de ser no es de su

darle cuenta, de estas consideraciones  
 podremos obtener constantemente  
 para contestar al primer punto del  
 tratamiento

Así pues podremos distinguir desde  
 luego claramente en esta historia unas  
 fases. Storia antigua es la enfermedad fun-  
 damental formacion de un polipo que no  
 deja salir al pus y por lo tanto favorece



dice su retencion en la caja esto mas  
 es su primera complicacion propagacion  
 de esta infeccion al cerebro y como consecuencia  
 es una meningitis circuncrita y tambien  
 como consecuencia de ella una formacion del  
 tumor ventral ~~externa~~ mas la segunda  
 fase y como ultima el absceso cerebral.

Asi pues los dolores de cabeza los  
 mareos los vomitos la neuritis optica

el dolor el come y la lentitud del  
 pulso indicaban un aumento de presu-  
 sion craneal, los ruidos de fono disminu-  
 ueron de la sensibilidad en el lado derecho  
 la parure del facial del mismo lado una  
 lesion mecánica o inflamatoria de la  
 extremidad posterior de la capsula inter-  
 na, el dolor fijo en la fove temporal  
 originada la existencia del absceso en el



latente tónico esfenoidal y por ultimo  
la temperatura subnormal que ademas  
de confirmar el diagnostico nos hace  
dejar la ausencia de todo absceso de  
furo.

De este hecho el diagnostico antes  
la ante del operador se presenta un pro-  
blema importantísimo en el es el dar so-  
lido al furo utilizando para ello los  
dos unos caminos a que puede recu-

muere en estos casos; la ve mortificada  
de una parte y la cranel de otra

No estamos en aquellos tiempos en  
que por desgracia para los literatos me  
dicos era absolutamente desconocida la  
etología de los abscesos cerebrales de natu-  
ralice otica que mas adelantado la  
terapéutica moderna recomienda como  
fundamental el procedimiento de la



eleccion reservando el cráneo para la  
solucion en definitivo tramite de aquellos  
casos que presentan caracteres mas determi-  
nados.

Observando lentamente el proceso sus-  
crito desde la cavidad auricular hasta  
el cerebro por los gommenes septivos, la linea  
que extendiendose por las paredes osas  
sin embargo de tener en parte en la misma

los se poco a poco destruyendolos alcanzan  
 do en accion un radio mas o menos  
 dilatado segun los casos le vemos dan  
 do lugar a inflamaciones comunmente inte  
 resando de manera produce las meningis  
 inflamaciones aquellas que en ocasiones lle  
 gan a penetrar en el cerebro, dar por  
 ultimo lugar a la existencia y forma  
 cion de colecciones y entre o extracerebrales



de carácter fermentoso complicados a veces  
con la adherencia de esas partes entre sí

Y si tenemos en cuenta que la pre-  
sentación del absceso cerebral es inmediato  
al de las lesiones que vamos enumeran-  
do no nos será difícil comprenderlo, la  
importancia que el conocimiento de aquellas  
tiene para llevar en la trepanación  
del cráneo y todo medio el eje capital el

punto de partida en que radica la  
solucion satisfactoria del problema

Hemos verificado ya la trepanacion  
del antro y del oido medio ya estan al  
descubierta estas cavidades; a la percepcion  
del operador para que despues mediante  
el movimiento detenido de sus frondes  
para descubrir caso de que exista o puntos  
de naturaleza cancer o fistulas osas que



indiquen con probabilidad de acierto  
 la existencia de una papaverina que  
 me lleve casi directamente al encuentro del  
 foco de pus. Procediendo en una palabra  
 que proporcionando el camino mas corto pe-  
 ro la curacion de tambien el metodo mas  
 seguro de ~~curar~~ de resolucion de los abs-  
 cesos en los casos generales que tendríamos

Usar modelos terapéuticos puesto que  
no es doble olvidar al hombre científico  
los varios aspectos que estas enfermedades pue-  
den revestir

Si siempre los hechos se sucedieran  
en serie luego que era con el procedimiento  
b pero como por desgracia ocurren hechos  
en que no siguen estos caminos, como que  
el abismo se fragua a distancia y no por



continuidad de la sustancia reptante como  
 que estos se transmiten bien por los limfe-  
 mas, los venas y hasta por los arterias como  
 dicen Macowen y que siempre estas sustancias  
 seran llevadas en direccion de la corriente san-  
 guinea es decir hacia la periferia en las ar-  
 terias y hacia el centro en las venas. Los  
 vasos que hay en el cerebro van unos de  
 este a la periferia y otros en sentido inverso y

Los hay de dos clases corticales y medulares  
 y así según que sean unos u otros los transfor-  
 mados así tendremos un absceso formado for-  
 mado en el interior del cerebro o inmediatamente  
 a la superficie. Pero supongamos un absceso  
 medular que en un crecimiento excentrí-  
 co llega debajo de la corteza a pocos mi-  
 límetros de la superficie y en este caso tiene



mas uno que de modular para a este  
 cal por lo tanto no puede darse tanta  
 importancia a este hecho alrededor de obser-  
 vaciones anormales

Desde luego parece lo mas racional  
 en los abscesos otros ~~seguir~~ se ve mejor  
 des pero como los abscesos pueden fre-  
 guarse a distancia del otro septico y enton-  
 ces este no se puede servir de mas este

en la vida racional y entonces lo que  
 haríamos es trepanar el cráneo en el sitio  
 mas cerca de donde tengamos diagnóstico  
 de la existencia del absceso.

Puede suceder que este diagnóstico  
 muchas veces es problemático y entonces  
 tendremos que recurrir a los dos ayes un  
 cuidadosamente cuando con uno de ellos pon-  
 te en práctica no nos de resultado satis-



factono.

66

Después de hechas estas consideraciones  
¿Cual de los dos caminos debio haberse  
seguido en este enfermo que en sustruime de po  
expañente?

Yo creo que la mas complicada  
era la mas racional y me fundo en las  
razones siguientes. Por el dolor fijo en la fosa  
temporal parece que el absceso estaba en

este punto al reparar la mortuoridad a  
 los golpes de martillo con el estado comu-  
 so sino muy expuesto y ademas era una  
 sesion esta vez pues el curso ulterior del  
 padecimiento no lo ha demostrado.

Ademas en el curso de la historia  
 nos encontramos con una fase del motor  
 o un lado externo lado expuesto y como causa  
 de este la meningitis circunscrita por lo



tanto la infeccion tuvo que verificarse  
por la pared superior de la caja, por  
lo que el exporto era bien empleado en  
este caso la trepanacion era unal y no la  
transmestoidia

Parte solo recordar el apgrandamien  
to de la corona de trepano que tuvo que ha  
cerse hacia la parte posterior e inferior  
que a primera vista ~~para~~ parecia hacer  
creer que la via mestoidia hubiera

rido de mas resultado pero pensando un  
 poco con este vie hubiere ocurrido lo mismo  
 pues la dilatacion se hubiere tomado que ha-  
 cer hacia la parte anterior y superior. Total  
 que en los dos casos el absceso estaba muy  
 lejos de donde lo habiamos diagnosticado, ver-  
 dad que el diagnostico no estaba bien hecho  
 pero era, primero porque el dolor fijo en  
 la fosa temporal no tiene la importancia



que se le da y ademas el enfriamiento  
 que tenemos del lenguaje fue falso. Verdad  
 que el centro de Wernicke estaba intacto pe  
 ro esto no es para enfriar como lo teni-  
 mos que el absceso estaba en el principio  
 de la primera y segunda circunvoluciones  
 temporales uno que produce estos como  
 probablemente ocurre en este enfermo  
 por encima y dentro.

El tal para no debe emplearse la  
 vía craneal en la mayor parte de los abs-  
 cesos cerebrales aun de origen otico supurando  
 la vía transmastoides para los de origen oti-  
 co y ademas que presentan el dolor e inflam-  
 cion en la mastoides, pues creo que con el  
 procedimiento es mas facil llegar directamen-  
 te sobre el pus y ademas es mucho menos com-  
 plicada la operacion respecto que en los que



nos confiamos lo mismo es una gran obra  
 no por sus grandes conocimientos anatómicos  
 es pero lo es más todavía por sus grandes  
 novedades con cualquier anomalía alteran-  
 dolo puede agravar el pronóstico.

<sup>a</sup> Termina la primera discusión voy  
 a exponer otra de que no creo tenga la im-  
 portancia que se le ha querido dar y es que  
 se despus de producir el descubrimiento de la dureza me

de y procurando o traer de ella con una  
 forja de Praver es no nos da para poder  
 darlo por satisfecho y terminar la opera  
 con, y despues de discutido este respondemos lo  
 mismo para con respecto al cerebro.

En este primer procedimiento me  
 entiendo es que es muy poco por una  
 primera que se hace con la forja no  
 podemos darlo por satisfecho pues ademas



de los muchos observaciones que hay sobre  
 este particular y entre ellos la del gran  
 Anagnoston. tenemos que el trocar de la penna  
 es capilar y ~~pero~~ porque el pens es muy  
 espeso o porque al introducir la aguja la  
 sustancia cerebral penetra en su interior  
 y obstruyendo este conducto no deja pasar el  
 líquido y con embargo entra el absceso  
 por lo tanto desde luego hacer la punción

y se no da resultado cuando se dure  
madre y se por la superficie del cerebro al  
descubierta. Podemos sin embargo contentar  
nos algunas veces con cuando se dure ma-  
dre pero estos casos son excepcionales y nunca  
se pueden dar como reglas generales. Como  
por ejemplo tenemos algunos casos en  
determinado de rotacion cerebral en el  
curso de una supuracion aguda o cronica



y al hacer la trepanacion nos encontremos  
 uno con cancer en el hueso en este caso  
 podemos dar la operacion por terminada  
 pero no totalmente como espere en  
 el lo que recomiendo una teraputia pos-  
 denta pero si estos sintomas van  
 acentuandose entonces hay que continuar  
 hasta hacer el diagnostico de absceso cere-  
 bral en cuyo caso hay que terminar la

operacion que habiamos empezado emperre-  
do y no contentarnos entonces con las punas  
mas con la aguja como marcamos con el tes-  
tun y hacer las que creamos necesarias. 2.  
En cuanto al escrito creo pendiente el  
mismo modo de proceder.

Sea toda la operacion hay que ex-  
tender los reglas de asearse y antisepticas  
pues no se debe olvidar que operamos en



bre un otro septus y que la per madre  
al descubierta es muy propiamente a los anfa  
ciones

Ademas si creemos muy probable el  
diagnostico de absceso cerebral debemos de  
examinar la dura madre pues podemos  
por los caracteres de la superficie del cerebro  
puerto al descubierta mejor hasta comple  
tor el diagnostico como reare en la historia de

nuestro infante; el centro no tiene tenden-  
 cia a hundirse pero habia ~~estas~~ costumbres  
 como eran diferencias de coloracion rosacea  
 en sus tres cuartos posterior superior y  
 amarillento en su cuarto anterior inferior  
 debilidad de los latidos y sobre todo al tacto  
 una sensacion no de fluctuacion clara  
 pero si de fortitud y blandura que  
 contrastaba con las sensaciones pericardicas



de los otros puntos. Por todo esto se tiene  
con las incisiones que llevamos expuestas y  
que después el curso ulterior vino a con-  
formar el diagnóstico y el tratamiento

y procediendo de este manera  
es mi role por siempre no poderse le  
esperanza de que ya tenemos que destruir  
nuestro antiguo cerebro si de paso al

temeramente y hasta tener entonces que  
 temer una invasion imperiosa como  
 sucedio en nuestro enfermo y que no habia  
 sido temido este resultado si cuando fuer  
 mos las primeras con ningún resultado  
 a través de la dura madre lo hubieramos  
 dejado sin remedio pues caso de que el  
 pus se hubiere dado salida al exterior  
 del cerebro como no tiene sitio al exterior



se hubiera desarrollado en la superficie  
del cerebro y a consecuencia de ello una  
meningitis de pronóstico fatal

Madrid 1 de Diciembre de 1908

Mmanuel Fonseca Lirio, de la Corte

Administración

de Madrid

Adm. de  
Caja

A. Amable

J. Rodríguez



Madrid 13 de Diciembre de 1905

Verdun et epur del frado de  
Doctor y abades la calificación

de aprobado <sup>Manuel Rodriguez</sup>  
Manuel <sup>Manuel</sup> Casal <sup>El Secretario</sup>  
Pérez <sup>Manuel</sup> Soler

For the year