

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLINICA EXTERNA.

Una observación de herida cerebral.—Cuerpo vulnerante que penetró quince y medio centímetros.

El 7 del presente mes entró á mi servicio del Hospital Juárez un hombre llamado Narciso Ramírez, el cual, en riña y estando caído y en decúbito supino, recibió una herida al nivel del ángulo interno é inferior del borde de la órbita izquierda, en la región lagrimal, y el instrumento vulnerante que ha sido romo, pero de forma cónica, quedó implantado en la región, probablemente porque el herido no pudo extraerlo. Fué llevado á la Comisaría respectiva, y allí, según el dicho del enfermo, acostado en el suelo, sostuvieron los camilleros fuertemente la cabeza contra el suelo mientras dos practicantes hicieron tracciones de la porción excedente sin conseguir sacar el instrumento. En tal virtud enviaron así al herido al Hospital en donde lo ví el 8 por la mañana. El instrumento con que había sido herido Ramírez era un tallo de esos que llaman malacates y que sirven para que los tejedores ensarten los carretes y los pongan en el torno á fin de que el hilo se enrede fácilmente. La porción que quedaba fuera medía 21 centímetros y señalaba la dirección del instrumento adentro y arriba. El enfermo estaba soñoliento, pero no exhalaba el olor de aldeida de los que han bebido cierta cantidad de alcohol. Sin embargo, contestaba bien á lo que se le preguntaba y nos pudo informar de los intentos de extracción, ya descritos, así como de que había tenido la noche anterior una ligera epistaxis, después del accidente, alguna de esa sangre se veía coagulada aun en las ventanas de la nariz.

La temperatura era sólo de 37°5 y el pulso del enfermo en esos momentos batía 66 por minuto.

Llamaba la atención la caída del párpado superior del lado derecho, é invitando al enfermo á que lo abriera, no lo podía conseguir. Cuando se entreabría el ojo derecho, se notaba que existía un estrabismo externo y una dilatación exagerada de la pupila, que no reaccionaba á la luz. El enfermo acusaba diplopia, y posteriormente hemos visto que cuando se le hace inclinar la cabeza sobre los hombros, alternativamente, fijando la vista en un objeto, el ojo derecho gira á la izquierda cuando la cabeza se inclina á la derecha, y á la izquierda también, cuando aquella se inclina á la izquierda. Desde entonces juzgué que la parálisis del motor ocular común existía y que afectaba todos sus ramos. Dado el estado general del enfermo, sus perturbaciones cérebrales nulas, creí que se trataba de una herida del motor ocular común del lado opuesto, hecha en el vértice de la órbita, antes de su división, y después de haber fracturado las láminas etmoidales de uno y otro lado, así como la del tabique nasal. Este juicio lo he tenido que rectificar posteriormente, pues el estudio de la órbita, por una parte, y por la otra, la dirección y dimensiones del instrumento vulnerante, alejan toda sospecha de que el punto en donde el motor ocular común ha sido interesado pueda ser el vértice de la órbita.

Con el juicio-diagnóstico que precede, procedí á hacer la extracción del tallo metálico encajado. Previa cloroformización del enfermo, traté de hacer tracciones con las manos; pero el instrumento resbalaba y los esfuerzos eran inútiles. Tomé entonces unas pinzas de Farabeuf, y después de haber visto que estaba señalado el límite de la porción excedente por un pedazo de esparadrapo, que se había puesto en la Comisaría, procedí á hacer tracciones, logrando casi inmediatamente la extracción de la porción encajada, la que, con sorpresa mía y de los circunstantes, alcanzaba las dimensiones de quince y medio centímetros.

Desde ese momento deseché la idea de que el motor ocular común hubiera sido interesado en el vértice de la órbita. En efecto, toda línea que parta de la región lagrimal de un lado, pase por el vértice de la órbita y llegue al cráneo, no tendrá nunca quince y medio centímetros, y, aún dado caso de que esto pudiera ser, el instrumento vulnerante debía haber pasado arriba ó abajo del nervio óptico. En el primer caso, no alcanzaba el motor ocular común, y en el segundo, habría herido de precisión la vena oftálmica. Por todas estas razones, juzgo que la herida del motor ocular común fué intracraneana.

Ahora bien, el motor ocular común tiene dos porciones en su trayecto intracraneano: la primera, desde su origen aparente en el surco que separa la protuberancia del pedúnculo cerebral hasta la apófisis clinoide posterior, en que el tronco del nervio está libre; la segunda, desde la apófisis clinoide posterior hasta la hendidura esfenoidal, en que el tronco del nervio se une íntimamente á la pared externa del seno cavernoso. Es evidente que en esta última porción el nervio no fué herido, pues de lo contrario habría sido desgarrado el seno y la desgarradura de este interesantísimo canal se nos habría revelado por perturbaciones funcionales importantes.

No pudiendo haber sido herido el tronco del nervio ni dentro de la órbita, ni en la porción anterior de su trayecto intracraneano, es evidente que lo fué en la porción primera de su trayecto. Sorprende cómo no se desgarró la arteria cerebral posterior y la cerebelosa superior, que están en conexión íntima con el nervio en el lugar de su origen aparente, y cómo el instrumento pudo caminar sin herir el pedúnculo cerebral tan próximo á ese nervio.

No hacemos mención de la herida posible del motor ocular común antes de su origen aparente, porque hay que recordar que las fibras de este nervio se disocian para rodear la sustancia negra de Sæmering. Por otra parte, es evidente que la lesión de la protuberancia se nos habría revelado por perturbaciones de tal modo señaladas, que habría sido imposible que pasaran inadvertidas. En tal virtud, juzgo que el instrumento vulnerante, después de perforar el hueso unguis, atravesó las celdillas etmoidales de ese lado, fracturándolas, que alcanzó el cuerpo del esfenoides y perforó la lámina cuadrilátera de este hueso, pasando atrás de la apófisis clinoide posterior del lado derecho, hiriendo en ese punto el motor ocular común, dejando arriba el pedúnculo cerebral y penetrando en la sustancia cerebral de los lóbulos temporal y occipital para venir á chocar contra la pared craneana un poco abajo de la giba parietal.

Como una comprobación de lo que asevero, basta tomar con el compás de espesor las dimensiones que existen entre la región lagrimal y los distintos puntos del cráneo, y siguiendo la dirección indicada por el tallo vulnerador, se verá que esta dirección es próximamente la que he indicado.

Además, he tratado de reproducir en un cráneo al estado seco la perforación que tuvo mi enfermo y el instrumento ha perforado las partes huesosas indicadas.

Además de lo curioso de la lesión, ha sido curiosa también la marcha de la herida.

Una vez que se extrajo el instrumento, se curó la pequeña herida cutánea, antisépticamente, se hicieron amplios lavados con solución de bicloruro en las fosas nasales, se llenaron éstas en su parte superior de polvo fino de ácido bórico. El enfermo tuvo esa tarde una pequeña reacción de $38^{\circ}4$, para no volver á elevarse después la temperatura de una manera considerable, como se puede ver por la curva adjunta. El pulso nunca tuvo una lentitud exagerada, oscilando entre 66 y 80 por minuto. Salvo, pues, los fenómenos de parálisis del motor ocular común y la soñolencia de los primeros momentos, el enfermo no ha presentado ningún signo que llame la atención.

Esta herida me ha parecido digna de describirse, por la magnitud del cuerpo vulnerante, por lo singular del trayecto seguido, por la falta de conmoción cerebral, así como también por la falta de perturbaciones funcionales.

La parálisis del motor ocular común no ha presentado modificación favorable durante tres semanas que llevo de observar al paciente; pero quizá en un plazo breve se pueda decidir si las perturbaciones desaparecerán ó no. Juzgo difícil que se restablezcan las funciones, porque los cabos nerviosos deben flotar en el líquido subaracnoideo, circunstancia que no me parece adecuada para su reunión. Mas dada la importancia de la lesión, debe considerarse Ramírez como muy feliz de haber escapado, á tan poca costa, de una lesión de tal manera importante.

México, Abril 29 de 1896.

F. ZÁRRAGA.

CIRUGIA ABDOMINAL.

Dos laparotomías interesantes.



A cirugía abdominal ha llegado á una estabilidad tal en la ciencia, que sólo importa conocer de ella los pormenores que pueda ofrecer á los cirujanos para el adelanto de tan importante ramo. Los hechos que tengo el honor de referir esta noche encierran algunos pormenores que por su importancia me obligan á darlos á conocer, aunque sea someramente, venciendo el silencio en que, á causa de mis atenciones, conservo muchos de mis trabajos.