

Académicos que, si tenían alguna observación capaz de ilustrar la materia, se sirvieran darla á conocer.

Cumpliendo con la prescripción reglamentaria, el subscripto presentó los temas para el Concurso del año social próximo entrante bajo esta forma:

1 ° “Naturaleza de las fiebres remitentes que se observan en la Mesa Central de la República.”

2 ° “Diagnóstico y tratamiento de las diferentes especies de obstrucciones intestinales.”

Fundando la importancia de dichos temas, llamó la atención sobre las dificultades que hay para diagnosticar las fiebres remitentes que con tanta frecuencia se observan entre nosotros y que en muchos casos no son de naturaleza palúdica, pues el examen bacterioscópico de la sangre ha resultado negativo desde este punto de vista. También expuso que era muy frecuente encontrarse con obstrucciones intestinales cuya causa no podía precisarse, y era tiempo ya de contar con los medios más á propósito para llegar á un diagnóstico seguro y á un tratamiento conveniente en esta clase de padecimientos Puesto á discusión el primer tema, sin ella fué aprobado. Y después de una muy ligera acerca del segundo, resultó también aprobado éste, con la modificación relativa á substituir la palabra *obstrucciones* por *oclusiones*.

L. TROCÓNIS ALCALÁ.

CLÍNICA EXTERNA

LAS ESQUIRLAS PENETRANTES EN LAS FRACTURAS DEL CRANEO

¿Cuál debe ser la conducta del Cirujano en frente de tales accidentes?

En una de las últimas sesiones de esta Corporación, se trajo al debate por el más joven de sus miembros, la muy interesante cuestión de las contusiones del abdomen, y se deliberaba cuál sea la conducta que observarse deba para tales casos en la diaria práctica.

No menos interesante es, en mi concepto, el problema que hoy me permito someter al ilustrado criterio de esta Academia, prometiénd-

dome fundadamente que en esta vez como siempre, y previa razonada apreciación, ella dejará establecidas las reglas de conducta que servirán de guía á nuestros jóvenes cirujanos.

En efecto, aun no están de acuerdo nuestros mentores científicos, los cirujanos de allende el Atlántico sobre la cuestión del tratamiento de los hundimientos craneanos. Sin duda que, cuando el hundimiento es evidente, claro, neto y se complica de herida abierta y sucia, todos están conformes en trepanar. Esto es inconcuso, pero en donde comienzan las divergencias es, cuando el hundimiento es poco aparente y no se complica de herida.

“Así por ejemplo Forgues y Reclus dicen: si el hundimiento es ligero y sin herida, abstenerse y esperar, tal es la regla general.”

“Y desde luego es necesario asegurarse de que se trata ciertamente de un fragmento huesoso hundido y no de un edema duro, ó de una giba sanguínea (presión continua con el dedo), ó de una depresión patológica del cráneo, que tan frecuentemente se observan á consecuencia de lesiones sifilíticas y de necrosis, ó debida también á la atrofia senil, á vicios de conformación, ó por último, á la existencia de huesos wormianos”

Koenig se expresa así: ante todo, no debe tenerse una ilimitada confianza en la autisepsia. Cualesquiera que sean los procedimientos empleados por el cirujano más hábil, están muy lejos de ofrecer las mismas garantías que los tegumentos intactos. Una falta cometida por el operador basta para traer una infección de la herida, que puede ser fatal para el paciente.”

Tillaux, Lefort y G. Marchand aconsejan también la expectación. Von Bergman insiste en la inocencia y benignidad de los fragmentos hundidos.

Esta es también la opinión de Hutchinson. Numerosas son las piezas coleccionadas correspondientes á individuos que han llevado hundimientos craneanos, algunos de ellos considerables y que sin embargo han vivido y viven largo tiempo sin accidentes. Tal es el caso del hijo de uno de nuestros más distinguidos médicos que lleva desde su infancia un hundimiento notable en la mitad izquierda de la región frontal sin que jamás haya tenido accidente alguno.

Los niños, sobre todo, parecen tolerar mejor estos accidentes.

Otros cirujanos, por el contrario, son partidarios de la interven-

ción inmediata, como Sedillot, E. Boekel, Pozzi, Agneu, Reen y Cehienne quienes aconsejan operar todos los casos de hundimiento por mínimo que sea.

Quénu dice: "Los enfermos que sucumben por fracturas con hundimiento, sucumben á los accidentes de infección aguda ó crónica, y yo concluyo que es necesario trepanar inmediatamente, sin pérdida de tiempo, cuando hay algún indicio de fractura completa de los huesos del cráneo; si el hundimiento fué insignificante, insignificantes serán los accidentes."

Lucas Championière, que se ha hecho partidario de la trepanación preventiva, concluye así:

1° En caso de fractura con hundimiento, aun sin síntoma cerebral, es necesario trepanar preventivamente;

2° En caso de accidentes cerebrales sucediendo á un traumatismo craneano, sin hundimiento apreciable, es necesario trepanar si las parálisis persisten al cabo de dos ó tres días; ciertas parálisis efímeras desaparecen en veinticuatro horas.

3° En caso de herida de la cabeza con hundimiento posible, es necesario establecer la regla de limpiar la herida y explorarla completamente el primer día.

4° En frente de los accidentes secundarios inflamatorios, se puede aún trepanar, pero con muchas menos probabilidades de éxito."

Es en este punto en el que nosotros disintimos. Yo creo que aun en estos casos *debe* hacerse la trepanación y generalmente se obtendrá el éxito aunque éste sea relativo.

Sedillot, que había estudiado en su época especialmente las fracturas de la tabla interna, ya desde el año de 1874 asentaba las siguientes conclusiones:

"1ª El trépano preventivo es el tratamiento más seguro de las fracturas de la tabla interna del cráneo;

"2ª La indicación operatoria es absoluta en el caso de fractura exterior estrellada ó lineal con depresión craneana;

"3ª La vacilación está permitida para las soluciones de continuidad lineales simples sin desalojamientos huesosos;

"4ª Los medios de diagnóstico se deducen de las causas del traumatismo, de los síntomas, de la percusión, de la auscultación, de la termometría y del trépano explorador;

"5ª La posibilidad de las fracturas aisladas de la tabla interna, impone el deber de vigilar estrictamente al herido y recurrir á la trepanación desde los primeros síntomas;

"6ª Las precauciones y las curaciones fundadas en la teoría de los fermentos modificarán quizás esta impotencia del arte y parece que ya prometen resultados más favorables en las heridas del cráneo."

No se engañaba en esto aquél distinguido cirujano. La benignidad de la trepanación aséptica ó antiséptica ha realizado las esperanzas de Sedillot.

Ahora bien, ¿á cuál de estas opiniones habrá que adherirse?

Por nuestra parte, simpatizando con los partidarios de la intervención y haciendo solo algunas ligeras y raras reservas, formulamos así nuestra opinión:

1º *Hundimiento abierto*. Es necesario trepanar, el acuerdo es unánime;

2º *Hundimiento oculto*. ¿Debe trepanarse? A. Si el hundimiento es considerable, sí, siempre, *haya ó no haya accidentes*. En los niños de muy poca edad en los que existe más bien plegamiento que fractura, se procurará intentar de obtener el enderezamiento por medio de ventosas aconsejadas y recomendadas por algunos. Si esto no es posible (después de varias tentativas), operar. B. Si el hundimiento es *poco marcado*, pero que haya *perturbaciones*, operar siempre.

No hay *perturbaciones*. En este caso, si el hundimiento ocupa la region motriz ó las regiones vecinas, debe operarse, porque los accidentes aparecieran tarde ó temprano casi fatalmente. Si por el contrario, ocupa un sitio muy distante de la zona rolándica, como los lóbulos frontales ú occipitales por ejemplo, podría permitirse la expectación pero armada, esto es, lista para intervenir.

Estas conclusiones se deducen forzosamente de las proposiciones enunciadas más arriba, tales son: 1º Que los estragos de la tabla interna son siempre más considerables de lo que indica la deformación exterior; 2º Que los casos de tolerancia perfecta y durable son más raros de lo que se cree; 3º Que en fin, los riesgos de una operación practicada con la técnica y la asepsia de precepto en la actualidad, no son comparables, en la mayoría de los casos, á los de un hundimiento abandonado á sí mismo, por mínimo que parezca.

3° *No hay hundimiento perceptible. Fractura vítrea posible.* Es en estos casos principalmente en los que tienen gran importancia los conmemorativos y los síntomas precoces de irritación por las esquirlas. Si se llega á demostrar claramente alguno de estos síntomas, es necesario trepanar á la mayor brevedad. Si por el contrario, aquellos no son claros, pero que se supone sin embargo la fractura, se puede estar aún autorizado á trepanar, en razón de la extrema gravedad del pronóstico con la abstención; aun en el caso en que en ningún síntoma positivo denuncie la lesión, es necesario tener al enfermo en la observación más estricta y estar presto para obrar á la menor indicación.

¿Cuándo es necesario operar? Lo más pronto posible, desde que la indicación se impone, es decir, en las primeras horas que siguen al traumatismo.

No es indiferente operar desde luego ó esperar para intervenir que la indicación se haya hecho formal por una complicación más ó menos grave. El pronóstico difiere notablemente en los dos casos.

Es indudable que una trepanación secundaria, aun en el caso de una fractura infectada, tiene algunas probabilidades de éxito; si se hace bien, puede obtenerse la curación; pero cuántas veces hemos visto que por ser la operación defectuosa, incompleta y adolecer de algún otro defecto, que librados los enfermos de sus crisis epileptiformes, conservan sin embargo, pesantezas de cabeza, cefalalgias, debilidades musculares y aun parálisis; tristes y evidentes pruebas de una alteración cerebral, que un diagnóstico y una intervención precoces habrían podido evitar.

Todo retardo es, pues, perjudicial para el enfermo, dejando libre el campo á la infección y á las otras complicaciones. Esto es también aplicable aún al trépano curativo secundario: una meningitis localizada puede hacerse difusa; un absceso puede abrirse en los ventrículos.

La indicación es menos apremiante y más subordinada á la gravedad de los síntomas, en el trépano tardío. Es verdad que se puede operar en todos los períodos, pero las probabilidades de éxito disminuyen tanto más, cuanto más tardíamente se interviene. Sin embargo, el precepto conocido por todos: *más vale tarde que nunca*, encuentra aquí también su aplicación. En efecto, se pueden obtener curaciones de epilepsia, por ablación de esquirlas, aberturas de abscesos, etc., hasta diez, quince, diez y ocho y aun treinta años después del traumatismo inicial.

No escasean los hechos de este género en la literatura médica extranjera, como también se registran algunos en la nuestra. La sola contraindicación consiste en la existencia de degenerescencias secundarias (amiotrofias, contracturas).

¿Se debe operar en el coma? Esto depende de los casos: si se trata de un herido condenado á una muerte cierta, por el hecho del *chocque*, de la conmoción, como sucede en los grandes traumatismos del cráneo; evidentemente que no podría pensarse en una intervención que nada puede suprimir ó remediar y que sí viene á agregarse al traumatismo aumentando su gravedad. Tal era el caso que en seguida referimos en el que las lesiones por contragolpe superaban tanto al hundimiento, que una trepanación habría sido cuando menos inútil.

OBSERVACION PERSONAL E INEDITA DEL DR. VELEZ *

Fractura de los parietales con hundimiento; muerte por lesiones de contragolpe.

X. . . 42 años, caído de una altura de 4 metros, á las 8 (a. m), se le socorre hasta después de medio día.

El herido está en el coma, tiene el pulso muy lento (36 por minuto), muy débil y solo responde á fuertes excitaciones por movimientos poco pronunciados de los cuatro miembros. Cuando se les levanta y abandona á su propio peso caen pesadamente. La sensibilidad está muy disminuida y retardada, sobre todo en el brazo derecho; los miembros inferiores están fríos.

Respiración ligeramente estertorosa. No hay desviación de los ojos; la pupila derecha está muy dilatada, la izquierda retraída; no reaccionan á la luz. No hay escurrimiento, ni por las orejas, ni por la nariz, ni por la boca. Ligera equimosis palpebral izquierda. Del mismo lado, un gran hematoma cubre toda la superficie comprendida entre la línea media sagital y el arco zigomático que desciende hasta detrás de la oreja. A este nivel, se nota una cicatriz antigua de 8 centímetros. En la parte posterior mediana del occipital, se ve una herida contusa, y bajo el hematoma que cubre la región, parece sentirse crepitación huesosa. Una presión más fuerte y continua permite, sin gran trabajo, afirmar la existencia de un hundimiento huesoso. La muerte sobrevino en la misma noche, poco antes de las dos de la mañana.

Autopsia. Debajo de un hundimiento oluminoso, se encuentra, en la parte posterior del cráneo un hundimiento considerable, correspondiendo á la extremidad de la sutura sagital, un poco arriba del ángulo del occipital. El fragmento desprendido tiene una forma irregularmente elíptica y mide en su gran diámetro, que es vertical, 7 centímetros, y en su diámetro transversal 5 ó 6 centímetros. Los dos tercios de este fragmento pertenecen: uno al parietal derecho, el otro al parietal izquierdo. Cuanto al hundimiento, se le puede valorar como del espesor mismo del hueso á este nivel, siendo

* Esta observación la debo á la amabilidad de mi distinguido amigo el Sr. Dr. Velez la que forma parte de su riquísima colección inédita.

más pronunciado en la parte superior. Un pequeño fragmento de forma romboidal está unido á la izquierda del fragmento principal.

Del ángulo superior de este fragmento parte una primera fisura que atraviesa todo el parietal y va á perderse en la base del cráneo. Otra fisura mucho menos larga, parte del ángulo y se prolonga 4 centímetros sobre el occipital. Se nota también sobre el parietal izquierdo, un poco arriba y atrás de la sutura temporal, un hundimiento antiguo, angular, que mide 5 centímetros de altura por 2 centímetros de ancho, perfectamente soldado y consolidado, acerca del cual no se puede obtener ningún antecedente. Este hundimiento tiene la forma de un huso perfectamente regular. Los dos bordes están claramente dibujados por dos líneas curvas muy regulares, uniéndose por sus extremidades. Un tercer vestigio de fractura divide el huso en su grande eje en dos alas iguales, marcando la línea de aplicación del instrumento contundente que es probable haya sido de forma angular.

El máximo del hundimiento corresponde á la mitad de esta línea y mide casi medio centímetro. Aunque la consolidación sea perfecta y sin engrosamiento apreciable de los huesos, las huellas de fractura se perciben aún con bastante claridad.

No sucede así en la cara interna del cráneo, en donde este hundimiento no se manifiesta sino por una saliente en forma de cresta en el punto correspondiente, sin huella apreciable del trazo de fractura. Esta saliente está cruzada por los ramos de la meníngea, los que han sido rechazados, pero no heridos.

¿De cuándo databa este traumatismo? ¿El herido conservaba algunos accidentes? Desgraciadamente no nos es posible decirlo porque no pudimos averiguarlo.

Al nivel de la fractura reciente no había nada anormal entre el hueso y la dura madre. Sobre las circunvoluciones del hemisferio izquierdo, en relación directa con el fragmento hundido, se encuentran algunas manchas equimóticas superficiales; á la derecha por el contrario, las lesiones ocupan toda la región temporo-esfenoidal y sobre todo las fosas cerebrales media y anterior, en donde se encuentra un coágulo sanguíneo en nata, de un centímetro de espesor.

Del lado de la cavidad, las lesiones son, pues, principalmente *lesiones de contragolpe*.

Haciendo varios cortes en la masa encefálica, se puede ver que la alteración de la substancia cerebral no era sino superficial; apenas si se percibía algo de reblandecimiento al nivel de las equimosis. Nada, absolutamente nada, ni en los ventrículos ni en el bulbo.

Pero si el estado del enfermo es el resultado de una complicación, si sobre todo, se puede diagnosticar una lesión de compresión, tales como un derrame sanguíneo ó un absceso, el coma y el estado grave, lejos de ser un obstáculo para la intervención, son por el contrario, un motivo para hacerla más urgente. En efecto, existe ahí un obstáculo que hay que suprimir y es en los casos de este género, operados *in extremis*, en los que se han verificado verdaderas resurrecciones.

¿Cómo debe trepanarse? ¿Qué condiciones debe reunir una trepanación para ser buena y seguida de éxito? De un modo general se puede decir que debe:

1° Suprimir todo lo que pueda ser una causa de compresión, de irritación ó de infección.

2° Aseptisar la herida y ponerla en estado de curar como una herida simple.

A. El primer tiempo comprende la ablación de las esquirlas, de los cuerpos extraños, de los coágulos, de la substancia cerebral en papilla y en general de todos los tejidos condenados á esfacelarse. Decimos ablación y no levantamientos de los fragmentos y vamos á dar la razón por qué.

El levantamiento externo de los fragmentos, por medio de ganchos ú otros instrumentos, es un método absolutamente defectuoso y merece ser proscrito. Es en efecto, ciego, insuficiente y peligroso. Obrando así se puede dar á la bóveda su convexidad exterior, es cierto, pero se expone: á no suprimir la causa de la compresión que puede persistir por el hecho de las esquirlas de la tabla interna; á dejar en la herida las esquirlas, coágulos, restos de substancia cerebral, etc., agentes todos de complicaciones; por último, se cierra una herida más ó menos anfractuosa que tiene necesidad de ser ascada, regularizada y canalizada.

Hacemos, sin embargo, una excepción para el levantamiento en los niños pequeños, en los que como ya hemos dicho no hay fractura propiamente hablando: ni sobre todo estrelladura de la tabla interna.

Cuanto á la reimplantación de los fragmentos después del tratamiento de la herida cerebral, aconsejada por algunos é intentada con peor ó mejor éxito, se concibe fácilmente que esto es otra cuestión que merece ser tratada aparte.

En ciertos hundimientos, anchos sobre todo, la ablación de los fragmentos puede hacerse fácilmente, sin que haya necesidad de trepanación, por medio de una simple pinza ó una palanca. Mas comunmente, los fragmentos están tan bien enclavados ó engranados los unos en los otros, que es imposible extraerlos sin quitar previamente una porción de hueso en su periferie.

En fin en los pequeños hundimientos muy limitados, los producidos por instrumentos punzantes ó cortantes por ejemplo, se quita por el trépano ó con la tijera, una rondela huesosa al centro de la cual debe corresponder la lesión. Muy frecuentemente las esquirlas que quedan más ó menos fijas al derredor del orificio son separadas al mismo tiempo. Pero en todos los casos, la exploración minuciosa de la he-

rida meningea ó cerebral si existe, debe hacerse con los ojos pero mejor y principalmente con el dedo. Recorriendo con el dedo en todos sentidos al derredor del orificio de trepanación y en la herida, se apreciarán las menores asperezas que podrían demostrar la existencia de una esquirla más ó menos enclavada en el cerebro. Este punto es muy importante de observar si no se quiere exponer al riesgo de hacer una operación incompleta.

Los cuerpos extraños deben buscarse igualmente por el mismo método y extraerlos si existen, como las esquirlas, lo más suavemente posible. En ciertos casos podría emplearse el aparato de Trouvé cuya utilidad es bien notoria como se hizo por Duret en una interesantísima observación que transcribimos íntegra.

FRACTURA CON ESQUIRLAS DEL PARIETAL IZQUIERDO

Afasia.—Extracción de las esquirlas y de la bala con el aparato de Trouvé.—Curación. (Duret. Soc. de ciencias médicas de Lila.)

«Una mujer de 40 años, recibe una bala de revólver en el lado izquierdo del cráneo, en un punto correspondiendo á la intersección de la línea curva temporal con la circunferencia de un plano frontal pasando por los conductos auditivos externos. Pto-sis incompleta, afasia, monoparesia braquial derecha. Estos accidentes son la consecuencia de una lesión cerebral directa, producida por la bala, ó por una esquirla; ó bien constituyen la expresión sintomática de una hemorragia en foco? Localmente existe una herida de 3 á cuatro centímetros de diámetro al derredor de la cual el cuero cabelludo está levantado. Después de algunos días y habiendo venido la fiebre, los síntomas hacen temer el desarrollo de una meningio-encefalitis.

«Duret se decide á buscar la bala. Introduce un estilete en la herida y llega sobre un cuerpo duro, produciendo una ligera resonancia, quizás huesosa. La aplicación del explorador de Trouvé no da entonces sino un resultado negativo. Inmediatamente se practica nivel de la herida una incisión crucial, la que permite ver abajo de los tegumentos craneanos, en la lámina huesosa, un trayecto que tiene mayor diámetro que el de la herida de las partes blandas, lleno en parte por un magma negrozco; el hueso está tallado en bisel, á expensas de la tabla interna; un cuerpo duro ocupa la parte posterior del trayecto. Se pone en contacto con él el estilete de Trouvé é inmediatamente comienza á funcionar el vibrador. La bala enclavada entre las dos tablas huesosas, fué extraída fácilmente con la gubia. Se hizo asimismo la extracción de muchas esquirlas que provenían, sobre todo, de la tabla interna y que comprimían el cerebro. *Toilette* de la herida, sutura de los colgajos tegumentarios, curación antiséptica. Las perturbaciones cerebrales, entre ellos la afasia, se disiparon poco á poco; la enferma curó al cabo de dos semanas.

Debe evitarse sin embargo, como lo aconseja Fauchón-Villeplée, las prolongadas y penosas pesquisas para las balas por medio de los instrumentos diversos que se han imaginado, más ó menos ingeniosos,

es verdad, pero peligrosos siempre. Es preferible el dedo ó una sonda blanda de goma, que serán siempre los mejores guías.

El profesor Berger ha insistido mucho en este punto, demostrando que, á menos de circunstancias particulares, que faciliten la extracción, las balas, y muy particularmente las de pequeño calibre, deben abandonarse.

A la vez que se extraen las esquirlas y cuerpos extraños, debe quitarse de la herida todo aquello que sea séptico ó pueda llegar á serlo como coágulos, pus, falsas membranas, papilla ó lodo cerebral, restos de meninges, etc; ya por medio de una cucharilla suave y prudentemente manejada, ó con el dedo, ó con un tapón ó una corriente de agua. Por último, se hará la *hemostasis*, si hubiere necesidad. Esta puede hacerse tanto sobre los vasos venosos como arteriales, ligándolos, ó sobre los senos. En este último caso, si la herida es pequeña, podrá intentarse la ligadura lateral ó aun la sutura; también podría hacerse la ligadura ó el taponamiento por medio de tiras de gasa ó manojitos de hilos de catgut.

Con el fin de proporcionarse un campo operatorio suficiente que permita la fácil ejecución de estas diversas maniobras, *no debe vacilarse en hacer los sacrificios huesosos necesarios*.

2° Queda por realizar la *asepsia*, la *regularización* y el *drenaje* de la herida.

Esto puede obtenerse, y se obtiene, por un asco cuidadoso de la cavidad por medio de tapones de gasa empapados en una solución anti-séptica, ó en ciertos casos por lavados apropiados. Los *antisépticos violentos* y principalmente el sublimado, aun en solución débil, deben proscribirse. Es preferible el agua boricada ó el agua esterilizada.

La herida huesosa debe regularizarse, quitando los ángulos y aristas que haya. Por último, se favorecerá el fácil escurrimiento de los líquidos por una *canalización bien declive y suficientemente prolongada*.

Para dar al drenaje una dirección declive no hay inconveniente en agrandar la herida huesosa ó aun hacer un nuevo orificio. La canalización debe comprender *toda la profundidad de la herida* y no solamente el cuero cabelludo ó las meninges como algunos lo han hecho; si fuere necesario, aun las meninges deben desbridarse. Hecho el buen drenaje, hay que conservarlo el mayor tiempo posible, sobre todo si se

trata de una herida anteriormente infectada. Las suturas y la curación no tienen nada de particular, solo que esta última debe ser ligeramente compresiva.

Más tarde, si hubiere una pérdida considerable de hueso de la bóveda, será muy conveniente proteger el encéfalo por medio de una placa metálica.

Para las trepanaciones tardías, se procederá como queda indicado, haciendo la ablación de las esquirlas y aun del tejido de cicatriz. Si no se encuentra en el cráneo y en las meninges la explicación de los accidentes observados, podrán llevarse más lejos las investigaciones y se estará autorizado para buscar por la punción ó la incisión un absceso central supuesto.

Insistimos muy particularmente en la frecuencia de los abscesos corticales subyacentes á las esquirlas, que comprimen la dura madre sin hierla y no se revelan por ningún signo exterior. Es, pues, necesario pensar siempre en ellos y puncionar, en la duda, sobre todo si ha habido fiebre en un momento dado.

¿Cuál es el lugar de elección para la intervención? Según Glanzenay puede inferirse por dos signos. *El signo síntoma y el signo exterior, el hundimiento.*

(a) Si hay superposición de la localización cerebral y de las lesiones exteriores, el sitio de la operación está dos veces indicado;

(b) Si no hay correlación, se recurrirá al más claro de los dos: al hundimiento, si es considerable y el signo síntoma poco preciso; á este último por el contrario, si es muy claro, y si en recompensa el signo exterior es poco indicativo. *En la duda, preferir más bien la localización.*

(c) Si alguno de los dos falta se aprovechará el que exista.

(d) Faltan los dos: entonces se trepanará ya en el lugar presumido de la violencia inicial, ó ya más bien, según el consejo de Championière, poniendo ampliamente á descubierto, con todo intento, la zona rolándica (Broca y Maubrac).

Cuidados consecutivos.—Tienen que ser de la mayor importancia. Intencionalmente omito hablar de las curaciones, para referirme solo á las condiciones que se requieren para obtener un buen resultado. El reposo, la tranquilidad y la inmovilidad; el reposo del espíritu y del cuer-

po son absolutamente indispensables. Una obscuridad relativa es muy favorable. Al menor signo de encefalitis, aplicaciones de hielo á la cabeza.

En caso de herida sucia por el lodo, por el estiércol ú otra causa cualquiera, será muy conveniente hacer algunas inyecciones de suero antitetánico como preventivos.

Debe evitarse con el mayor cuidado el menor choque, la menor exploración de la herida en los trepanados, sobre todo cuando ha habido meningo-encefalitis. Generalmente después de la intervención se produce una calma; pero el peligro no ha terminado; queda cierto grado de meningo-encefalitis latente que no se apaga sino muy lentamente, se enciende á la menor causa y la consecuencia es las más veces fatal.

Aun después del período de curación operatoria, los trepanados deben ser también estrictamente vigilados y sometidos á una higiene especial. Evitarán no sólo los choques y los accesos violentos, sino todo lo que puede congestionar el cerebro y las meninges: como el esfuerzo, la embriaguez, el coito, la cólera, etc..... Los casos de muerte violenta no son raros en los trepanados recientemente curados que no se someten á estas reglas. Los cien días que exige A. Paré para proclamar la curación definitiva no son exagerados.

El día de la operación y algunas veces los siguientes, no sería raro que continuaran las crisis epileptiformes ó aún aumentaran de intensidad bajo la influencia de la atrición que acompaña el levantamiento algunas veces penoso de las esquirlas (sobre todo si hubo complicación séptica). Pero este estado de cosas no dura mucho y rápidamente desaparece. En estas condiciones nunca es la prueba de una operación defectuosa.

Por el contrario, cuando en un lapso de tiempo, después de una intervención, se ven reaparacer accidentes cerebrales (sobre todo si son imputables al sitio mismo), es más que probable que un residuo, esquirla, absceso, etc., ha permanecido, y se impondrá una segunda operación. Será, pués, preciso convencerse de la supresión de tales obstáculos, so pena de ver sobrevenir los más graves accidentes.

Otra indicación para reoperar suele presentarse alguna vez, y en un breve espacio de tiempo con cierta violencia; es ésta cuando después de la primera intervención, los accidentes persisten sin disminuir en nada, lo cual es una prueba evidente que la causa continúa. En tal caso, se puede y debe reoperar si, doce, quince ó veinticuatro horas á lo

más después de la intervención, no se ha producido ningún cambio favorable en la situación.

No basta hacer una operación completa, es necesario también, (y preciso es insistir sobre este punto), haer *un drenaje bien entendido y suficientemente prolongado* de la herida cerebral, especialmente si ha supurado ó si se ha ensuciado con materias sépticas tales como: lodo, tierra ó cuerpos extraños. No hay pues, que violentarse en suprimir el drenaje inmediatamente que desaparezca el escurrimiento; hay que dejarlo por lo menos cuatro ó cinco días después de desaparecido aquél. Muchos de los abscesos secundarios son debidos á la supresión precoz del drenaje cuyas consecuencias son que deja cerrar la herida cutánea sobre un foco de encefalitis aun no extinguido.

Así pues, hay que desconfiar de estos abscesos, en los trepanados que conservan algunas perturbaciones y que han tenido, aun cuando haya sido pasajera, una elevación de temperatura después de la operación, á pesar de haberse hecho la reunión por primo intento.

Por último, en los casos en que la trepanación haya sido proscrita, rechazada ó ineficaz, podrá recurrirse á los medios médicos: medicación bromuradas y antiflogística.

En 1893 Guermoprez refirió á la Sociedad de Cirugía francesa un caso de curación de perturbaciones nerviosas consecutivas á una fractura, por las emisiones sanguíneas repetidas. Estas perturbaciones consistían en cefalalgía, debilidades, lipotimias, etc., lo que es insuficiente para probar el valor del método contra los accidentes más graves, como epilepsia ó parálisis, por ejemplo. Estos medios pueden quizá tener una acción preventiva ó curativa sobre las crisis de congestión encefálica; pero nunca podrán dar resultados definitivos ni menos reemplazar la trepanación cuando esté indicada.

Modo de intervenir.--Una palabra solamente voy á permitirme respecto á los diversos modos de intervención y del instrumental indispensable en los hundimientos con esquirlas.

Algunas veces, bastan la pinza para huesos y la palanca, ó bien se agrega la pinza cortante que permite agrandar y regularizar suficientemente la abertura.

Cuando sea necesario trepanar más ampliamente, puede utilizarse el trépano de corona, ó mejor aún servirse de la tijera ó de la gubia con el martillo. Manejados con cuidado, permiten quitar la cantidad de

hueso que se quiera, siguiendo la forma que se desee, y esto, sin peligro alguno para el enfermo. En muchos casos la resección del temporal, según el método de Wagner podrá ser seguida de la reimplantación del rodete huesoso.

Cuanto á los inconvenientes del choque repetido del martillo, se les ha exagerado mucho. Sin embargo, se les puede atenuar en gran parte con solo mantener sólidamente el cráneo sobre un cojín resistente; de arena por ejemplo, ó de crín. He visto alguna trepanación con la tijera, ejecutada con la destreza y habilidad que le era peculiar al inolvidable Pean. En unos cuantos minutos pudo hacer un colgajo osteo-cutáneo de 8 ó 10 centímetros, que levantado permitió la exploración del cráneo.

En fin, el procedimiento de craneotomía con la sierra circular de Doyen, podría utilizarse en algunos casos; pero generalmente es más bien aplicable á las craneotomías amplias; para descubrir todo un lóbulo y quitar un tumor, que para extraer y regularizar un foco con esquirlas.

En resumen, el tratamiento de los hundimientos con esquirlas del cráneo, no debe diferir en nada del de los traumatismos análogos en las otras regiones. Quitar las esquirlas salientes y los cuerpos extraños, limpiar, aseptizar, regularizar la herida, hacerla simple en una palabra; preparar, facilitar el trabajo de la NATURA MEDICATRIZ: tal debe ser el objeto del cirujano.

La susceptibilidad particular del encéfalo no podría ser un obstáculo para la intervención, una excusa para la abstención. Es indudable que esta intervención reclama cuidados más grandes y una asepsia más perfecta, pero ésta solo es más imperiosamente indicada.

Cuando la indicación es clara y que el cirujano se coloca en las condiciones de técnica y asepsia requeridas, no debe temerse más trepanar un cráneo que abrir un vientre.

México, Febrero 14 de 1900.

E. R. GARCÍA.

medico