

a los que acabo de describir, las valvas del "saco herniario principal tienen adheridas en su cara interna las tiras que resultan de la inversión de los fondos de saco secundario, y en estas condiciones se utilizan las valvas exclusivamente para hacer plegaduras y sobreposiciones en la porción anterior sobre una ancha zona de vientre, hasta donde lo permita la extensión de ésta y de acuerdo con una disposición especial que se verá mejor en los esquemas correspondientes que al final se proyectarán. Una vez plegada la membrana en la forma más conveniente, se tiene cuidado de sembrar puntos de sutura convenientemente distribuidos en toda la superficie, para evitar los espacios muertos que podrían perjudicar la cicatrización por primera intención, que es requisito indispensable. El reforzamiento del vientre por este otro procedimiento ha quedado hecho por seis planos aponeuróticos reforzados por la acción protectora de los músculos del abdomen, que han vuelto a su lugar. Cuando la cicatrización ha terminado se experimenta con toda claridad la resistencia de enorme plastrón fibroso, colocado exactamente en la porción anterior del vientre, sitio que tiene como ya se sabe importancia capital en el esfuerzo que la presión abdominal ejerce sobre la pared y que tiene que sufrir con motivo de las actividades propias de la vida.



Un nuevo caso de traumatismo craneano tratado por la operación de Ody

Por el Dr. JOSE ANGEL PESCHARD,
socio correspondiente en Durango.

En una comunicación anterior me permití someter a la consideración de ustedes un caso de traumatismo craneano, de apariencia grave, el cual fué tratado por la operación de Ody con resultados favorables. Posteriormente he tenido oportunidad de aplicar la misma intervención en un caso semejante, también terminado satisfactoriamente. Se trataba de un hombre de 38 años que había caído de un caballo, recibiendo el traumatismo en la parte superior de la región occipital. Fué levantado sin conoci-

* Trabajo leído en la sesión del 10 de mayo de 1939.

miento y transportado a su casa y no volvió a recuperarlo sino a los dos días; unas horas después de haber sido operado.

Presentaba un hematoma en la región occipital sin poder advertir hundimiento óseo; hemorragia moderada por el conducto auditivo izquierdo, midriasis con disminución del reflejo pupilar a la luz. El pulso era de 65 por minuto, la respiración irregular, temperatura de 38.2. La pérdida de conocimiento completa. Se pensó en la posibilidad de una fractura de la base del cráneo, y adoptando una actitud expectante, se le sometió solamente a una medicación hipotensiva por inyecciones intravenosas de sulfato de magnesio al 15 por ciento. Se le hizo poner una bolsa de hielo en la cabeza. En las tres horas siguientes se observó una mejoría ligera, consistente en aumento de la frecuencia del pulso, regularización de los movimientos respiratorios, y el estado de coma menos profundo.

Sin embargo, la mejoría fué pasajera, y volvieron a agravarse los síntomas ya enunciados, presentándose además vómitos, y aumento de la presión arterial: 160-120. Se hizo punción raquídea que dió líquido hemorrágico, a presión alta; pero que bajó prontamente.

La comprobación de un bloqueo, sea en el orificio occipital por coágulos de la gran cisterna, o bien por obstrucción intraventricular, hizo proponer la intervención quirúrgica, que fué aceptada por la familia. Se pensó como primer tiempo, hacer canalización suboccipital por un Ody; a reserva, si resultaba infructuosa, de hacer la canalización ventricular, ya fuera por punciones repetidas, ya por introducción de drenes filiformes. Hecha la primera parte, con la técnica ya conocida, la cual dió salida a abundante líquido céfalo-raquídeo hemorrágico y algunos coágulos, se pudo observar, al poco tiempo, iniciarse la mejoría: aumentar la frecuencia del pulso, regularización de la respiración, disminución de la hipertermia. Tres horas después comenzó a recuperar el conocimiento, aun cuando tardó algunos días en recuperarlo por completo. La observación del enfermo continuó cuidadosa por espacio de algunos días, temiéndose, si se reagravaban los síntomas de bloqueo, tener necesidad de atacar el cerebro mismo, para canalizar los ventrículos. Afortunadamente no hubo necesidad de llegar a tal extremo.

La evolución post-operatoria continuó favorable. El escurrimiento de líquido céfalo-raquídeo dejó de ser hemorrágico al 7o. día, y a las doce desapareció completamente. La herida quirúrgica estuvo completamente cicatrizada a los 20 días, habiéndose practicado, sin embargo, durante ese tiempo, tres punciones raquídeas cuando ya no salía líquido por la incisión; y algunas inyecciones de sulfato de magnesia que se pensó ayudarían al más rápido restablecimiento.

Parece que no hay un acuerdo todavía en lo que se refiere al tratamiento quirúrgico de los traumatismos graves del cráneo, y menos aún, al lugar que debe corresponder a la trepanación de Ody, entre las diversas intervenciones que pueden estar indicadas en tales traumatismos.

Es evidente, desde luego, que hay casos benignos en los cuales la abstención es suficiente. Lesionados cuyo cuadro sintomático se atenúa rápidamente, que recuperan pronto el conocimiento, y cuya mejoría es ininterrumpida. Sin embargo, no hay que olvidar que hay casos en los que se ha emitido ya un pronóstico favorable, y que se agravan bruscamente por la aparición de una hemorragia en las meninges, por ejemplo.

Hace pocas semanas observé un caso semejante: un niño de diez años se encontraba presenciando un juego de básquetball sentado casi en la orilla de la cancha. Durante el juego, uno de los jugadores accidentalmente lo derribó, haciéndolo caer hacia atrás. Fué llevado a su casa sin conocimiento, aun cuando a las dos horas lo recuperó. Posteriormente sólo presentó cefalea moderada, sin tener ningún otro síntoma de importancia. Al tercer día, cuando se tenía ya emitido un pronóstico favorable, pensando que sólo había sido una conmoción moderada, presentó signos de compresión rápida: cefalea intensa, vómitos, coma, y retardo del pulso; habiendo muerto en dos horas, sin dar tiempo a usar otros recursos para su tratamiento. Así, pues, ni aun en los casos aparentemente benignos puede decirse que hay seguridad de salir adelante con la simple abstención; pero sí que mientras un caso se manifiesta benigno, no es razonable intervenir quirúrgicamente.

Tenemos, en el extremo opuesto, casos de gravedad extrema, en los cuales no hay mucho tiempo para obrar quirúrgicamente, o

aun cuando lo haya, el estado del enfermo no da grandes probabilidades de éxito. Creo, sin embargo, que este género de traumatizados puede dar algunos éxitos a la operación de Ody probablemente más que a la simple abstención. Es evidente que se necesitará mucho tiempo para poder formar estadísticas que puedan juzgar definitivamente.

No solamente la mayor o menor gravedad del trauma determinarán la indicación operatoria, sino la naturaleza de la lesión y su situación. Así, por ejemplo, una fractura de la bóveda nos hará intervenir en ese mismo lugar, y en los casos en que se sospeche bloqueo interno, se puncionará el ventrículo lateral correspondiente si es posible por el mismo orificio de la trepanación y si no, practicando uno adecuado.

Tampoco recurriremos a la operación de Ody en los casos de compresión cerebral, ya sea extra, ya intradural. Los puntos de la trepanación son conocidos, y nos ayudaremos por los signos de localización.

Para resumir, me parece que se pueden aplicar dos criterios para determinar las indicaciones de la operación que nos ocupa.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el establecimiento de un síndrome de hipertensión ventricular, aun con bloqueo, nos indicará la conveniencia de practicarlo; habiendo posibilidad de que haya que complementarla con punciones y aun canalización de uno o de ambos ventrículos laterales.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el establecimiento situación de las lesiones determinarán también la línea de conducta. La intervención se hará sobre la lesión misma, siempre que sea accesible; por ej.: fractura de la bóveda con o sin hundimiento, hematomas de la convexidad, etc. Si la lesión no es accesible o no está bien determinada, como pasa en muchos casos de hipertensión ventricular, se recurrirá a la trepanación atlanto-occipital.

Esta operación, que en algunos medios científicos no ha sido bien acogida en un principio, creo que merece ser empleada algunas veces y ya tiene su lugar en algunas tratados de técnica quirúrgica.

La técnica es algo laboriosa por la profundidad a que se encuentra el arco posterior del atlas, la cual se reduce un poco, co-

locando la cabeza en hiperflexión. Una incisión sobre la línea media desde la protuberancia occipital externa hasta la cuarta o quinta vértebras cervicales, haciendo dos colgajos laterales con todas las partes blandas, lo que se facilita, desinsertando parcialmente del occipital los músculos trapecio y gran complejo, y más profundamente los pequeños rectos posteriores.

Puesto al descubierto el arco posterior del atlas, se le hace una resección de unos dos centímetros, para descubrir mejor la membrana occipito-atloidea, que se presenta abombando un poco. Se le hace una incisión a un lado de la línea media, lo cual da salida a líquido céfalo-raquídeo en abundancia, hemorrágico, y generalmente acompañado de coágulos. Después de esto, se sutura parcialmente, dejando una canalización de gasa que facilite la salida del líquido.

La canalización queda, pues, no solamente en punto declive, sino que hace la derivación de la cisterna magna en la convergencia de los lagos y espacios sub-aracnoideos de la bóveda y la base, con el sistema interno de cavidades ventriculares por los orificios de Magendie y de Luschka.

B I B L I O G R A F I A

- F. Ody.—Archives of Neurology and Psychiatry. Vol. XXVIII. No. 1. pág. 112.
 F. Ody.—Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Año LXIII. No. 4, pág. 94.
 Wright, Greene & Smith.—Archives of Surgery. Vol. XXVII. No. 5, pág. 878.
 Turco.—Bolletino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia. Vol. IV. No. 1, pág. 27.
 Lenormant et Patel.—Journal de Chirurgie. t. XLII, pág. 8.
 E. S. Gurdjian.—Annals of Surgery. Vol. XCVII. No. 3, pág. 327.
 R. Leriche.—Bullétins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, tomo LIX, pág. 381.
 L. Sabadini.—Journal de Chirurgie, t. XLII, pág. 362.
 R. Denis.—Ibid, pág. 874.
 R. Dumas.—Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris, t. XXVI. Nos. 1 y 2, págs. 65 y 57.