



CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LOS

Traumatismos de la Bóveda Craneana

CON LESION DEL TEGUMENTO ESTERNO

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA

PRESENTADA A LA UNIVERSIDAD PARA OPTAR AL GRADO DE

Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia

POR

CARLOS A. DOREN NOVOA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA MODERNA, 2015 MONEDA

Museo Nacional de Medicina
1899
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



8324





CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LOS

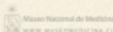
Traumatismos de la Bóveda Craneana

CON LESION DEL TEGUMENTO ESTERNO



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

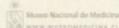


MEMORIA

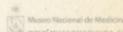
PRESENTADA A LA UNIVERSIDAD PARA OPTAR AL GRADO DE

Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia

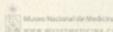
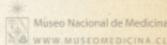
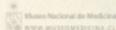
POR



CARLOS A. DOREN NOVOA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

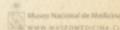
IMPRENTA MODERNA, 2015 MONEDA



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1899





CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO



Museo Nacional de Medicina

DE LOS

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Traumatismos de la Bóveda Craneana

CON LESION DEL TEGUMENTO ESTERNO



Al emprender el presente trabajo, tomando como base los resultados obtenidos en los casos observados en nuestros servicios de Clínica, abrigo la esperanza de que las conclusiones que de él se desprendan, ofrezcan algún interés práctico i puedan servir así, para ayudar al cirujano en la norma de conducta que debe seguir ante los distintos estados en que puede encontrar a estos enfermos.

Siendo estas lesiones del dominio de la Clínica Quirúrgica, he querido concretarme especialmente al punto que se refiere a la intervencion i, sobre todo, a tratar de determinar hasta dentro de qué límites está autorizada. Para llenar este objeto, mencionaré la opinion de los autores que me ha sido posible consultar durante este estudio, lo que servirá, sin duda, para dar mayor estabilidad i fundamento a las conclusiones que como consecuencia se deduzcan.

No siendo posible aislar en absoluto las lesiones del cráneo, de las perturbaciones que se producen en el cerebro, por la accion del agente traumático, ni de sus complicaciones, me referiré tambien a algunas de ellas, ya que es necesario tomarlas muy en cuenta al decidir la intervencion o cualesquier otro tratamiento que se acepte.



En el párrafo siguiente mencionaré los datos que he obtenido de las obras consultadas, respecto a los distintos casos que se presentan; a continuacion relataré las observaciones sujeridas por el estudio de estas mismas observaciones, i en último término resumiré las conclusiones concernientes al objeto de este trabajo.

I

La lesion mas simple del cráneo en presencia de la cual podemos encontrarnos es la que no compromete el hueso en su totalidad, limitándose sólo a su lámina esterna.

Gérard-Marchant en estos casos sostiene que debe agrandarse la herida cutánea para facilitar su desinfeccion i aun trepanar, puesto que la infeccion de las meninjeas i del cerebro se hace con mucha facilidad al traves de la porcion esponjosa i de la lámina vítrea. Segun *Chauvel* i *Nimier*, estas complicaciones cerebrales dependerian del espesor de la pared ósea i serian mas frecuentes, por esto, en las rejiones temporal i parietal que en la frontal i occipital.

En las fisuras simples, es decir, que no se acompañan de hundimiento o de cabalgamiento de los bordes, aparte de la desinfeccion rigurosa de la herida, indispensable en toda fractura i sobre la cual no insistiré en adelante, *König* hace la sutura inmediata, si vé al enfermo en los primeros momentos consecutivos al accidente i siempre que los bordes de la herida lo permitan, para trasformar así en fractura simple una fractura espuesta. *Tillaux* procede de igual manera, siempre que estos bordes tengan tendencia a separarse. *Gérard-Marchant* acepta la espectacion, si la herida tiene poco tiempo, para intervenir, haciendo la trepanacion al menor síntoma de compromiso cerebral por infeccion. Ésta es la conducta que observa *Wiseman*. *Wolkman* sutura, pero establece drenaje, al mismo tiempo.

Si hai hundimiento o cabalgamiento de los fragmentos, pero no sobrevienen signos de compresion cerebral, se podria esperar, pero con el temor de ver sobrevenir accidentes tardíos. La intervencion estaria autorizada, en estos casos, para evitarlos; así lo sostienen *Sedillot*, *Beckel*, *L. Champignière*, *Trelat* i *Quénu*; i otros como *Bergmann*, *Pirogoff*, *Weismann*, *Drew-Seydel* i *Horsley* con el objeto de desinfectar la herida. Los resultados de esta práctica son mui satisfac-



torios i *Wagner*, sobre 83 casos en estas condiciones, ha obtenido 81 éxitos i dos muertes, i *Lesser*, sobre 33, sólo ha tenido una meningitis. *Kœnig* i *Rosser* han abandonado el trépano, reemplazándolo por pinzas, elevadores, cincel i martillo.

Si, por el contrario, se manifiestan síntomas de compresion cerebral, la intervencion inmediata es aceptada por todos, partiendo de la base de que se haga con seguridad el diagnóstico de su sitio.

En las fracturas comminutas, *Kœnig* es partidario de agrandar la herida i extraer las esquirlas; de este modo se facilita la cicatrizacion i se impide las lesiones del cerebro o de sus envolturas que pueden ser producidas por ellas. Frequentemente se observa que el compromiso de la lámina vítrea es mas vasto que el de la esterna, haciéndose necesario, para la extraccion de los fragmentos de aquélla, agrandar la herida de ésta. Menciona este autor un caso de un individuo que recibió un golpe de martillo en la rejion occipital. El fragmento que se produjo estaba encajado i dividido en varios fragmentos secundarios que se escondian bajo los bordes del resto del hueso. La fractura de la lámina interna era mas estensa. Retiró varios fragmentos i suturó la herida cutánea, previa desinfeccion rigurosa. El enfermo curó sin ninguna complicacion i al fin de año i medio la pérdida de sustancia ósea se habia llenado completamente. La intervencion fué hecha una hora despues de recibido el traumatismo.

Para intervenir en estas fracturas, *Bergmann* hace distincion de los casos en que la lesion del cráneo es mui estensa, en los cuales la terapéutica es casi nula en sus resultados i, de consiguiente, desaparece la indicacion de intervenir, i los casos en que la lesion es mas o ménos reducida, en que debe intervenir para levantar esquirlas.

Pero los traumatismos craneanos no sólo producen las fracturas de los huesos. En gran número de casos, a esa lesion se agregan graves trastornos que tienen su asiento en el cerebro; en presencia de ellos es necesario aceptar una resolucion terapéutica. Me refiero a la conmocion, contusion i compresion cerebral, a lo que agregaré las complicaciones inmediatas mas frecuentes: la hernia del cerebro i la meningoencefalitis.

Si sólo existe fenómenos de conmocion el tratamiento no



varía con respecto a la fractura misma, a lo que debe agregarse el empleo de estimulantes, derivativos intestinales, excitantes de la piel i de la mucosa del árbol respiratorio (*Gérard-Marchant*) i todavía, según *Pirogoff*, vejigatorios sobre la cabeza previamente raspada i desinfectada. *König* emplea las inyecciones sub-cutáneas de eter i aceite alcanforado, agua caliente en las estremidades i sinapismos en el epigastrio.

Si hai fenómenos de contusion cerebral, debe tratarse, por todos los medios posibles, de evitar el desarrollo de la meningoencefalitis. Las aplicaciones de hielo, los purgantes, las sanguijuelas aplicadas en las apofisis mastoides por el método de *Gama*, constituyen, para *Poulet* i *Bousquet*, la base del tratamiento. *Kirmisson* no acepta la intervencion en estos casos, porque la curacion suele sobrevenir sin necesidad de ella; *Horsley* ha practicado la trepanacion en tres individuos i sólo ha tenido un caso de muerte por shock. Es preciso abrir, dice, anchamente la dura madre, desprender los cógulos i poner nuevamente la redondela ósea.

La compresion cerebral tiene sus indicaciones cuando los síntomas que la demuestran hacen diagnosticar el sitio de ella. En muchas ocasiones estos fenómenos retroceden i es por esta circunstancia que *König* acepta la espectacion dentro de ciertos límites. Algunos cirujanos intervienen antes de que los fenómenos de localizacion se manifiesten, pero entonces los resultados de la intervencion son muy inciertos. Si hai lugar a suponer que la compresion sea debida a fragmentos o esquirlas de hueso, *Gérard-Marchant* i la mayor parte de los cirujanos intervienen desde el primer momento. En este sentido el acuerdo es unánime.

En presencia de una hernia del cerebro consecutiva al traumatismo este último autor se limita a la desinfeccion i proteccion de la masa herniada, favoreciendo la eliminacion de los productos esfacelados i cauterizando aun superficialmente. La excision i la ligadura no han dado nunca resultados; i hoi estos medios están completamente abandonados: si la hernia persiste definitivamente, *Kusmin* i *Adams* le forman una proteccion por medio de injertos de *Reverdin*. *Maclaren* estirpó una vez la porcion herniada hasta el nivel del hueso; obtuvo todo con una plancha de plata, la cual fué retirada al cabo de dos meses i obtuvo la curacion. *Bergmann* recomienda la cura antiséptica, las lociones frias i los



— 7 —

purgantes; *Poulet* i *Bousquet* consideran la compresion mas bien perjudicial que útil.

Ante una meningo-encefalitis declarada *Kœnig* se limita al empleo continuo del hielo i de los drásticos, no considerando indicada la trepanacion. Sus éxitos son mui problemáticos; sin embargo, *Wagner* habria detenido esta complicacion en dos de sus heridos, con este recurso; i *Gussebauer* ha tenido tambien un éxito. *Kirmisson* deja de un lado la trepanacion. *Horsley* en el Congreso de Berlin, de agosto de 1890, decia: "Admito que en la meningitis séptica haya indicacion para el drenaje ancho i para los lavados con soluciones antisépticas calientes. No pretendo que de este modo se tenga éxito siempre; pero debo hacer notar que esta afeccion es considerada actualmente como incurable." Ha practicado dos intervenciones de este modo i no ha obtenido sino una mejoría pasajera; pero sus dos operados estaban ya moribundos cuando intervino.

Por lo que hace a otras complicaciones que pueden producir los traumatismos craneanos, como pérdida de la memoria, trastornos de la motilidad, trastornos intelectuales, etc., no me ocupo de ellos por manifestarse de ordinario en épocas tardías. En cuanto a los abscesos cerebrales que suelen desarrollarse precozmente, todos los cirujanos están de acuerdo en que deben abrirse tan pronto como son diagnosticados i, de consiguiente, no tengo para que insistir sobre ellos.

II

Veamos ahora los resultados obtenidos en los casos de nuestros servicios clínicos, a que me he referido ántes, con las observaciones siguientes:

OBSERVACION N.º 1 (1886)

Fractura con hundimiento del frontal

Luciano Saavedra de 40 años, gañán, entró al servicio el 4 de mayo, a la Sala de San José.

Por el exámen se comprobaron varias heridas del cuero cabelludo, una de las cuales, situada en la parte media de la region frontal, de tres centímetros de largo, presenta un despegamiento como de dos centímetros en su lado izquierdo; debajo

— 8 —

de este colgajo se percibe un hundimiento circular mas o menos del tamaño de una moneda de diez centavos. No presenta ningun síntoma cerebral, el pulso es regular: 100 pulsaciones, temperatura 37°9 A. M., 38 P. M. Se hizo la desinfeccion de las heridas. Dia 5, temperatura 37°6 A. M., 38°1 P. M, pulso 72 A. M. i 88 P. M.; el dolor ha disminuido. Dia 6, temperatura 37° A. M. i 37°5 P. M. El estado jeneral del enfermo continúa siendo satisfactorio i la temperatura cada dia menor.

Salida de alta completamente sano el 26 de mayo.

OBSERVACION N.º 2 (1886)

Fractura con hundimiento del frontal. Hematoma extracraneano

Andres Martínez de 18 años, jornalero, natural de Ranagua, entró al servicio el 19 de setiembre (Sala de San José).

En esta fecha recibió un golpe con piedra en el lado izquierdo de la frente, a consecuencia de lo cual perdió el conocimiento, recuperándolo seis horas despues cuando ya estaba en el hospital.

Al nivel de la eminencia frontal izquierda se vé una tumefaccion de consistencia blanda i dolorosa a la presion. A la palpacion se reconoce los rodetes de un hundimiento en las paredes del cráneo i que ocupa una superficie circular de contornos irregulares, como de 0.05 centímetros de diámetro i tres milímetros de profundidad. No presenta el enfermo perturbaciones funcionales.

El mismo dia 19, hecho el diagnóstico arriba mencionado, se le hace aplicacion continua de hielo en la rejion, previa desinfeccion de la herida.

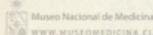
Dia 20.—El dolor ha disminuido un poco i el derrame se estiende transversalmente en la frente tomando la forma de un losanje sobresaliente i blando al tacto de unos dos centímetros de diámetro i cinco de lonjitud. Sigue el hielo constantemente.

Dia 21.—El losanje se ha estendido hasta la eminencia frontal derecha formando un poco por detras de ella otro tumor semejante al del lado izquierdo, pero mas pequeño. El dolor ha desaparecido, sólo siente punzadas semejantes a clavaduras, de cuando en cuando. Sigue el hielo.



Día 22.—El derrame disminuye de estension. El enfermo se levanta.

La mejoría continúa hasta que el día 27 el enfermo sale de alta.



OBSERVACION N.º 3 (1888)

Fractura espuesta del frontal. Meningo-encefalitis consecutiva. Muerte



Museo Nacional de Medicina

Domingo Ibarra de 54 años, gañan, natural de Melipilla, entró al servicio el 10 de abril (Sala del Carmen)

Fué herido el 19 de marzo. Se presentó con pérdida del conocimiento i de la palabra; fenómenos de excitacion en el lado derecho del cuerpo; hemiplejia i pérdida de la sensibilidad en el izquierdo, con conservacion de los movimientos del orbicular del mismo lado. Tiene una herida contusa como de cinco a seis centímetros con fractura del hueso por encima del arco orbitario derecho. La direccion de la herida es de arriba a bajo i de dentro a fuera. Temperatura 39.º 5.

Se resolvió intervenir practicándose una incision que, partiendo de la parte media de la herida, se dirijia a la porcion esterna del arco orbitario. Se pudo ver claro entónces la fractura del hueso i sacar dos fragmentos de hueso que se hundian en la masa cerebral; uno de éstos tenía una longitud de tres centímetros por uno i medio de ancho, i el otro casi cuadrado de un centímetro mas o ménos. Se comprobó tambien la rotura de las membranas de envoltura del cerebro i un foco de contusion de éste en la misma rejion, que semejava a una papilla de color oscuro. Se lavó todo esto con una solucion antiséptica (ácido fénico al 5%), la que arrastró la porcion mortificada i se puso una curacion.

Días 11 i 12.— Los fenómenos del dia anterior persistieron; la temperatura fué, el dia 11, de 40º i, el 12, de 40.º 8.

Día 13.—Murió en la mañana. No hai datos de la autopsia.

OBSERVACION N.º 4 (1895)

Fractura espuesta con hundimiento del frontal. Muerte



Museo Nacional de Medicina

Juan Santibañez de 38 años, soltero, gañan, natural de Santiago, entró al servicio el 16 de mayo (Sala de Dolores).

El 13 de mayo, estando ebrio, recibió una pedrada en la rejion frontal de resulta de la cual perdió el conocimiento; llegó al hospital en estado comatoso; no podia moverse ni hablar.

Presenta una herida en la parte anterior i media de la frente, de una estension de tres centímetros, con supuracion i sucia. Se le hizo un lavado antiséptico i se reconoció una fractura en la rejion indicada.

El mismo dia 16 se le operó; ántes de la operacion tenia una temperatura de 36.°6; 49 pulsaciones i 18 respiraciones.

La operacion consistió en agrandar la herida i aplicar coronas de trépano para hacer posible la estraccion del fragmento que se encontraba hundido i fuertemente adherido a la dura madre. Una vez sacado éste i varias esquirlas óseas, se vió que el seno longitudinal estaba roto, estrayéndose algunos coágulos sanguíneos i sustancia cerebral mortificada. Despues, se practicó un lavado antiséptico i se puso una curacion.

Dia 17.—Temperatura 36.°1, pulso 50, respiraciones 20 por minuto.

Dia 18.—Temperatura 37.°8, pulso 52, respiraciones 24 por minuto.

Dia 19.—Temperatura 37.°8, pulso 70, respiraciones 25 por minuto.

Se le hizo la primera curacion i se encontró que el cerebro hacia hernia hasta por encima del nivel de la cara esterna del hueso; habia formacion de pus.

Dia 20.—Temperatura 38.°, pulso 72, respiraciones 27 por minuto.

Dia 21.—Temperatura 38.°7, pulso 70, respiraciones 25 por minuto.

Dia 22.—Temperatura 38.°8 pulso 70, respiraciones 24 por minuto.

Se le curó nuevamente, encontrándose tambien el cerebro herniado i con formacion de pus, tanto en la herida como en la sustancia cerebral misma; lavado antiséptico i curacion.

Dia 23.—Temperatura 37.°7, pulso 68, respiraciones 21 por minuto.

Dia 24.—Temperatura 37.°4, pulso 62, respiraciones 18 por minuto.

Dia 25.— Muere a las 5½ A. M.

Autopsia.—Se encontró en la dura madre un aumento



del contenido sanguíneo como tambien en los senos i pia madre. El cerebro, con contenido sanguíneo tambien aumentado, tenia una pérdida de sustancia i un foco inflamatorio que ocupaba todo el lóbulo frontal derecho i una pequeña porcion de un centímetro mas o ménos de la parte anterior e interna del izquierdo.

OBSERVACION N.º 5 (1883)

**Fractura con hundimiento de la fosa temporal izquierda.
Meningo-encefalitis.— Muerte**

Baldomero Donoso, de treinta años, gañan, entró al servicio el 21 de agosto (Sala del Carmen).

Las personas que condujeron el herido al hospital dicen haberlo encontrado sin conocimiento el dia anterior i que ha sido herido de una pedrada.

El enfermo estaba en un estado comatoso, con los miembros contracturados; la respiracion lenta i profunda; el pulso lento i pequeño; en la rejion temporal izquierda se veia una equimosis i un tumor sanguíneo como de seis centímetros de diámetro.

Dia 21.— Aplicacion de un gorro de tubos de goma por el cual pasa constantemente una corriente de agua fria.

Dia 23.— Temperatura 40°, pulso 110, respiraciones 32 por minuto; pérdida completa del conocimiento; contracturas considerables en los miembros, estremidades frias. Se continúa aplicando hielo a la cabeza; botellas calientes a los piés i se prescribe calomel a dósis de cinco centígramos cada dos horas.

Dia 24.— Temperatura 39°5, pulso pequeño 120; mismo tratamiento.

Dia 25.— Temperatura 38°5, pulso pequeño 104, mismo tratamiento.

Dia 26.— No se observó.

Dia 27.— Temperatura 38.°5, pulso 110; persisten las contracturas i el estado comatoso, delirio, relajacion de los esfínteres; respiracion profunda i acelerada; las pupilas no reaccionan; descanso del calomel; continúa la aplicacion del frio a la cabeza.

Dia 28.— Temperatura 38.°4, pulso pequeño 110; continúan las cocontracturas i el coma; mismo tratamiento.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

— 12 —

Día 29.—Temperatura 39.°5, pulso 142, respiraciones 44; las contracturas disminuyen algo, las extremidades calientes, las pupilas no reaccionan, sigue el estado comatoso, aparece un sudor abundante en la cara.

Día 30.—Había dejado de existir.

Autopsia.—Se encontró en el cuero cabelludo de la fosa temporal izquierda una equimosis i una coleccion sanguínea; en los huesos, fractura con hundimiento en la misma rejion, meninges opacas conjestionadas i con placas lechosas; al traves de ellas no se veian las circunvoluciones en el cerebro: foco apoplético en el lóbulo medio del hemisferio derecho.

OBSERVACION N.º 6 (1887)

Fisura de la rejion parietal izquierda. Eliminacion de un secuestro

Pedro Silva, de 30 años, soltero, gañan, entró al servicio el 28 de agosto (Sala de San José).

El día 27 recibió una pedrada que produjo en la rejion parietal izquierda una herida contusa lineal de tres centímetros de largo que comprometia todas las partes blandas hasta el hueso denudado.

El estado jeneral del enfermo era satisfactorio i el tratamiento se limitó a hacer una curacion antiséptica simple. Un cambio de curacion hecho pocos dias despues demostró que la herida no tenia tendencias a cicatrizar; se insistió nuevamente en las curaciones, agregando a ellas iodoformo en polvo, hasta que el 5 de octubre, al quitar el apósito, salió con él una esquirla de unos tres centímetros de largo.

El día 7 se agrandó la herida por sus dos extremos hasta darle una lonjitud de seis centímetros. Se vió entónces que habia en el hueso una fisura de cuatro centímetros de largo en vía de cicatrizacion.

Día 8.—La temperatura era de 39°. El día 10 bajó a 38°.5 i el 11 a 37°.4 continuando desde entónces la cicatrizacion de la herida de una manera regular, aunque incompleta, pues la extremidad inferior sólo estuvo sana el 12 de noviembre, fecha en que el enfermo fué dado de alta.



OBSERVACION N.º 7 (1890)

Herida por instrumento cortante de la rejion frontal con seccion ósea; contusion cerebral i meningo-encefalitis consecutiva.—Muerte

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

José Piña, de 20 años, panadero, entró al servicio el 21 de setiembre (Sala del Cármen).

Los datos que se han obtenido son los siguientes: A las dos de la mañana del día de su entrada recibió un sablazo en la rejion frontal, que le hizo perder el conocimiento por espacio de algunas horas; tuvo gran hemorragia i sólo volvió en sí a su llegada al hospital.

El exámen del enfermo, a que se refieren los datos siguientes, fué hecho el día 23 i se encontró: las facultades intelectuales abolidas; no hai reflejos; la cara está roja i llena de sudor; la temperatura de 40.º5; el pulso presenta los caracteres del pulso cerebral; es duro i muy frecuente; la respiracion es estertorosa i presenta ademas la raya meninjítica. En la parte media de la rejion frontal hai una herida grande i profunda que compromete la bóveda ósea sin alcanzar a seccionar la dura madre.

Como a las 12 del día 21 le sobrevino, segun cuenta el enfermo vecino, un ataque convulsivo con pérdida del conocimiento i que le duró unos cinco minutos. Pasado éste ya no recuperó por completo sus facultades intelectuales. El día 22 tuvo un segundo ataque igual al anterior i despues quedó totalmente privado de sus facultades; le sobrevino delirio i fué necesario ponerle camisa de fuerza. En estos dos dias se le aplicó hielo a la cabeza, previa desinfeccion rigurosa de la herida i se prescribió calomel al interior a dosis fraccionadas.

El día 23 se continuó el mismo tratamiento; el 24 falleció.

Autopsia.—A lo indicado, hai que agregar una fisura que se estiende desde la estremidad inferior de la seccion ósea hasta los huesos propios de la nariz. La dura madre tenia adheridas una gran cantidad de esquirlas. Cuando se seccionó ésta para estraer el cerebro, salió una buena cantidad de líquido sanguíneo purulento. Las circunvoluciones estaban aplastadas i sus vasos llenos de sangre. Al nivel de las circunvoluciones frontales de ambos hemisferios habia un foco de atricion de la sustancia cerebral del tamaño de una pequeña nuez i el contenido sanguíneo, al corte, aumentado.

OBSERVACION N.º 8 (1893)

**Fracturas múltiples de la bóveda. Meningo-encefalitis.
Muerte**

Eleuterio Miranda, de 36 años, gañan, entró al servicio el 6 de junio (Sala del Cármen).

La noche anterior fué agredido por varios individuos que le lanzaron pedradas, pegándole una en la frente i otra en la parte posterior de la cabeza. Perdió el conocimiento i no recordó sino al día siguiente. Fué recojido i conducido al hospital por la policía.

El estado jeneral del enfermo es mui poco satisfactorio; las facultades intelectuales están perturbadas; contesta con dificultad i torpeza a las preguntas que se le dirijen. En la parte izquierda de la frente presenta una herida como de cuatro centímetros de bordes irregulares i supurados. Explorada con el estilete, se encontró una fractura con hundimiento del frontal. Además los párpados aparecen edematosos i amoratados. Hai una quemosis conjuntival bastante pronunciada; las pupilas están iguales, pero reaccionan perezosamente a la luz. No hai perturbaciones en la motilidad. Temperatura 38°. 8; pulso 84 por minuto.

Se resolvió la operacion que se practicó inmediatamente, previa desinfeccion de la rejion. Se comenzó por agrandar la herida de las partes blandas en una estension de ocho centímetros. Descubierta el hueso se comprobó el hundimiento ya diagnosticado i cuya depresion era de cerca de un centímetro formado por varios fragmentos que circunscriben la forma de una media luna; se estrajeron todos i pudo notarse que la fractura comprometia tambien el arco orbitario. Debajo del hueso habian coágulos sanguíneos en descomposicion i manchas equimóticas en las meninjeas. Regularizados con gubia los bordes de la herida ósea, se hizo una curacion anti-séptica a campo abierto.

Día 8.— Temperatura 40°. 2; pulso 72 irregular; pupilas contraidas e inmóviles a la accion de la luz; delirio tranquilo i en estado de indiferencia absoluta. Se prescribió un purgante drástico, inyecciones de antipirina i aplicacion de hielo a la cabeza.

Día 10.— Descubierta la herida, se encontró una pequeña exudacion purulenta. Temperatura 40°. 8; pulso 72 inter-

— 16 —

i una herida como de cinco centímetros en la rejion frontal de ese lado; los bordes de la herida son irregulares. Esplo-rando, se nota una fractura con hundimiento del seno frontal.

El dia 10 se aplicó compresas boratadas i vendaje com-
presivo al ojo enfermo; curacion antiséptica a la herida.
Temperatura 38°.

Dia 11.—Temperatura de la mañana 37°, de la tarde
37°.5.

Dia 12.—Mañana i tarde 37°.5; la herida presenta aspec-
to de una infeccion; hai falsas membranas. Curacion con
naftalina i tocacion con nitrato de plata.

Dia 13.—Temperatura 37° A. M. i 37°.5 P. M.; igual en
los dias siguientes; el 19 se estraen pequeños fragmentos de
hueso i desde entónces la herida comienza a cicatrizar regu-
larmente. Salió de alta el 25 de junio.

OBSERVACION N.º 10 (1898)

Fractura con hundimiento de la rejion frontal izquierda

Juan José Cerpa, de 32 años, gañan, natural de Placilla,
ingresó al servicio el 12 de junio (Sala del Cármen).

El dia anterior a su entrada al hospital recibió una
pedrada en la rejion frontal izquierda desde una distancia de
cuatro metros; cayó al suelo sin conocimiento.

Al exámen se nota una herida de dos centímetros i medio
de largo i de contornos irregulares; en el fondo se vé el hueso
con un hundimiento bastante marcado. Acusa el enfermo
un dolor constante en la rejion que le impide dormir, sobre
todo cuando está de espaldas; por lo demas, el enfermo no
presenta perturbaciones de otra especie.

Se practicó una desinfeccion completa de la herida i se
aplicó una curacion simple cambiándose ésta dos veces por
semana. El enfermo acusaba siempre dolor localizado al
sitio de la fractura; el 6 de julio se estraajo por medio de una
pinza un fragmento de lámina interna que estaba completa-
mente movable; con esto ya se sintió mejor; el dolor desa-
pareció i la herida cicatrizó completamente, siendo dado de
alta el 21 de setiembre.

OBSERVACION N.º 11 (1897)

**Fractura con hundimiento, rejion parietal derecha.
Contusion cerebral**

Gumecindo Perez, de 26 años, soltero, albañil, natural de Santiago, entró al servicio el 13 de julio (Sala de San Emeterio).

El dia ántes, trabajando en un edificio bastante alto, se cayó sobre un pavimento probablemente irregular, sufriendo un recio golpe que le hizo perder el conocimiento.

Al exámen directo se observa una herida contusa en la parte superior i media de la rejion parietal derecha; se comprueba tambien una fractura con hundimiento del parietal en una estension de unos tres centímetros de longitud por uno de ancho i de direccion oblicua de adelante atras i de dentro a fuera. Presenta ademias una herida contusa superficial i de direccion vertical en la parte media de la frente i otra igual en la parte infero-esterna de la órbita derecha, equímosis palpebral en los dos ojos i varias contusiones estensas en el lado derecho del cuerpo i estre-midades.

El enfermo se encuentra en estado de estupor intelectual; no responde a las preguntas que se le hacen. El exámen de las partes contusas provoca quejidos i gritos. Los reflejos pupilar i patelar están normales. El pulso es de 100 por minuto; la temperatura $37^{\circ}.2$ i tiene 28 respiraciones.

En vista del estado del enfermo, se cree prudente no intervenir i permanecer en la espectacion, procediéndose desde luego a la simple i completa desinfeccion de las heridas.

En los dias siguientes la frecuencia del pulso disminuyó, alcanzando esta disminucion a cincuenta por minuto. La temperatura no subia de 37° i el número de respiraciones oscilaba entre 18 i 22. El reflejo patelar se notó lijeramente aumentado en el lado izquierdo; al mismo tiempo habia cierto grado de contractura en los miembros inferiores.

El enfermo pasa malas noches, delira, se saca el vendaje i acusa mucho dolor al nivel del hundimiento del hueso.

Permaneció en este estado hasta el 1.º de agosto, fecha en que no, notándose síntomas de mejoría, se procedió a hacer la trepanacion.

Se estrajo la lámina ósea hundida al mismo tiempo que

pelos que estaban entre el fragmento fracturado i el resto del hueso. La sustancia cerebral estaba reblandecida en ese punto; se sacó lo mortificado i en seguida se hizo una curacion seca.

Desde ese dia el paciente principió a volver a su estado normal hasta que fué dado de alta el 19 de setiembre.

OBSERVACION N.º 12 (1898)

Fractura con hundimiento del frontal. Meningo-encefalitis consecutiva.—Muerte

Emilia Flores, de ocho años, natural de Santiago, entró al servicio el 17 de abril.

En esta misma fecha recibió un traumatismo en la rejion fronto-lateral izquierda producido por el choque de un volador en esa rejion; cayó al suelo, pero no perdió el conocimiento. En la tarde se hizo en el servicio la desinfeccion correspondiente.

Presenta una herida en la rejion ya indicada de unos tres centímetros en su diámetro mayor i de uno i medio en el menor, circunscribiendo una forma oval. Se comprueba, además, una fractura del hueso a ese nivel i éste se encuentra denudado.

El estado jeneral de la enfermita es relativamente regular; la temperatura es normal, el pulso algo pequeño i blando.

En los cuatro dias siguientes la temperatura osciló entre 37°.5 i 38°. En la tarde del 22 ésta fué de 39°; se encontraba en un estado de decaimiento mui marcado; el pulso era rápido i pequeño. Se presentaba acostada de lado con los muslos flectados sobre el abdomen i las piernas sobre los muslos; la cabeza echada hácia atras.

Dia 23.—Estado jeneral malo. Se le examina bajo el cloroforno: la forma de la línea de fractura es circular, del tamaño de una moneda de veinte centavos, subdividida por cuatro fracturas secundarias en cuatro fragmentos.

Se intervino entónces i al estraer los fragmentos se pudo ver que la lámina interna estaba completamente formada de esquirlas i que algunas de éstas estaban encajadas en la masa cerebral reblandecida en este punto. Se levantaron estas esquirlas i se hizo un lavado con agua esterilizada, dejándose en seguida un drenaje. La pequeña enferma continuó mal durante el resto del dia.

— 20 —

La respiracion es lenta i profunda: 15 por minuto; el pulso lento i fuerte, miéntrase está tranquilo (60 por minuto), se vuelve pequeño i frecuente cuando se ajita o se mueve; hai desigualdad en el pulso radial, siendo mas débil el del lado izquierdo; la temperatura es de 36° 3.

Se le prescribe 40 gramos de aguardiente aleman. En la tarde de este mismo dia la temperatura es de 36° 6, el pulso de 64, la respiracion 15.

Dia 12.—Pulso 56, respiraciones 17, temperatura 36; igual estado de sopor, bostezos frecuentes; nueva dosis de aguardiente aleman.

Dia 13.—Pulso 60, respiraciones 15, temperatura 36° 8; estado jeneral mas satisfactorio, sopor ménos acentuado. Se le prescribe calomel a pequeñas dosis, treinta centígramos al dia.

Dia 14.—Pulso 54, respiraciones 15, temperatura 35° 5; sopor mui acentuado; continúa el calomel en la misma forma.

Dia 16.—Estado jeneral satisfactorio; no hai sopor. Pulso 72, respiraciones 20, temperatura 37°. La falta de fuerza en el brazo izquierdo es ménos acentuada. Se disminuyen las dosis de calomel.

Dia 20.—El enfermo está bien; los bostezos han desaparecido. La disminucion de fuerza en el brazo izquierdo persiste, aunque menor.

Dia 22.—Pulso 88, respiraciones 22, temperatura 37°.

El enfermo pidió su alta el 28 de mayo; su estado jeneral era bastante bueno; sólo persistia la paresia del brazo izquierdo.

OBSERVACION N.º 14 (1898)

Fractura del temporal izquierdo.—Contusion cerebral; meningo-encefalitis. Muerte

Pedro Senna, de 58 años, casado, postillon de carros urbanos, entró al servicio el 8 de diciembre.

En la noche del 6 sufrió un recio golpe, a caballo, perdiendo el conocimiento inmediatamente. Presenta en la rejion parietal izquierda una herida contusa que compromete el cuero cabelludo, de tres centímetros de largo i con un pequeño despegamiento en la parte superior. No hai desnudacion del hueso. No se comprobó fractura. El enfermo está en

Día 2.—38° en la mañana i 39°.1 en la tarde. Día 3.—36°.6 A. M., 37°. P. M. Día 4.—36°.4. Día 5.—36°.6.

Se resuelve la intervencion, que es practicada este último dia. Se agranda la herida de las partes blandas; descubierto el hueso se encontraron varios fragmentos hundidos que dejaban una herida ósea de tres centímetros de lonjitud en el sentido transversal por dos de ancho en el vertical. Siendo mayor la estension de la lámina interna comprometida, se agrandó a cincel la herida ósea para facilitar la estraccion de dichos fragmentos que fueron estraidos en totalidad. Las menínjeas estaban intactas. Se lavó todo con agua esterilizada i se suturó las partes blandas, ménos en la parte media, por cuya abertura se introdujo gaza.

Despues de la operacion el enfermo tuvo lijeros dolores de cabeza, que desaparecieron al tercer dia. La marcha de la temperatura continuó siendo normal, demorando la herida en cicatrizar hasta el 5 de mayo, fecha en que el enfermo fué dado de alta.

III

Se vé en las precedentes observaciones que las lesiones anátomo-patológicas que se han producido como consecuencia del traumatismo han sido variables. Así, hai aquí casos de simples fisuras de los huesos, varios de fractura con hundimiento de un solo fragmento i otros de fracturas comminutas. Los trastornos correspondientes a la conmocion i contusion cerebral han acompañado gran parte de estos traumatismos i sólo los enfermos de las observaciones N.º 1 i 9 parecen haber quedado exentos de ellos. Se observó tambien en uno de éstos una hernia del cerebro consecutiva a la intervencion que se practicó en el enfermo; a ella agrego a continuacion otros dos casos no consignados en estas observaciones i que ofrecen interés por los resultados del tratamiento que se siguió con ellos.

El primero es un individuo que se presentó al servicio del Dr. W. Silva Palma en el hospital de San Juan de Dios, con una fractura con hundimiento de la rejion fronto-parietal izquierda. Necesitó la trepanacion; produciéndose consecutivamente en la misma rejion una hernia cerebral. Se le aplicó una placa metálica esterilizada i vendaje compresivo; la



hernia se redujo completamente al cabo de ocho dias. Este enfermo salió de alta completamente sano.

El segundo es un niño de 13 años, actualmente en tratamiento en el servicio de clínica del profesor Carvallo. Tenia una fractura con hundimiento de la rejion interparietal, que tambien necesitó la trepanacion. Se produjo, como en el anterior, una hernia cerebral que hacia eminencia hasta por encima de la cara esterna del hueso. El jefe de clínica, Dr. Amunátegui Solar, ordenó la compresion de ella por medio de una tórula de gaza esterilizada sostenida con tiras de tela emplástica; al cabo de pocos dias la hernia se redujo sin complicaciones de ningun jénero.

La meningo-encefalitis se desarrolló en siete de ellos i la terminacion para éstos fué, como en la casi totalidad de los casos en que se produce, fatal, lo que desde luego pone de manifiesto el grave pronóstico que esta complicacion significa.

En todos estos individuos se comenzó el tratamiento por la parte mas elemental: la desinfeccion rigurosa i completa de la herida por medio de las soluciones antisépticas comunes i seguida de curaciones tambien antisépticas que impidieran la comunicacion de ésta con el aire exterior (gazas, algodón, vendaje).

En los dos casos de fisura, los tratamientos consecutivos a esta primera curacion fueron distintos. En el N.º 6, cuyo estado jeneral era bastante satisfactorio, se practicó, al fin de algunos dias de curaciones simples i por haberse eliminado espontáneamente en una de éstas una esquirla ósea, una incision que agrandara la herida cutánea i pusiera a descubierto la lesion ósea para el caso de que quedase alguna otra esquirla o secuestro que contribuyera a impedir la cicatrizacion cutánea; despues de esta pequeña intervencion la cicatrizacion se hizo rápidamente.

En cuanto al N.º 13, a pesar de encontrársele con sus facultades embotadas, no presentando fenómenos localizados i teniendo una temperatura normal, no era posible pensar en una intervencion i el tratamiento se redujo, como era natural, al empleo de drásticos, que contribuyeran a disminuir la conjestion i las consecuencias de la contusion cerebral que en él se habian producido; los resultados de esta conducta fueron, como se vé en la observacion, bastante satisfactorios.

Del estudio del primero de estos casos se deduce la conveniencia de abrir o agrandar la herida del cuero cabelludo en los casos en que esta sea pequeña i de regulares dimensiones la fisura; así se tendrá conocimiento cabal de la lesión ósea i luego se facilitará también, sin ningún peligro para el enfermo, la desinfección profunda de la rejión. Recordaré nuevamente aquí la conducta que sigue Gérard-Marchant i Wiseman para aquellos casos que hagan sospechar una infección, en los cuales no vacilan en trepanar, aun cuando se trate de una simple fisura del hueso, como es el caso en estas dos observaciones.

El segundo grupo de enfermos lo forman en este trabajo aquéllos en los cuales el traumatismo ha producido un hundimiento de la porción ósea fracturada sin producción de esquirlas.

En el N.º 1, se comprobó esta lesión, pero no se observó en él síntomas cerebrales; había ligero movimiento febril i su estado jeneral era satisfactorio. Este mismo movimiento febril comenzó a disminuir desde el día siguiente de la primera curación. Igual cosa pasó con el N.º 2 i, aun más, éste no presentó reacción febril. En ambos la sola desinfección de las heridas fué suficiente para conseguir la curación.

En el N.º 5 las cosas no se pasaron del mismo modo que en los anteriores; hubo aquí la misma variedad de fractura, pero el enfermo llegó al hospital en estado comatoso, en período menínjico i con temperaturas muy altas. La intervención no tenía indicaciones claras i hubo necesidad de limitarse entónces a esperar los resultados del remedio principal, en estos casos el hielo, a permanencia en la cabeza, agregando a esto las pequeñas dosis de calomel. Los resultados de este tratamiento fueron nulos i el enfermo murió por su menínjitis.

El N.º 9 presentó las mismas lesiones anátomo-patológicas de los Nos. 1 i 2; no presentó ninguna clase de compromisos cerebrales ni de otra naturaleza; el tratamiento fué también simple i la curación sobrevino. Igual conducta se observó con el N.º 20 i con los mismos resultados.

El N.º 11 se presenta con síntomas de contusión cerebral, sin temperatura febril pero con ligeras contracturas en los miembros inferiores; se resuelve esperar, limitándose simplemente a la desinfección de las heridas; pero, como no sobreviniera mejora i el dolor localizado al hundimiento del hueso



persistiera, se practica la intervencion i se estrae el fragmento i una porcion de sustancia cerebral reblandecida. La curacion se hace entónces con toda regularidad.

Se vé en estos casos desde luego que la intervencion se hace necesaria rara vez por compromisos meninjeos o cerebrales, i esto se comprende: un solo fragmento hundido del resto del hueso debe esponer ménos a las membranas de envoltura del cerebro, ya que presenta tambien ménos aristas o estremidades puntiagudas que puedan herirlas. Si llegan a sobrevenir estas complicaciones, como sucedió en el enfermo N.º 5, es evidente que hai que atribuir las a alguna circunstancia de infeccion por exploraciones mal hechas i que han escapado a los datos que esa observacion suministra. En cambio, en los cinco enfermos restantes la curacion se hizo sin complicaciones i sin necesidad de recurrir a una intervencion quirúrgica, salvo para el último N.º 11; pero, como hemos visto, ella se hizo porque el estado del enfermo no cambiaba en el sentido de mejorar de los trastornos intelectuales que desde el principio habia manifestado.

Evidentemente que este reducido número de hechos no autoriza para tomar reglas absolutas, pero a lo ménos se vé que la urgencia de intervenir desaparece i puede retardarse sin grandes peligros en la casi seguridad de que no acarrea complicaciones de importancia i que en una buena parte de ellos la curacion se hace regularmente.

No pasa igual cosa en aquellos casos en que se producen fracturas conminutas. Estas esquirlas o fragmentos secundarios perforan a veces las membranas de envoltura del cerebro i contribuyen con mayor razon a la infeccion de ellas; fué lo que sucedió en el enfermo de la observacion N.º 3. En este caso no sólo se produjo esta herida de la dura madre; el enfermo fué herido el 19 de marzo i sólo veintinueve dias despues vino a ponerse en curacion, es decir, cuando se habia dado tiempo mas que suficiente a que la infeccion de las meninjeas se produjera. Se intervino, sin embargo, pero, como era de suponerlo, el éxito era casi imposible. Así fué que la temperatura con que se presentó, continuó subiendo despues de la operacion i el enfermo falleció al tercer dia de la intervencion.

El enfermo de la observacion N.º 4 se presenta al servicio tres dias despues del traumatismo; éste habia comprometido el seno longitudinal (anterior) i la herida que presentaba en el cuero cabelludo estaba ya en supuracion; esta



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

circunstancia unida a su estado comatoso, a pesar de su temperatura normal, indican la intervencion; las esquiras habian producido la mortificacion de la parte correspondiente del cerebro. Tres dias despues la temperatura del enfermo comienza a subir; al hacerle la primera curacion se observa que el cerebro hace hernia i esta hernia está cubierta de pus; el tratamiento consecutivo continúa igual; la temperatura, baja luego pero el estado jeneral del enfermo continúa el mismo i muere. La intervencion estaba indicada en este caso; pero ya debia preverse que, aun cuando la temperatura del individuo era normal, la infeccion meningea era segura tanto mas cuanto que ya se habia producido supuracion en la herida cutánea.

La observacion N.º 8 nos demuestra un caso mas complicado todavía. Aquí el estado jeneral del enfermo resuelve la intervencion, previo diagnóstico de una fractura con hundimiento del frontal. La mejoría no sobreviene, sin embargo, i, por el contrario, la temperatura del enfermo continúa subiendo i al cabo de siete dias el individuo muere de meningitis. La autopsia demuestra otras fracturas que no habian sido diagnosticadas i que de seguro, al haber sido reconocidas, se hubiera vacilado en intervenir. El pronóstico se agravaba por este solo hecho i las probabilidades de éxito operatorio tambien desaparecian. Era éste uno de los casos considerados por Bergmann como imposibles para el éxito de una operacion por la gran estension de las fracturas; quizá, sin la meningo-encefalitis que le hizo continuacion, el desenlace habria sido el mismo.

La enfermita de la observacion N.º 12, semejante por la anatomía patológica de su lesion al N.º 3, entra al servicio con un estado jeneral mas o ménos satisfactorio; sin embargo, su temperatura no es normal; hai una pequeña reaccion febril, que se acentúa en los dias siguientes. Entónces se resuelve intervenir; el estado meningítico estaba declarado ya i el pronóstico se habia agravado sobre manera. Los resultados operatorios fueron nulos; la enferma murió por su meningitis.

El N.º 14 no forma en realidad parte de este grupo con fracturas conminutas; aun no se pudo hacer en él el diagnóstico de fractura; como no presentara síntomas precisos, a pesar de su temperatura de 38°, no se piensa en intervenir. La temperatura sigue subiendo i cuatro dias despues del



traumatismo muere. La autopsia demuestra una fractura i una meningo-encefalitis, pero evidentemente, dados los síntomas vagos que el enfermo presentaba, no habia cómo pensar en intervenir sin saber en que punto se haria esta intervencion.

En cuanto al enfermo N.º 15, cuyo estado jeneral era bastante bueno, las alzas de temperatura que presentó al principio i el dolor de cabeza que las acompañaba hicieron resolver la intervencion pocos dias despues; este último síntoma desapareció a los tres dias, despues de haberse estraído los fragmentos i la curacion sobrevino sin accidentes de ningun jénero.

Se vé por esta rápida esposicion que la conducta que se ha observado con todos estos enfermos ha sido variable i que los resultados obtenidos arrojan una buena mortalidad, imputable, en la totalidad de los casos, al desarrollo de la meningo-encefalitis. Se observa tambien que en aquellos casos en que se ha sometido a los enfermos que la han presentado a los tratamientos médicos, han sido infructuosos; igual cosa podria decirse de los resultados de la intervencion, pero con algunas salvedades; una de ellas que ésta ha sido resuelta cuando la complicacion ha estado plenamente declarada, en cuyos casos es imposible pensar en detenerla en sus consecuencias; tampoco es posible desatender las otras circunstancias que acompañaban a otros enfermos, en los cuales tambien se intervino: la supuracion de la herida cutánea en el N.º 4, las múltiples fracturas del N.º 8, recubriendo con los fragmentos coágulos sanguíneos en descomposicion, son indudablemente circunstancias que oscurecen el pronóstico i borran casi en absoluto las probabilidades de éxito que pueden esperarse de la intervencion.

De consiguiente, puede deducirse de aquí dos consecuencias precisas:

- 1.º La impotencia, tanto del tratamiento médico (hielo a la cabeza, drásticos, calomelano, etc.) como del quirúrgico, en las meningo-encefalitis plenamente desarrolladas i su pronóstico siempre fatal en estos casos,
- i 2.º La necesidad que hai de tratar por todos los medios posibles de impedir el desarrollo de esta complicacion empleando la mayor escrupulosidad en la exploracion i desinfeccion de los puntos lesionados por el traumatismo.

Consiguientemente, se desprende del párrafo que precede, que la desinfeccion de las heridas del cuero cabelludo no debe limitarse con los límites de la herida; se vé la conveniencia de agrandar ésta por medio del bisturí tanto para contribuir a facilitar la desinfeccion cuanto para permitir la extraccion de esquirlas cuya existencia no es siempre sencillo comprobar por la palpacion i ya que son estas fracturas conminutas las que mas frecuentemente dan lugar al desarrollo de la complicacion a que vengo refiriéndome.

Si la lesion que se encuentra en el hueso corresponde a una simple fisura, la intervencion debe quedar circunscrita a la desinfeccion, salvo el caso de que se sospeche una infeccion por el tiempo que ha trascurrido desde la fecha del traumatismo, en cuyo caso la trepanacion estaria autorizada.

Se deduce tambien de las observaciones mencionadas, la desinfeccion para los casos de hundimientos de un solo fragmento, a ménos de que esta lesion se acompañe de alzas de temperatura, síntoma de infeccion probable, o de fenómenos de compresion.

En cuanto a los trastornos cerebrales que acompañan a estas lesiones del cráneo, ellos pueden indicar una intervencion cuando fenómenos de compresion se manifiesten. Aunque estos fenómenos no se han presentado en los enfermos a que me he referido, parece indudable que este recurso debe ponerse en práctica siempre que sea diagnosticable el sitio de la compresion.

En las contusiones del cerebro se ha visto los resultados obtenidos del hielo i de los drásticos en el enfermo número 13; la intervencion no parece estar indicada sino en casos escepcionales. Respecto de la conmocion, ninguno de nuestros enfermos la ha presentado típica i aislada en el momento del exámen, de manera que será suficiente a este respecto lo espuesto al principio de este trabajo.

IV

En conclusion, el tratamiento de los traumatismos de la bóveda craneana con compromiso de las partes blandas, debe comprender:

1.º Desinfeccion rigurosa del cuero cabelludo, quitando a navaja todo el pelo de la rejion herida i una buena parte de sus alrededores;



2.º Ensanchamiento a bisturí de la herida misma i desinfeccion a fondo;

3.º Drenaje de la herida cutánea i renovacion frecuente de las curaciones acompañados de lavados antisépticos;

4.º Estraccion de fragmentos óseos en las fracturas conminutas;

5.º Trepanacion en las fisuras simples que se acompañan de alza de temperatura, o cuando haya cabalgamiento de sus bordes con fenómenos de compresión;

6.º Trepanacion por síntomas de compresion cuando ellos la localicen con exactitud, o por síntomas de contusion acompañados de alza de temperatura;

7.º Aplicacion de hielo a permanencia sobre la cabeza como tratamiento preventivo de probables complicaciones posteriores;

8.º En las hernias del cerebro, hacer la compresion de ella por medio de tómulas asépticas o placas metálicas en igual condicion;

9.º Por lo que toca a la meningo-encefalitis, en vista de los resultados de los tratamientos no operatorios siempre inútiles, se podria tentar la intervencion como única esperanza, siempre que las condiciones del enfermo lo permitan.

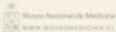
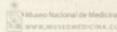
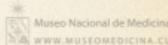


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

