
CIRUGIA CRANEANA

PARAPLEJIA Y AFASIA DE ORIGEN TRAUMATICO, CORREGIDAS POR TREPANACION Y LIGADURA ARTERIAL

Por los doctores Jesús Bernal Jiménez y José Manuel Rojas C.

Tunja, mayo 18 de 1936.

Señor Prefecto Judicial y Administrativo de Boyacá.—Tunja.

Atentamente acusamos a Ud. recibo del oficio N° 367 de fecha mayo 12 del presente, por medio del cual solicita de nosotros un dictamen pericial o “exposición sobre la naturaleza de las lesiones halladas en el operado Martín Higuera, sobre la incapacidad que le ocasionarán para el trabajo y las demás consecuencias de las mismas”.

Con gusto, y en la medida de nuestros conocimientos, daremos a Ud. la exposición requerida, y para proceder con orden vamos primero a hacer un breve relato clínico del caso en cuestión, para, en seguida, describir la intervención practicada por los suscritos en la persona de Martín Higuera y los fenómenos observados después de la operación.

El día 30 de abril del presente año, examinamos al paciente Martín Higuera, joven de 18 a 20 años de edad, color moreno, quien fue traído al Hospital de San Rafael de esta ciudad en la mañana del mismo día 30 de abril por un traumatismo sufrido en la cabeza durante la tarde del día 28 del mismo mes. El aspecto general era el de un enfermo en estado comatoso: absolutamente inconsciente, con una parálisis floja de los miembros inferiores, abolición de los reflejos tendinosos rotulianos, exageración de los reflejos cutáneos plantares. Desigualdad pupilar, notándose una dilatación con paresia del iris del ojo izquierdo. Estado estertoroso y de somnolencia propio del coma, perturbaciones esfinterianas, consistentes en relajación de los esfínteres anal y vesical. Solamente había movimientos en los miembros superiores, siendo particularmente marcados los del brazo derecho que tenían algo de convulsivos. El pulso era característico de las lesiones cerebrales: lento, amplio y fuerte. La temperatura era la normal: 36,5; había vómito.

Según se nos informó, en este estado permanecía el enfermo desde la tarde anterior.

Al examinar cuidadosamente el cuero cabelludo, no encontramos ninguna huella de herida cutánea; pero notamos una depresión muy marcada y bien limitada en la región parietal izquierda. El hallazgo de esta depresión y los síntomas encontrados, nos permitieron hacer el diagnóstico exacto de fractura de la bóveda del cráneo con hundimiento y hematoma intracraneal producido por la rotura de la arteria meníngea media.

En presencia de semejante cuadro clínico no vacilamos en practicar una trepanación, como al efecto se hizo el mismo día a las 3 y media de la tarde o sea unas 46 horas más o menos después de haber sufrido el accidente.

En esta operación, hecha con la más rigurosa asepsia, actuamos: como cirujano, el doctor Jesús Bernal Jiménez; como ayudante, el doctor José Manuel Rojas C., y como anestésico general el doctor Anatolio Vargas Cerón. Se usó como anestésico general el cloroformo. Una vez anestesiado el paciente, practicamos una incisión en forma de herradura de convejidad superior, sobre el cuero cabelludo de la región tèmporoparietal izquierda. Completada la incisión de los tejidos blandos, se invirtió el colgajo cutáneo musculoso haciendo la hemostasis por medio de pinzas de Kocher. Inmediatamente al descubierto el cráneo, apareció ante nosotros una fractura ovalar de grande eje antero-posterior sobre la parte media del parietal izquierdo. El tamaño aproximado de esta fractura era de unos cinco centímetros para el mayor diámetro y de unos tres y medio centímetros para el diámetro transversal. Toda la parte fracturada estaba hundida y varias líneas de fractura convergían hacia el centro del fragmento. Después de desprender el periostio de la bóveda, alrededor de la fractura, y valiéndonos de un cincel delgado, volamos el fragmento fracturado, cuidando en esta maniobra de traumatizar lo menos posible la caja craneana. Primero quitamos la tabla externa y luégo logramos introducir el cincel por los bordes de la fractura; luégo, sirviéndonos de él como de una verdadera palanca, levantamos el fragmento hundido. Quitado éste, apareció a nuestra vista un gran coágulo que se extendía hacia abajo comprimiendo la mitad anterior izquierda del cerebro, principalmente los lóbulos frontal y temporal. Procedimos a la extracción de este coágulo, no valiéndonos en este tiempo de la operación de otro instrumento que el dedo enguantado. El coágulo se encontraba entre la duramadre y el hueso. Conviene anotar que inmediatamente se extrajo el coágulo, el operado hizo algún movimiento inconsciente en los pies. Como viéramos que sobre la duramadre, ya al descubierto, sangraba algún vaso, nos dimos a buscar el sitio de donde provenía la sangre. Pudimos comprobar que era una rama de la arteria meníngea media, rota algunos milímetros más abajo de la fractura. Como fuese imposible introducir allí pieza alguna, hubimos de trepanar, o mejor, de ensanchar el orificio óseo ya abierto, valiéndonos en esta parte de la intervención de unas pinzas gubias. Localizado el sitio de la hemorragia, pretendimos pinchar la arteria con

unas pinzas, cosa imposible, pues la duramadre, tensa, hacía resbalar el instrumento. Decidimos entonces hacer una pequeña incisión en la duramadre, lo que además nos permitió cerciorarnos de que no había hemorragia intra-dura-materiana, pues el líquido céfalo-raquídeo estaba claro. Esta pequeña incisión nos sirvió para atravesar con una aguja curva fina la duramadre, pasar un hilo de sutura y ligar la arteria. En este momento cesó la hemorragia. El ojal hecho en la duramadre lo suturamos en seguida con dos puntos de cat-gut fino. Enjugamos la herida, dejamos un pequeño dren de gasa sobre la duramadre y después de la ligadura de los vasos arteriales del colgajo, volvimos a colocar éste en su posición normal y suturamos los labios de la herida quirúrgica con puntos separados de crin de Florencia. Terminada la operación, durante la cual no se presentó ningún accidente clorofórmico ni operatorio, se colocó un apósito y el vendaje correspondiente.

Los fenómenos observados después de la intervención, podemos dividirlos en inmediatos y en tardíos. Los primeros comenzaron a observarse desde la noche misma de la fecha en que intervinimos y consistieron en movimientos francos y espontáneos de las piernas y señales de una iniciación de la conciencia, ya que el operado con frecuencia llevaba las manos a la herida y denotaba sufrimiento. No habían transcurrido doce horas de la intervención, cuando ya pudimos observar como fenómeno de descompresión cerebral, el hecho que el operado trataba de articular palabras para responder a nuestras preguntas; es decir, que el estado comatoso había desaparecido. Durante este primer día que siguió a la operación, hicimos la primera curación, debido a que en un momento de dolor, o de estado semi-inconsciente, el operado trató de aflojar el vendaje.

Todos estos fenómenos inmediatos fueron acentuándose cada día más, hasta llegar a recobrar el enfermo por completo la conciencia en el curso de tres o cuatro días, así como la palabra perfectamente articulada y en voz alta.

Los fenómenos tardíos consistieron en la reducción de la pupila izquierda, que permaneció dilatada en los primeros días y, posteriormente, en la desaparición de la parálisis esfinteriana, pero no de una manera total hasta los quince días.

Practicado por nosotros un nuevo examen el día 16 de mayo, o sea 16 días después de trepanado el paciente, encontramos la herida casi cicatrizada, las pupilas iguales, reaccionan normalmente a la luz y a la distancia. Los movimientos, tanto en los miembros superiores como en los inferiores, son normales. El operado es capaz de sentarse en la cama, ponerse de pie y caminar, aun cuando se nota todavía un poco de torpeza e inseguridad en la marcha y falta de fuerza en la pierna derecha.

La parálisis esfinteriana, solamente persiste de manera intermitente para el esfínter vesical, habiendo cedido del todo para el esfínter anal. La palabra es normal, pero se nota una tendencia del enfermo a



PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
Escilarina Complejo glucosídico cristalizado y estabi- lizado del bulbo de la escila.	DIURÉTICO AZOÚRICO, CAR- DIOTÓNICO DE MANTENI- MIENTO (ACUMULACIÓN DÉBIL), NEFRITIS, OLIGU- RIA, ASISTOLIA, ARRITMIA, CORAZÓN SENIL, MIOCAR- DITIS.	2 a 6 comprimidos o XL a CXX gotas al día o 1/2 a 1 ampo- lla de una vez por vía endovenosa.
Felamina Asociación de ácido cólico en estado de pureza con la hexa- metilenotetramina.	OPOTERAPIA Y DESINPEC- CIÓN HEPATOBILIAR, IN- SUFICIENCIA EPÁTICA, LI- TIASIS BILIAR.	4 a 8 grageas.
Gynergeno Tartrato de ergota- mina Stoll, alcaloi- de, principio especí- fico del cornezuelo de centeno bajo for- ma estable y cris- talizada.	ATONÍA UTERINA, HEMO- RRAGIAS OBSTETRICALES Y GINECOLOGICAS, SEDACIÓN DEL SIMPÁTICO, BASEDOW. TAQUICARDIA PAROXÍSTICA.	(muy individual y según los casos) 1 a 2 comprimidos o XV a XXX gotas 2 veces al día. Ampollas, 1/4 a 1 cc. a la vez.
Optalidon Nueva asociación antineurálgica, se- dativa e hipnótica:	TODOS LOS DOLORES. NEURALGIAS. CIÁTICAS. DOLORES REUMÁTICOS.	6 grageas.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE),

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTHLSBERGER - Carrera 10, No. 333, Apartado 450 - BOGOTA

LABORATORIOS CORBIÈRE.PARIS



CYTO-SÉRUM CORBIÈRE
MEDICACION CACODILICA INTENSIVA É INDOLORA

SUS INDICACIONES

NEURASTENIA
LINFATISMO-ASTENIA POST-GRIPAL
BRONQUITIS CRÓNICA-ENFISEMA
TUBERCULOSIS-CONVALENCIAS



CYTO-MANGANOL CORBIÈRE
MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

SUS INDICACIONES

DESMINERALIZACIÓN EN GÉNERAL
Y EN PARTICULAR DESCALCIFICACIÓN
CONVALENCIAS DE LAS ENFERMEDADES
INFECCIOSAS ASTENIAS-FATIGA
ADELGAZAMIENTO



HÉMO CYTO-SÉRUM
MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA É INDOLORA

SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS-CLOROSIS
LEUCEMIAS-CAQUEXIA-CONVALENCIAS
DESPUES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS

CYTO-SÉRUM.HÉMO-CYTO-SÉRUM.CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MODO DE EMPLEARSE: En inyecciones intra-musculares al nivel de la región superior de la nalga, en pleno musculo, a la dosis de una ampolla todos los dias... ó cada dos dias

hablar en voz baja, quizá porque la emisión de la palabra en voz alta le exige demasiado esfuerzo. El paciente se alimenta por su propia cuenta y come de cualquier cosa. En cuanto a los fenómenos de la conciencia, parecen haberse establecido de manera normal, pues el enfermo responde a cuantas preguntas e insinuaciones le formulamos, de manera correcta. En cuanto a los hechos pasados, también responde cuerdamente, lo cual atestigua que no hay amnesia.

En vista de la historia clínica que acabamos de relatar, ¿sería posible fijar el grado y extensión de las lesiones cerebrales sufridas por Martín Higuera a consecuencia de la fractura del cráneo y decir cuál hubiera sido la suerte de este traumatizado sin la intervención? En cuanto a lo primero, claramente se deduce, por el relato de los síntomas de la intervención, que hubo una compresión cerebral localizada a los lóbulos temporal y frontal izquierdos, que inhibió temporalmente las funciones de los centros corticales interesados: centro del lenguaje articulado, centro de los movimientos de miembro inferior derecho, es decir: la región anatómica del cerebro conocida con el nombre de circunvolución de Broca en el pie de la circunvolución frontal ascendente, y región pre-rolándica. Es curioso que en este caso no se hubiera presentado una hemiplejía derecha extendida al miembro superior, sino más bien una verdadera paraplejía. Tal vez la conmoción cerebral pudo influir para determinar esta última.

No sería aventurado afirmar que sin la intervención practicada oportunamente, y aún más, sin haber logrado ligar la arteria, rama de la meníngea media izquierda, que fue la causante de la hemorragia, la vida de Martín Higuera se hubiera extinguido.

En cuanto a las últimas preguntas que nos formula el señor Prefecto relativas a la incapacidad, defectos físicos y funcionales y demás consecuencia de las lesiones producidas en la persona de Martín Higuera a causa del traumatismo sufrido por éste el 28 de abril último, creemos no ser de nuestra incumbencia el absolverlas, ya que los señores médicos legistas han podido observar al operado y darse cuenta de la gravedad de las lesiones.

Dejamos de esta manera contestado su oficio N^o 367 de mayo 2, suscribiéndonos del señor Prefecto atentos servidores,

Jesús Bernal Jiménez, José Manuel Rojas C.