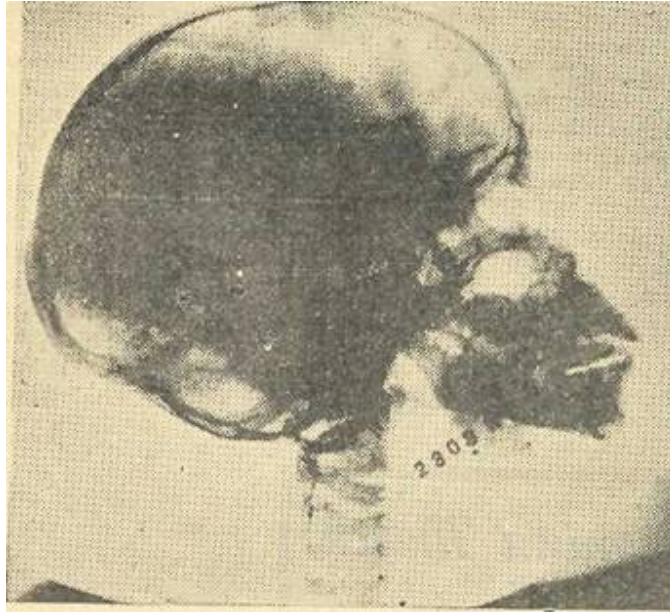


Un caso de fractura conminuta de la bóveda craneana con desgarradura de las meninges y destrucción de tejida cerebral. Operación. Curación.



F. A. de diez años de edad, vecindado en Jacaleapa, ingresa al 2° Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General el día 5 de noviembre del presente, a curarse de *un golpe* de la parte anterior derecha de la bóveda craneana.

Historia

Refiere el padre del niño que tres horas antes, su hijo ha recibido en la frente una fuerte coz de una bestia. Que el golpe ha sido intenso, pues inmediatamente cayó sin sentido y con hemorragia profusa. El niño vol-

vió en sí a los 20 minutos después del accidente.

Examen regional

Al examinar el cráneo, descubrimos una gran herida contusa situada en la región anterior del hemi-cráneo derecho; la atrición del cuero cabelludo considerable y un gran colgajo de éste deja ver denudada y fragmentada una parte bastante extensa del hueso frontal correspondiente. No ha habido hemorragias nasales, ni óticas. Tampoco existen equimosis subconjuntivales ni orbitarias.

Examen General

El estado general del enfermo es notable; no hay síntomas hemorrágicos, ni vómitos, ni pulso lento, en fin nada que denote fenómenos de compresión cerebral. El pulso bate 110 veces por minuto y el ritmo respiratorio es perfectamente normal.

Intervención

Inmediatamente el enfermo es transportado a la Sala de Operaciones; se prolonga a uno y otro lado, la herida producida por el traumatismo y se diseca el cuero cabelludo en todos los contornos del foco contusionado. Al descubrir éste se nota que las meninges están rotas, desechas, sin que se pueda intentar suturarías. Al mismo tiempo hay esquirlas de diversos tamaños y formas encasquetadas en plena masa cerebral. Al extraer los fragmentos óseos, se desprenden al mismo tiempo parcelas considerables de masa encefálica, completamente destruidas y mezcladas a grandes coágulos sanguíneos. Los vasos de la duramadre sangran copiosamente al desprender los coágulos.

Se limpia de esquirlas toda la zona, se ligan todos los vasos que es posible y se regularisa el boquete óseo del cráneo, recubriéndolo después con el periostio cuidadosamente disecado. Acto continuo se sutura el cuero cabelludo y en vista de la gran cantidad de tejidos mortificados y de la extensión de la zona traumatizada, se deja un drenaje en uno de los ángulos de la herida.

Resultado post-operatorio

El resultado post-operatorio ha sido espléndido. Apenas *sí* hubo en los dos primeros días que siguieron a la intervención, unos 5 décimos de temperatura; después la apirexia se ha instalado definitivamente, habiéndose cicatrizado la herida por primera intención. Actualmente (1P de diciembre), apenas si existe una fistulina en vías de franca curación.

La radiografía que acompaña al presente trabajo muestra perfectamente bien el sitio del traumatismo y la regularidad de la brecha ósea, del cráneo. Al mismo nivel de esta parte débil de la bóveda craneana se perciben a simple vista las pulsaciones de la dura-madre.

Consideraciones

Llama la atención en el presente caso: 1º, la ausencia de fenómenos psíquicos, motores y sensitivos en una destrucción tan considerable de la masa cerebral frontal, (área psico-motora, centro de asociación anterior) pues el niño no presenta: "alteraciones en la coordinación de los movimientos necesarios para la ejecución de un acto complejo." (Apraxia frontal de Goldstein), y 2º, no hay ni apatía, ni pérdida de la expresión mímica, ni alteración alguna de la atención voluntaria. Eso al menos por el momento, quizá tardíamente pudieran presentarse en nuestro paciente los síntomas o alteraciones **que** la literatura médica nos cita en casos de destrucciones amplias

del lóbulo frontal y ellos son principalmente "trastornos del carácter y de la motilidad refleja" (acción tónica inhibidora sobre las ramas anteriores de los pares raquídeos). Gley.

La brecha ósea dejada por el traumatismo y agrandada necesariamente por el acto quirúrgico se reparará espontáneamente o habrá necesidad de recurrir a la prótesis para garantizar el

futuro del paciente.

Siendo el enfermo un niño de diez años, el periostio y el hueso que están en pleno período de crecimiento, quizá podrían llenar aquel vacío por sus propios elementos. En caso contrario la prótesis estará indicada después de una espera prudente.

Francisco Sanchez U.

PALUDISMO

Todo lo que a diario se vive escribiendo en nuestro país, sobre esta enfermedad del trópico no es suficiente para poder hacer un control eficaz del terrible flajelo que día a día va diezmando la población y los que se libran de las garras de la muerte quedan débiles, anémicos, tributos éstos que unidos a la mala nutrición que tiene nuestra clase pobre los va conduciendo a ser candidatos de una enfermedad más desastrosa y sobre todo tiende a la degeneración de la raza, pues la sífilis y el paludismo serán los dos factores responsables de una descendencia enfermiza.

Desde hace más o menos ocho años se viene acentuando la ola epidémica de la malaria en todo el país, principalmente en la zona central y decimos esto por cuanto en los años anteriores esta enfermedad sólo era endémica en las costas norte y sur, pero a medida que las comunicaciones con dichas costas fueron más frecuentes acarrearon con más facilidad pacientes portadores del Protozooario que la produce y encontrando el

agente trasmisor no fue muy difícil que se fuera propagando más y más hasta llegar en éstos días a ser el azote cruel de todas las clases, dejando ver su entranamiento sobre la clase que está pasando por una crisis de miseria.

La epidemia ha tomado caracteres alarmantes desde el año de 1930, en los meses de julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre; y año a año se ha ido repitiendo en los mismos meses, coincidiendo estos brotes con los períodos de las lluvias más fuertes, disminuyendo su intensidad en el mes de diciembre, debido en su mayor parte a desecación de los pantanos, evitando así los criaderos de zancudos anofelinos.

El cuadro estadístico tomado en el Laboratorio de la Sanidad no puede ser más evidente de lo que he dicho en el párrafo anterior y que se refiere a los frotis de sangre investigando Hematozooario de Laverán, y en él se verá el porcentaje de positivos in crescendo en los meses a que he hecho mención.

	1930			1931			1932			1933		
	P.	N.	T.	P.	N.	T.	P.	N.	T.	P.	N.	T.
Enero	35	55	90	57	88	145	55	245	300	21	39	60
Febrero	26	54	80	36	95	131	49	323	372	13	63	76
Marzo	21	52	73	28	155	183	29	204	233	32	74	106
Abril	11	46	57	29	8	110	25	238	263	24	79	103
Mayo	18	72	92	21	134	155	38	150	188	29	87	116
Junio	117	116	233	21	191	212	55	123	178	28	90	118
Julio	187	150	319	33	292	325	151	159	310	48	70	118
Agosto	125	129	254	71	206	277	181	147	328	80	100	180
Septbre	108	101	209	63	225	288	182	132	314	93	91	184
Octubre	92	84	176	101	217	318	96	140	236	116	64	180
Nbre.	66	88	154	72	237	309	71	75	146	295	129	424
Debre.	37	88	125	77	243	315	54	67	121			

La periodicidad del brote epidémico en los meses de junio a noviembre de cada año, la intensidad en que se ha presentado en los años de 1930, 1932 y el corriente nos da para pensar que la enfermedad ha tomado bastante incremento. Aquí en la capital en 100 frotis que he tomado últimamente en unos de los barrios, resultó el 84 % positivo, en su mayor parte Plasmodium Falciparum, encontrándose en muchos de ellos doble infección y presencia de gametos que como se sabe es la última fase del parásito en el hombre de difícil exterminio y demasiado peligroso para la propagación de la enfermedad. La mortalidad ha sido bastante eleva-

da, el índice estadístico nos da en los meses de octubre y noviembre del corriente un promedio de 175 personas víctimas del paludismo.

La malaria se ha presentado en diferentes formas: comatosa, hemorrágica, algida con deposiciones desintéricas, hiperpiréticas, pues ya no es un asombro encontrarnos con enfermos de fríos y calenturas que tengan una temperatura axilar de 40 1/2 g.c. Como un caso verdaderamente extraordinario, voy a relatar el de un muchacho de nombre Félix Núñez, de 18 años de edad, de oficio Chauffer, domiciliado en Sabanagrande, quien hacía, según nos refirieron sus padres, ocho días que venía pa-

decidiendo de una fiebre continua y que últimamente le dieron convulsiones al grado sumo de gravedad de perder el conocimiento desde un día antes de que nosotros llegáramos. Nos encontramos con un enfermo en un estado comatoso, completo, resolución muscular, tinte ictérico pronunciado, con débil reflejo pupilar a la luz, abdomen dilatado, temperatura axilar 38.8, pulso 80, respiración estertorosa. Por los antecedentes dados por los familiares y el examen, hicimos el diagnóstico de una Fiebre Perniciosa forma comatosa. Le tomamos un frotis y le inyectamos un 'gramo de quinina intravenoso y aceite alcanforado y dispusimos traerlo a la capital, donde dos horas después ordenamos ponerle lavados rectales, una bolsa de hielo en la cabeza, le hicimos una pequeña sangría,, inyectándole al mismo tiempo otro gramo de quinina con suero glucosado. A las seis horas de esta última inyección no había ninguna .mejoría en el enfermo. Llevada la placa al Laboratorio de la Sanidad, el competente Jefe de esta Sección se sor-

prendió al encontrar en ella que un 60 % de los glóbulos rojos estaban parasitados y algunos de ellos con triple infección. Suponiendo, porque no hicimos el recuento globular, que el paciente por su infección palúdica haya tenido 3.000.000 de glóbulos rojos por milímetro cúbico, sacamos como consecuencia que más *de* un millón de éstos estaban parasitados. Desde el momento que nos dio el reporte el Sr. Lara no dudamos que el enfermo tendría que morir, como efectivamente sucedió.

Mi interés al publicar estos detalles es la de llamar la atención a las oficinas sanitarias del estado, como a la Asociación Médica Hondureña y a cada uno de su miembros sobre esta terrible plaga que tiende aniquilar nuestra raza, y que siendo un enfermedad dominable y evitable, debemos empeñarnos a poner todas las medidas que están a nuestro alcance y de una manera constante y firme lograr eliminarla para el bien del conglomerado.

Tegucigalpa, diciembre de 1933.