

Algunas consideraciones sobre heridas de cráneo y cerebro

por ANTONIO CALZADA HIDALGO

Teniente Médico del Equipo Quirúrgico. Hospital «El Cañizar»

A propósito de haber visto descrito en el número tercero de la REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA, publicada por la Jefatura de Sanidad del Ejército, un artículo sobre «Observaciones y experiencias clínicas en las heridas de guerra del cerebro y del cráneo», en el cual se determinan tres tipos clínicos bien caracterizados en esta clase de heridos y que nosotros también compartimos, es lo que nos ha impulsado la publicación de este trabajo, con algunos casos observados por nosotros.

Prescindiremos del segundo y del tercero de los tipos que en el susodicho trabajo se describen, para referirnos y hacer algunas consideraciones al primero, a propósito de cinco heridos de cráneo ingresados en este equipo quirúrgico, cuya sintomatología y cuadro clínico general corresponden al en el trabajo arriba citado y que nos han hecho modificar la idea que sustentábamos en cuanto a la cuestión tratamiento.

En esta primera clasificación se dice: «que el herido de cráneo que llega en mal estado general, con ronquido, carfología sexual, hemorragia por boca y nariz, pulso débil no inferior a cien pulsaciones y que en los esfuerzos que de vez en cuando ejecuta hace salir por los orificios de las heridas borbotones de masa encefálica, que luego exuda de forma lenta y continua, no hay nada que hacer... y nada debe hacerse.» Citando tres casos operados que con este cuadro murieron en la mesa de operaciones.

Cinco casos observados en este Servicio con la sintomatología anteriormente descrita son los que nos han hecho modificar el criterio que de antiguo teníamos en cuanto a no intervenir a estos heridos.

De ellos los dos primeros, sustentando aun la idea de la no intervención, fueron tratados del modo corriente (cura aséptica, tónicos cardíacos, etc.) y desviando nuestra atención hacia otros heridos.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE HERIDAS DE CRANEO Y CEREBRO

Estos fallecieron en un plazo de seis a ocho horas de ingresar en el hospital y de doce a catorce de haber sido heridos.

En vista de estos resultados, y deseando poder hacer algo por mejorar la suerte de éstos, nos decidimos por la operación, siendo nosotros encargados de la asistencia de esta clase de heridos por el doctor Julio Gil Sanz, jefe del equipo, y que nos fueron confiados en atención a nuestra asistencia en calidad de ayudante por un período de cerca de seis años a las clínicas de Neurocirugía de nuestro querido maestro el profesor Díaz Gómez, a quien debemos nuestras orientaciones quirúrgicas.

Y con arreglo a esta línea de conducta que nos habíamos propuesto, los tres casos que posteriormente tuvimos, todos desde luego con la sintomatología análoga al tipo de la que se describe en la citada revista y que más arriba reproducimos, y que por lo tanto al describir los casos no vamos a repetir, estos fueron intervenidos.

Los que se citan son los siguientes:

Caso 1.º M. P. M., soldado Ametralladoras. Ingresa el día 27 de abril de 1937. Diagnóstico: Herida por arma de fuego en región parietal izquierda, con orificio de salida en región occipital.

Además de los síntomas descritos anteriormente, comunes a los tres casos, sobresale en el presente la gran agitación y verborrea tan común en estos heridos, la salida de líquido céfalorraquídeo por nariz y amaurosis, que le apareció, según nos refirió después en la convalecencia, nada más notarse herido. Ninguna cosa de parálisis.

Operado con anestesia local, se le extraen numerosas esquirlas de hueso, pelo, vaciamiento de gran hematoma subdural, se observa una fisura que se dirige hacia compartimento anterior de la base y una esquirla de tamaño regular que comprime cerebro se despega, viendo cómo comienza a latir meninge. Sutura completa.

El curso postoperatorio de este herido fué bastante normal; disminución de la agitación durante los primeros días; se le practicaron dos punciones cisternales, haciendo notar que después de la primera comenzó a recuperar la visión, que en los días posteriores llegó a ser normal.

Siendo evacuado el día 28 de mayo, reingresa en el mes de julio, con la herida en perfecto estado; ningún síntoma motor ni sensitivo, aunque sí presenta alguno psíquico, ingresando por aquejar dolores de cabeza, siendo dado de alta por curación y reincorporándose a su batallón el día 15 de septiembre de 1937.

Caso 2.º D. C. G., comisario político. Ingresa el día 10 de julio de 1937. Diagnóstico: Herida de metralla en región parietal derecha penetrante de cráneo, sin orificio de salida.

Sobresale en este caso, además de la sintomatología común, la gran hemorragia por la herida.

Operado con anestesia local, esquirlectomía, limpieza de foco, extracción de enorme hematoma subdural; por el mal estado del herido no se amplía la abertura del hueso; para contener la hemorragia, que sale a chorro continuo de debajo de hueso hacia la parte anterior, ni se extrae el trozo de metralla, por lo que se sigue el procedimiento de Ruggieri para hemostasia. Se lava con suero fisiológico y taponamiento contentivo de esponja de goma. Sutura, dejando abertura que corresponde al tapón de goma.

El curso postoperatorio de este herido apenas tuvimos ocasión de poderlo seguir, ya que por necesidades de guerra y por ser este hospital de evacuación, tuvo que ser realizada el día 18 del mismo mes. Sin embargo, a mediados del mes de agosto tuvimos ocasión de visitarlo en el hospital donde fué evacuado, encontrándole en franco restablecimiento.

En la fecha que escribimos estas cuartillas, y a requerimiento nuestro, recibimos noticias de este herido, contestándonos el hospital el haber sido evacuado, en vista de su estado satisfactorio, a otro de convalecientes.

Caso 3.º J. L. I. (prisionero). Ingresó el 13 de julio de 1937. Diagnóstico: Herida por arma de fuego en región temporal derecha.

En este caso la bala, por haber pasado de un modo muy particular, tangencialmente, tiene una gran pérdida de piel y hueso temporal; la salida de cerebro es tan enorme que es casi incomprensible que pueda ser compatible la vida con una pérdida semejante de masa cerebral.

Además de la sintomatología común, hemiplejía izquierda.

Operado de modo análogo a los anteriores, se le taponó también con esponja de goma, etc. El curso postoperatorio de este herido es bastante tormentoso por múltiples complicaciones pulmonares que le aparecen, debidas a la parálisis de todo su lado izquierdo; posteriormente ataques epilépticos, pero aun así, con nuestro mayor asombro, arrastrando su pierna izquierda, lo hemos visto deambular últimamente por el hospital conducido por una enfermera. Siendo evacuado el día 6 de septiembre de 1937 con su herida de cráneo en completa granulación y sin hernia cerebral.

En resumen: ante estos tres casos operados, que resaltan de los que no fueron intervenidos, estando en igualdad de síntomas y condiciones (ya que no contamos, claro está, los heridos de cráneo habidos en este equipo cuya sintomatología no corresponde a la descrita), y en que las supervivencias tras de la operación no sólo han sido de horas, ni de días, sino que han llegado al restablecimiento (*ad vitam*), y alguno, primer caso (*ad funcionem*), ¿qué consecuencias podemos sacar?

En estos heridos, considerados tan justamente como muy graves, con mal estado general, pulso débil, ronquido, carfología sexual, hemorragia,

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE HERIDAS DE CRANEO Y CEREBRO

salida de líquido céfalorraquídeo por nariz y oído, agitados (primer caso) o inertes, considerados más graves (segundo y tercero), *creemos no deben ser abandonados* a su triste suerte, ya que algunos pueden ser salvados, aunque en muchos sea, desgraciadamente, inútil también todo cuanto se haga por ellos.

Nuestra estadística es muy pequeña, pero a pesar de ello nos han hecho pensar estos casos y modificar nuestras ideas sobre estos heridos, a pesar de su aspecto tan alarmante, siempre que se guarden las siguientes condiciones, que creemos indispensables:

- 1.^a Operar con anestesia local, a pesar de las incomodidades que pueda representar en los muy agitados, con verborrea, etc.
- 2.^a No intentar hacer cosas grandes; limitarse a limpiar el foco, esquirlectomía, extracción del proyectil, metralla, etc., que en los agitados la ausencia de estos cuerpos extraños, que les irrita el cerebro, les sirve de gran mejoría.
- 3.^a Evitar, en cuanto que sea posible, toda maniobra violenta, golpes de martillo, etc., que aumentan considerablemente el shock que de por sí grave tienen ya estos heridos.
- 4.^a Proceder con rapidez.

Guardando estas reglas, que creemos fundamentales, muchos heridos de estos que abandonamos por creer que nada puede hacerse ya por ellos, pueden ser salvados. Nuestra más que casuística, aunque poco para estadística, así nos lo ha parecido demostrar.