

TRES CASOS DE HERIDAS DE BALA - CRANEO
CEREBRALES - CONDUCTA TERAPEUTICA

Prof. Dr. Carlos Stajano

Vuelvo a insistir en el seno de esta Sociedad, sobre el peligro que encierra el dar al médico práctico, demasiadas esperanzas basadas en tendencias terapéuticas, que deslumbran por su efectividad, y que como aluvión arrastran con todo lo conocido, tendiendo a hacer olvidar lo sólidamente conquistado por la buena y correcta cirugía. Cuando en esta Sociedad, el año pasado, al hablar del tratamiento de la gangrena gaseosa, yo insistí sobre el peligro de transmitir al médico práctico, la posibilidad de obtener la curación en estos casos mediante tratamientos médicos exclusivos, ya sea por los sueros, las sulfamidas, por todas las vías, la penicilina, la radioterapia, etc., etc., pudiendo dar la impresión de que el tratamiento quirúrgico, indispensable, obligatorio y severísimo de rigor, frente a esas heridas, podría pasar a un segundo término. Dejamos constancia del papel auxiliar extraordinario de la quimioterapia moderna y de la sueroterapia antitóxica, etc., pero siempre como complementario y en segundo término, al riguroso tratamiento quirúrgico, saneador del medio y de la región, sin contemplar la extensión de las resecciones tisurales llevadas a la mortificación o en inminencia de ella. Es este el fundamento conquistado por la experiencia de la guerra anterior y confirmado en todos los centros quirúrgicos en la "deblace" actual. *Ninguna terapéutica anti-infecciosa contraría hasta el momento esta aseveración.*

En lo que a heridas de bala de cráneo se refiere, diremos que ninguna terapéutica anti-infecciosa es capaz de suplir a la terapéutica quirúrgica en determinadas y precisas circunstancias. Si bien el foco contuso o herida cerebral, puede ser defendida de la meningo-encefalitis, mediante drogas de extraordinaria eficacia (sulfamidas, penicilina, etc.), permitiendo sobrevidas y

curaciones no obtenidas anteriormente, tenemos también el convencimiento de que consideramos atentatorio el contar exclusivamente con esa maravillosa acción, relegando a un segundo plano el tratamiento quirúrgico del foco, especialmente cuando existe presente el fantasma de la osteomielitis de los trozos óseos y esquirlas sueltas, desvitalizadas, que en unos casos precozmente, o en otros tardíamente, preparan su advenimiento llevando irremisiblemente a la muerte, por meningio encefalitis tardía o absceso cerebral, etc., etc.

Por otra parte, esta tendencia eminentemente quirúrgica, se basa en el mismo fundamento que impone en las heridas del tórax, el tratamiento obligatorio del foco óseo, cuando hay herida costal.

La osteomielitis tardía, cuando la fractura es expuesta, es la que rige la gravedad, ensombrece el pronóstico de este particular herido de tórax, exigiendo imperativamente el tratamiento quirúrgico de la lesión costal en forma ultra precoz.

CASO 1. — Sra. de 46 años. Intento de suicidio. Herida de bala. Revólver Smith Wesson, reformado, calibre 32. Orificio de entrada, con tatuaje de piel, en región fronto parietal externa. Derecha. Herida de pared externa de órbita. Orificio de salida en la región parietal izq. Veo a la enferma a la hora del accidente en coma profundo. Gran hematoma retrobulbar ojo derecho. No exploro la herida, pues ha sido desvendada tres veces en una hora. Médico de la Asistencia y dos médicos forenses sucesivamente. Dr. Lorient y Dr. May. Estertor laríngeo. Pulso bueno, tenso, a 64. A las tres horas $\frac{1}{2}$ traslado a sanatorio, para ser curada en un medio aséptico. En la sala de operaciones, procedemos a gran limpieza y "epluchage" del foco. Abatimos un gran colgajo de piel hasta el periostio que circunscribe el orificio de salida. Pelos. Sangre, papilla cerebral forman un magma que se limpia. Extraemos esquirlas óseas sueltas en cantidad, tanto de tabla externa como de la interna, que han basculado hundiéndose en la masa cerebral. Trabajamos con gubia y sacabocado. Existe un trazo de fractura irradiado a la base, que moviliza un gran fragmento que moviliza a su vez el contenido de la órbita. Respetamos ese hueso vitalizado. "Toilette" minuciosa del foco meningio-cerebral. Aproximación de partes blandas, en especial, el periostio. Resección del trayecto cutáneo del orificio de salida. Mecha vaselinada, obturando el orificio. Cierre del colgajo. Drenaje tan solo con crin.

Este caso fué operado en el año 1920. No se conocía ninguna sustancia ni medio quimioterápico poderoso como actualmente.

Utilizamos el lógico tratamiento quirúrgico de la herida. La evolución fué admirable. Recobra el conocimiento después de ocho días con integridad sensitiva y motriz.

Apirexia total en toda la evolución. A los 20 días, el Dr. Anselmi enuclea el ojo derecho, pues aparece esbozo de una oftalmía simpática del lado izquierdo. Todo entra rápidamente en orden. Posteriormente se coloca un ojo artificial, que mueve sinérgicamente con el ojo sano, pues se conservó la cápsula y musculatura ocular. Después de 25 años del accidente la enferma sigue normal. Es de notar que esta enferma antes del intento de suicidio era asistida por un psiquiatra. La herida de bala y sus efectos, la curaron radicalmente. Consignamos el hecho.

2º CASO. — Grave herida de bala disparada de abajo a arriba y de atrás a adelante. Revólver calibre 42. Sra. A. de P. 35 años. Herida por otra mujer, que agazapada detrás de una puerta dispara a corta distancia su arma en esta enferma que pasa caminando junto a ella.

Puerta de entrada: por debajo de la arcada sigomática del lado derecho con fractura. Herida de órbita. Estallido del globo ocular. Orificio de salida del lado opuesto, en región frontal, parte externa. Es enviada de Melo en este estado a los varios días. La enferma sin déficit motor ni sensitivo, ha disipado su cuadro de conmoción de los primeros días, pero trae las dos heridas de entrada y salida, supurantes. Procedemos al tratamiento quirúrgico amplio. "Epluchage" mediante amplio colgajo de partes blandas en el orificio de salida. Extraemos esquirlas óseas y los tejidos mortificados en el trayecto cutáneo. Lavado con éter. Cierre total, con drenaje tan solo de crin. Del lado opuesto: resección de fragmentos de ap. sigomática y de pared externa de órbita. "Epluchage" de músculos en el trayecto. Herida ampliamente abierta que curamos con irrigación gota a gota con carrel, mostrando la amplia comunicación con la órbita. *Evolución favorable* y apirética, más complicada la curación que en el caso anterior por la anfractuosidad y múltiple lesión ósea de este caso. El oculista Anselmi completa el trat. quirúrgico de su ojo, procediendo a la enucleación, a los veinte días.

No utilizamos, por no existir entonces (año 1926), ninguna terapéutica a no ser el carrel gota a gota sólo en la herida cráneo facial. Esta enferma vive también actualmente (1945) ostentando su gran mutilación residual.

3er. CASO. — Herida de bala. Revólver calibre 32, en la sien derecha. Orificio de salida en región fronto-parietal opuesta. Estado de coma profundo hasta el tercer día que tiende a desvanecerse poco a poco.

Estallido del globo ocular del lado de entrada de la bala. Estado comocional severo. Terapéutica anti choc. Plasma. Sueros. Cortigen. Localmente cura aséptica que se cambia varias veces al día, pues moja la curación en líquido céfalo raquídeo, sanguinolento y papilla cerebral. Aparecen esquirlas óseas en días sucesivos. Atendido por médico internista y accesoriamente por cirujano se instituye la terapéutica expectante y contemplativa aséptica de las heridas. Con gran entusiasmo se hace derroche de sulfamidias a dosis altas y penicilina cada tres horas. La mejoría que se insinúa, se confirma claramente en la semana siguiente, recuperándose casi totalmente el estado psíquico (coordinación, memoria, etc.). Sin embargo, la herida

sigue abierta, y aún aparecen esquirlas óseas pequeñas y papilla cerebral. Soy consultado y aconsejo limpiar el foco óseo, a pesar de la mejoría y del buen estado general. No es cumplido tal temperamento a pesar de haberse aceptado. A los 38 días cuando la terapéutica expectante creía haber salvado la situación, ascenso febril, con ligera obnubilación, que es interpretado como fiebre intestinal. Fué la primera señal de la meningo encefalitis difusa a puto de partida óseo y cuya duración total fué de 36 horas.

Recién en el momento álgido de esta meningo - encefalitis tardía, el cirujano aborda el foco. No encuentra el foco del absceso que busca, comprobando una meningo encefalitis focal y recurre a la penicilina local, a parte de la inyectable. El enfermo fallece a las pocas horas.

Conclusiones

1) En el momento actual las sulfamidas y la penicilina constituyen medicamentos extraordinarios que coadyuvan eficazmente en la terapéutica de todas las heridas o infecciones post operatorias o traumáticas.

2) Su eficacia indiscutible, no sustituye en ninguna forma a la acción quirúrgica, que adquiere indicaciones impositivas en ciertos casos. La limpieza de la herida, la supresión de tejidos muertos, la supresión de huesos y esquirlas desvitalizadas, es de rigor.

3) Es atentatorio e imprudente el eludir esta indicación formal. Ni la penicilina ni la sulfamida, pueden indefinidamente preservar al hueso muerto de su segura y tardía infección.

4) El caso 1 y el caso 2, tratados quirúrgicamente en forma correcta, curaron a pesar de su gravedad, sin quimioterapia alguna.

5) El caso 3, incomprensiblemente abandonado a nuestro juicio, a su evolución natural (temperamento no quirúrgico), y a la merced de la terapéutica quimioterápica intensiva (sulfamida, penicilina), muere después de brillante mejoría, de una meningo - encefalitis tardía difusa en pocas horas, a consecuencia de la infección ósea focal.

He aquí en consideración mis afirmaciones.