

TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFALICOS (\*)

Dr. Fernando Etchegorry

El trabajo que va a escucharse no es un alegato ni en pro ni en contra de determinado tratamiento en los traumatismos cráneo encefálicos; es simplemente un conjunto de cifras que permiten apreciar grosso-modo el destino de los enfermos con tales lesiones atendidos en el servicio a nuestro cargo.

Alguien ha dicho que las estadísticas son capaces de decir cualquier cosa, inclusive la verdad. Esperemos que Vds. pongan a ésta dentro de dicha categoría.

Hemos eliminado de las cifras todo traumatismo leve. Para clasificarlos nos hemos basado en la coloración del líquido céfalo raquídeo, suponiendo que un tinte hemático traduce una lesión del órgano que está debajo en la casi totalidad de los casos. La inversa, es decir, líquido céfalo raquídeo normal - no lesión, no es rigurosamente exacta; pero, en la duda y a falta de otros elementos de diagnóstico, hemos preferido eliminar tales casos, adelantando desde ya que entre ellos no existe ningún "éxitus".

Hemos incluido, dentro del tipo apuntado, *todos* los traumatismos llegados, inclusive aquellos fallecidos antes de ser vistos por nosotros y sin tener en cuenta causa o forma de la lesión. Figuran también las heridas de bala (agresiones o suicidios).

Nos limitaremos a dar cifras y consideraciones globales. Saldríamos de los límites reglamentarios si pretendiéramos hacer otra cosa. En comunicaciones sucesivas, si es posible, analizaremos los distintos sub-grupos en que quizás puedan dividirse los T. C. E. dentro del empirismo e ignorancia que aún reina.

Desde que funciona la Sala 11 han ingresado 157 T. C. E.

(\*) Leído en la sesión del 1º de junio de 1949.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

graves sobre un total aproximado de 4,500 enfermos o sea un porcentaje de 3.49 %.

Esta cantidad se descompone de la siguiente manera:

T. C. E. abiertos, vale decir con fractura expuesta de la cúpula .....	23	14.60	%
Id. cerrados . . . . .	134	85.40	%
 Total	 157	 100.	 %

El total de fallecidos sin discriminación alguna e incluyendo los muertos antes de todo tratamiento, ha sido de 38 o sea un porcentaje de 24.20 %.

Esta cifra se desglosa así:

Enfermos con T. C. E. cerrados fallecidos antes del tratamiento .....	15	39.47	%
Id. id. id. en tratamiento y sin intervención	5	13.16	%
Id. id. id. id. con intervención .....	6	15.78	%
Id. con fractura de la cúpula sin intervención	5	13.16	%
Id con fractura de la cúpula intervenidos .....	7	18.43	%
 Total .....	 38	 100.00	 %

Se ve pues que casi un tercio de los fallecidos lo fueron antes de que se pudiera poner en práctica terapéutica alguna.

Ahora si agrupamos nuevamente los enfermos de acuerdo con la clasificación de T. C. E. cerrados y abiertos, tenemos las siguientes cifras:

23 T. C. E. abiertos (con fractura de la cúpula) fallecidos .....	12	52.17	%
134 Id. cerrados fallecidos .....	26	19.40	%

Dejaremos de lado los traumatismos abiertos para ocuparnos exclusivamente de los cerrados.

De los 134 enfermos llegados al servicio, 15 desaparecieron antes de que fueran vistos por nosotros. Quedan pues 119 pacientes en los que la mortalidad alcanzó a la suma de 11 o sea un 9.24% porcentaje calculado sobre los dichos 119 enfermos; cifra que debe retenerse especialmente, pues es la que puede servir como elemento comparativo con estadísticas en las que se atribuye el

éxito a otros tratamientos que el que ponemos en práctica nosotros.

De esos 119 pacientes fueron intervenidos 14 es decir un 11.77% en virtud de complicaciones presentadas. Analizarlas sería salir fuera del cuadro que nos hemos trazado; limitémonos a decir que los números indican que el personal de la Sala 11 no es intervencionista sistemático ni partidario de muchos agujeros exploradores. Hace algunos años, cuando recién se abrió el Pasteur y aún poco después, pensábamos de distinta manera. Los hechos y sobre todo la ignorancia de las lesiones que se ocultan bajo la opacidad de los huesos del cráneo modificó nuestra opinión, que estamos dispuestos a modificar nuevamente, cuando se conozca mejor los acontecimientos que acompañan a los traumas que nos ocupan. Porque, dicho sea con todas sus letras, en la inmensa mayoría de los casos trabajamos dentro de un empirismo e ignorancia indignos del adelanto experimentado en otras ramas de la Cirugía. Ya volveremos sobre este punto.

Quedan ahora 105 pacientes no intervenidos de los cuales fallecieron 5 o sea el 4.76%. Es un porcentaje como para quedar contentos; y sin embargo, no lo estamos. Nos gustaría poder saber lo que acontece durante la marcha de la enfermedad; conocer de antemano la evolución inmediata y ulterior. Prever cuales son los pacientes que harán complicaciones, es claro dentro del límite de las posibilidades humanas. Por ahora, y salvo excepciones, todo esto nos está vedado. Los números son bonitos y a veces instructivos, pero en cada oportunidad que estampamos alguna cifra en un trabajo científico no podemos dejar de recordar una anécdota de Mérola que narraremos, porque encierra una sana filosofía. Era en los albores de nuestra Sociedad de Cirugía; se discutía con algo de apasionamiento la oportunidad y gravedad de una intervención que entonces se efectuaba raramente y que hoy ha entrado en la práctica diaria. Uno de los partidarios de la técnica sostuvo con algo de énfasis, que debía realizarse sistemáticamente la tal intervención pues sólo daba un porcentaje de mortalidad de un 6%. Mérola, que a pesar de ser de la misma opinión no estaba de acuerdo con la absoluta, le respondió: "Doctor, es muy interesante lo que Ud. dice, pero más que números me gustaría saber si mi tío a quien opero mañana va a ir dentro de las cifras de la dere-

“cha o de las de la izquierda; porque modificaría mi actitud de acuerdo con ese conocimiento previo”. Mérola no obtuvo respuesta en aquél momento; sin embargo sus deseos se han convertido en realidad y hoy aquella intervención puede practicarse con un mínimum de riesgos y sobre todo puede vaticinarse casi con seguridad absoluta la marcha del operado. Nuestra situación frente a los traumas encefálicos es la de Mérola hace 25 años. Deseamos no tener que esperar tanto tiempo para que aparezcan los métodos que permitan un diagnóstico precoz y exacto.

Tratándose de una exposición puramente estadística, no pretendiendo establecer cátedra ni opinar sobre lo bueno y lo malo de los que otros hacen, nos limitaremos a decir lo que realizamos en el servicio a nuestro cargo.

Practicamos la punción lumbar en forma sistemática en todo traumatismo craneano cerrado. Le damos valor a la raquimetría, pero no en forma absoluta; a veces, por fallas en los aparatos, no es tomada. Nunca sacamos gran cantidad de líquido céf.-raquídeo. Término medio retiramos entre dos y cinco centímetros cúbicos. Esta punción la repetimos de acuerdo con los datos clínicos subsiguientes: reacción meníngea, presión arterial elevada, y sobre todo cefalalgia persistente. A veces, en las repeticiones, basta con retirar algunas gotas, para obtener un efecto terapéutico que no guarda la proporción con la pequeñez del acto realizado. Hasta ahora ignoramos el mecanismo íntimo de tales mejorías.

Tratamos de que el enfermo goce de la tranquilidad más absoluta; los calmamos con luminal, morfina y en escasas oportunidades que no podemos especificar en este momento, hemos recurrido a sedantes más intensos; como a veces tememos por la disminución de la capacidad funcional de los centros respiratorios, somos parcos en dichas ocasiones con el suministro de morfina, prefiriendo atar los enfermos para que se queden quietos. Este deseo de calmar la excitación fué lo que nos llevó en principio a suprimir todo tipo de sondeo uretral. Con el tiempo nos fuimos afirmando en nuestra opinión encontrando otras ventajas que serán señaladas en trabajo ulterior.

Suministramos penicilina sistemáticamente haya o no comunicación del foco traumático con el exterior o con cualquiera de las cavidades naturales. Antes de la penicilina, dábamos sulfo-

amidados. No sabemos si esta medida es la razón por la cual no tenemos casi complicaciones meníngeas. Pero el hecho es ese, y como no nos ha traído complicaciones, seguiremos insistiendo.

Cuidamos del metabolismo de los líquidos y electrólitos en forma empírica; nos duele estamparlo, pero es la verdad. Si el enfermo está en coma profundo y es incapaz de deglutir, iniciamos la hidratación con tres o cuatro litros de solución salina y de glucosa isotónicas. En general damos 4 litros; pero si la tensión arterial es elevada, rebajamos la cantidad. Careciendo de laboratorio que obedezca directamente a nuestras órdenes, nos es imposible seguir en forma sistemática las variaciones del medio interior. Creemos que estos serán datos interesantes y dignos de ser tenidos en cuenta, a condición de no exagerar la nota y obrar como si los hombres fueran máquinas fabricadas en serie. Las reacciones del laboratorio por muy sensibles que sean son siempre inferiores en calidad a las que proporciona la clínica. Esto nos lo enseñó Arturo Lussich la primer semana en que entramos al Hospital; sigue siendo verdad.

En cuanto el enfermo puede tragar, cosa que es factible aún estando inconsciente, iniciamos la alimentación per-os. Es interesante ver los movimientos de succión que realizan estos infelices, idénticos en todo momento a los que practica el recién nacido cuando se le pone al seno maternal. La iniciación de la alimentación la hacemos con sumo cuidado, sin apuro y con bastante paciencia. Las nurses y enfermeros del servicio han adquirido una práctica extraordinaria y hasta ahora, jamás hemos tenido el más mínimo accidente. Esta alimentación artificial se prolonga mientras el enfermo está en coma y a medida que aumenta en cantidad se disminuye el líquido que va debajo de la piel. El despertar del reflejo faríngeo-laríngeo es un excelente signo pronóstico; en general se inicia antes del 4º día del coma, aunque este dure algunos más (hasta 15 en un caso). También es interesante notar que durante los momentos que siguen a la deglución del líquido, disminuye la excitación cuando ésta existe. Por otra parte, si bien hay que insistir en los primeros momentos para que el enfermo beba, con un poco de práctica se sabe cuando está satisfecho. Rechaza la tetera, mueve la cabeza y en lugar de la acalmia esperada, sucede lo contrario. Insisto: son datos importantes que

nuestros enfermeros conocen bien: llegando la rebeldía, no hay que insistir hasta pasado cierto rato.

Cuidamos, está demás decirlo, de que el enfermo no se moje ni se ensucie. Obtenida la calma y aún sin ella estando atados, conservan un violín entre piernas con bastante facilidad. Los movimientos intestinales los aseguramos, pasadas las primeras 48 ó 60 horas, con lavajes intestinales. Como estos enfermos tienen siempre acompañantes, ya familiares ya amigos, los hacemos responsables de la buena colocación del orinal; los interesamos en la preocupación por el cuidado del enfermo e hipertrofiamos el papel que desempeñan. En general el método nos ha resultado; cuando fracasa, somos inexorables en el cambio de cuidador hasta obtener el que deseamos. Algo por el estilo resulta con la bolsa de hielo que se coloca en la cabeza de estos comatosos. Creemos que no sirve más que para una cosa: mantener despierto y atento al acompañante, a quien se le explica la gravedad de la falta en que incurre si la bolsa deja el cráneo del paciente para ir a reposar a la almohada. Pensamos que estos pequeños recursos taumatúrgicos nos pueden ser perdonados en virtud de la honestidad del fin que persiguen.

Tratamos de descubrir todo signo nervioso que pueda traducir una lesión focal objeto de una terapéutica más lógica y activa; vigilamos la aparición de signos de irritación meníngea; insistimos: las complicaciones de tal naturaleza han sido excepcionales. Diariamente se toma la presión arterial, que junto con el pulso (enlentecimiento) sirven también para sospechar complicaciones.

No olvidamos que el fondo del ojo es la ventana por la que el encéfalo se asoma al exterior; agradecemos aquí a los Drs. González Vanrell y Carriquiri la eficaz colaboración prestada. El exceso de trabajo que siempre tienen les ha impedido seguir a diario los enfermos tal como lo hubieran deseado. El dato ocular es de gran importancia y no debe limitarse al fondo. Siempre que sea posible debe también examinarse el estado de la musculatura extrínseca.

Y si a pesar de todo esto el enfermo no marcha, practicamos una encefalografía que puede indicar alguna localización cerebral sin signo neurológico evidente. Así, en algunos casos, (14) se ha

intervenido; los resultados ya han sido dados. Analizarlos sería salir de los límites de este trabajo.

Tales son las líneas generales de un tratamiento al que se agregan detalles propios en cada caso. Forzoso es reconocer que dicha terapéutica, en lo que tiene de standard, es totalmente empírica. Aunque los resultados en block no son malos, debemos aspirar a algo mejor. Es claro que siempre habrá lesiones contra las cuales todo esfuerzo será nulo: enfermos muertos instantáneamente o antes de llegar al Hospital; pero en otros, un mejor conocimiento de la lesión y de un tratamiento patogénico consiguiente, acortará seguramente la hospitalización de todos, salvará algunas vidas que ahora se pierden y suprimirá casi por completo el capítulo de las secuelas, todavía con muchas páginas.

Creemos se debe luchar por una reforma total en los servicios destinados a tratar este tipo de pacientes. Seguir con lo de ahora, es estancarse. Los futuros hospitales deberán tener en cuenta las necesidades de las urgencias. Esperemos con optimismo que alguna vez serán escuchados quiénes conocen los problemas.

**Dr. H. Cosco.** — La comunicación del Dr. Etchegorry indudablemente que toca puntos muy complejos, muy diversos; y en alguno de ellos posiblemente hay un desacuerdo. Yo quisiera preguntar una cosa, que me llamó la atención, y es cómo hidrata el Dr. Etchegorry a los enfermos traumatizados en coma. Me pareció entender que el doctor lo hacía por medio de inyecciones; es así?

**Dr. Etchegorry.** — Sí, señor.

**Dr. H. Cosco.** — Yo creo que en la hora actual todos estamos de acuerdo que esa hidratación es completamente ilógica puesto que los enfermos con sonda gástrica y otros por vía nasal, se puede regular perfectamente al enfermo y se evitan todos los pinchazos, de manera que se puede tener un enfermo, 10, 15, 20 y hasta 25 días sin necesidad de hacer esa terapéutica para-enteral. Eso a mí me ha llamado la atención y quería señalarlo. No quiero entrar en infinidad de detalles que habría que analizar muy detenidamente, en el trabajo del Dr. Etchegorry.

**Dr. Prat.** — El trabajo del Dr. Etchegorry es un interesante trabajo de estadística. Por mi parte me comprometí a reunir las estadísticas completas de todos los casos tratados en el Instituto de Clínica Quirúrgica, y podremos hacer entonces una serie de consideraciones de donde se puedan deducir conclusiones de cierta importancia en un trabajo hecho en estas condiciones.

En general nosotros realizamos en nuestra clínica el tratamiento

clásico, de las fracturas del cráneo y hemos llegado a esta conclusión general: corrientemente los enfermos traumatizados del cráneo, por graves que ellos sean, si no hay una lesión destructiva o irreparable del encéfalo; estos enfermos, casi todos mejoran o curan, pudiendo persistir alguna secuela. Ahora bien, aquéllos que tienen lesiones irreductibles, por lo general, con el tratamiento médico que es el que se realiza generalmente o el tratamiento quirúrgico, habitualmente se mueren.

Es indudable y es posible que dentro de este criterio terapéutico, quizás demasiado conservador, algunos casos hayan pasado con hematomas, sobre todo intra-cerebrales o sub a durales, sin haberles practicado el tratamiento quirúrgico correspondiente y aunque indudablemente la intervención tenga una gran gravedad, pero por grave que sea la terapéutica, si la indicación existe, hay que llenarla.

Luchamos los cirujanos contra la deficiencia fundamental de la autopsia en nuestro ambiente quirúrgico lo que destaqué el otro día aquí mismo, en esta misma Sociedad; para poder tener un criterio exacto y preciso de nuestros diagnósticos y operaciones, necesitamos conocer el resultado de la autopsia de los enfermos que fallecen y eso es una cosa que realmente no lo podemos conseguir. Los traumatizados que fallecen en las clínicas y que no van a la autopsia médico - legal, en ellos generalmente los familiares se niegan terminantemente a permitir la práctica de la autopsia y entonces no podemos investigar las lesiones mortales y quedamos en la duda o ignorancia más o completa de la causa efectiva, de la causa positiva de la muerte. En los casos en que corresponde la autopsia médico - legal, generalmente tampoco podemos tener resultados precisos, dependemos de la buena voluntad de los médicos forenses y aún teniendo ellos muy buena voluntad, no conseguimos los resultados necesarios para hacer una estadística segura y perfecta, porque por lo general no tenemos oportunidad de presenciar las autopsias; pero a pesar de todas estas omisiones, trataremos de traer aquí la estadística completa del Instituto, sobre traumatismos craneanos.

**Dr. Armand Ugón.** — Una aclaración: hay obligación de hacer autopsias sistemáticamente a los que mueren de violencia externa, es una disposición del Código Penal. Los médicos tienen la culpa, los médicos que reciben y tratan estos enfermos.

**Dr. Prat.** — Pero es que los familiares por razones especiales, y como represalia, contra el médico, niegan la realización de la autopsia.

**Dr. Armand Ugón.** — El médico forense no puede negarse a que esté el médico de cabecera presente en la autopsia. Ahora, se podría hacer una gestión para que la Alta Corte hiciera una acordada sobre el asunto.

**Dr. Prat.** — Que sea la Sociedad de Cirugía, porque esta gestión personal es un poco molesta que se puede creer que es en beneficio propio. A veces pueden existir cuestiones de orden legal, que establezcan inconvenientes para que se vulgarice el resultado de la autopsia.

Dr. Etchegorry. — He escuchado embelesado todo lo que han dicho los Dres. Cosco, Prat y Larghero, (nombrados en el orden en que han hecho uso de la palabra). A todos responderé que me he limitado a traer hechos y no interpretaciones, pues éstas son difíciles cuando se trata de enfocar fenómenos encefálicos post-traumáticos. Los hechos, en estos casos, son los que cuentan. De su apreciación y con espíritu amplio, surgirá hasta que punto podemos ser culpables de los desastres.

Le corresponde a Cosco que el uso de la sonda a permanencia no es tan inicuo como puede resultar de lo que él ha dicho. Y esto lo ha confirmado Larghero. Me alegro de que las precauciones tomadas, eviten en el futuro esas desgracias: por lo menos así lo deseo de todo corazón. Pero, a pesar de esas precauciones, por ahora no pienso utilizar la sonda. Sería salir fuera de la cuestión explicar el porqué.

Sólo le diré al Dr. Cosco, pregunte a los anestesistas la causa de su resistencia a dar un anestésico general con sonda gástrica a permanencia. Pero además de todo esto, me ha comprendido mal. No prolongo el sueño indefinidamente. En la 3ª página digo, que en cuanto el enfermo puede tragar, cosa que es factible aún estando inconsciente inicio la alimentación "per os". Y esto acontece, en los pacientes que se salvan, entre el 3º y el 4º día. En dichos sujetos se despierta el reflejo de deglución, cuya aparición es de un excelente valor pronóstico y con un poco de paciencia y habilidad se consigue hacer tragar. Es claro que para eso es necesario personal hábil felizmente lo tengo en la sala. Pero esto no es objeción, porque también se precisa personal hábil para vigilar sonda, carpa de oxígeno ó menesteres sustituyentes del procedimiento que preconizo. Es interesante ver como degluten estos enfermos. Los movimientos que realizan se parecen más a los de un lactante que a los de un adulto.

El valor del reflejo faringeo como elemento pronóstico es cosa ya vieja, y aplicable no sólo a las fracturas, sino también a otros estados de coma.

Tiene razón el Dr. Larghero: lamento no haber presentado aquí la causa de la muerte en esos 38 fallecidos; la tengo que buscar en el Instituto de Medicina Médico - legal, desgraciadamente ocupaciones para-médicas me han impedido hacerlo; se la prometo traer para el miércoles próximo, si es que allí me las dan.

Esto es lo fundamental que debía contestar; estamos trabajando dentro de un empirismo grande; en realidad tendríamos que saber que lesión han sufrido los traumatizados; tratamos los efectos y no la causa y aún en efectos hasta por ahí no más. Debo decir que nunca deshidraté a los enfermos, sin embargo Asenjo y la Escuela Saint Louis que lo hacían tenían resultados que dicen que eran tan buenos como en los nuestros.

Traigo hechos, cifras; comparemos hechos contra hechos y con un análisis metódico de las cosas podremos quizás llegar a una conclusión.

Esta ha sido el punto de partida para coleccionar las historias y clasificarlas. Estas 152 historias merecen analizarse y clasificarse si es posible respecto a lo que dice el Dr. Larghero, quizás puedan dar lugar a otras consideraciones.

Por otra parte lo voy a invitar a mi colaborador de a ratos, Dr. Vigil, que es el trepanador más "a outrance" que tengo en el Servicio, para que les traiga sus resultados ya que él es quien ha trepanado ia mayoría de los enfermos han sido operados en la Sala 11. Otro debe enviar sobre trabajo las secuelas de estos traumatismos.

Lo que demuestra el empirismo de los conceptos.

**Dr. Larghero.** — Muchos de los que no mueren, jamás recobran el restituo ad integrum psíquico o funcional; algunos van a dar con sus humanidades al Vilardebó. Otros pasean secuelas de menos envergadura, pero no por eso menos dolorosa. Es al alivio de estos verdaderos desgraciados que debiéramos dirigir todos nuestros esfuerzos.