

Breves consideraciones sobre el tratamiento precoz de las heridas de guerra en los miembros

por el Dr. VICENTE SANCHIS OLMOS

Cirujano de los Hospitales de Sangre de Libros y Dornaque, pertenecientes al Grupo de Sanidad del Sector Sur de Teruel

Al empezar nuestra actuación como cirujano en hospitales de vanguardia desde el comienzo de la triste realidad de esta guerra civil, llevábamos con nosotros una concepción teórica de lo que el tratamiento inicial de las heridas de los miembros debiera ser. Nueve meses de experiencia nos han permitido ratificar las líneas generales del tratamiento de estas heridas, transformando en práctica lo que no era más que una concepción teórica.

El tiempo transcurrido desde el 19 de julio justificaría que todos, o la mayor parte de los que hemos actuado, nos reuniéramos en un pequeño Congreso para contrastar nuestra experiencia y para fijar o modificar conceptos que permitieran marcar una clara línea de la conducta a seguir, por el cirujano de primera línea, ante los heridos de guerra en los miembros.

Creemos un deber nuestro y el de los demás, decir lo que se hizo y lo que creemos debe hacerse, y esto antes de que termine la contienda, porque será útil mientras ésta exista. ¡Son, a nuestro entender, demasiadas las amputaciones, rigideces, contracturas, etc., que se ven en retaguardia!

Hace poco un maestro, el profesor Bastos, publicó un libro (*Algunos aspectos clínicos de las heridas por arma de fuego*. Editorial Labor, 1936), corto, conciso, sin broza, en el que todos y cada uno de los párrafos deben ser digeridos, fruto de una experiencia no lejana, libro cuya existencia nos ahorra escribir muchas cosas en él dichas que concuerdan íntegramente con lo que nosotros creemos debe ser la terapéutica de la traumatología de guerra.

El libro es magnífico como guión de conducta del cirujano de retaguardia,

pero le falta, a nuestro entender, la experiencia que se refiere a la primera intervención, a aquella que se hace pocas horas después de producida la herida, y de la que depende la mayor parte del éxito y la que permite salvar vidas y evitar inutilidades.

A este punto, para nosotros trascendental, de la primera intervención, vamos a referirnos, no pretendiendo llenar lagunas del libro, que caso de existir ya se encargará el maestro de subsanarlas, pues no le faltarán en esta aciaga ocasión numerosas observaciones.

Nuestro objeto es exponer un punto de vista que la experiencia ha ratificado plenamente en cuantas ocasiones le hemos llevado a la práctica.

Diremos, pues, acto seguido, lo que hemos hecho y creemos debe hacerse como primerísimo tratamiento en los heridos de guerra en los miembros, distinguiendo previamente aquellas heridas producidas por bala de aquellas otras que lo fueron por proyectiles irregulares (trozos de metralla, balines de Schrapnells, etc.).

Heridas de bala

En las heridas en sedal, con limpios orificios de entrada y salida, se impone la abstención quirúrgica; una cura aséptica previa pincelación con iodo es suficiente, y las heridas se curan pronto y sin infección, siempre que el cambio de apósito no se haga con frecuencia. Somos enemigos declarados de la cura diaria.

Hay heridas complicadas con fractura con limpios orificios de entrada y salida, como si no hubieran tocado hueso (estos casos son raros). La conducta a seguir con las heridas es la misma que en el caso anterior. La fractura, previa radiografía donde posean un aparato de rayos X y anestesiando previamente el foco con solución de novocaína al 2 por 100, será reducida y contenida inmediatamente mediante un vendaje enyesado que se fenestrá a nivel de los dos orificios de entrada y salida del proyectil.

Las heridas con estallido de la piel en el orificio de salida corresponden casi siempre a la existencia de una fractura.

Nuestra conducta ante estas heridas es la siguiente:

En el orificio de entrada, como en los casos anteriores, a menos que haya desgarró también, en cuyo caso obramos como en el de salida. En el orificio de salida, y previos todos los requisitos de asepsia inexcusables, tanto en el campo operatorio como en nuestra manos y vestimenta, tocamos con iodo sin arrastrar la gasa los bordes y el fondo de la herida, y nos disponemos a intervenir previa la anestesia local de los bordes y fondo de la herida inyectando la cantidad necesaria de una solución de novocaína al medio por 100. Caso de haber fractura se anestesia el foco de ésta con una solución al 2 por 100, introduciendo la aguja a través de piel y tejidos sanos.

Conseguida la insensibilidad, y usando de isquemia preventiva, reseca- mos con el bisturí y en la anchura de un milímetro o milímetro y medio los bordes de la herida cutánea, que aislamos una vez hecho esto con unos paños del resto de la herida. Generalmente las masas musculares hacen hernia en la herida; con bisturí o tijera, según los casos, extirpamos todos los restos necrosados o que comprometían su vitalidad y extraemos cuantos restos extraños encontramos; si vemos algún pequeño vaso que importe hemostasiar, lo pinzamos y dejamos la pinza *in situ* mientras dura la operación. Ligar no ligamos más que los troncos como cubital, radial, etc.

Caso de haber fractura, que es lo más frecuente, no se removerá ésta ni se extirpará ninguna esquirola, pero se observará cuidadosamente, y sin tocar con las manos, el estado de limpieza, que suele ser excelente; sólo en las heridas a bocajarro se ven granos de pólvora incrustados que convendrá quitar siempre que no sea difícil hacerlo.

Somos tan enemigos de las esquirolotomías, sobre cuyos perniciosos efectos jamás se insistirá bastante, que llegamos a más que conservar los restos óseos que se encuentran en su sitio: si algún fragmento está alejado, por ejemplo, a flor de piel, y su extirpación pudiera poner en peligro la consolidación normal de la fractura, lo limpiamos cuidadosamente, lo lavamos con éter, y sin romper las adherencias que suelen conservar lo reintegramos a su sitio, pero siempre al final de la intervención, cuando toda la herida está limpia, teniéndolo entre tanto envuelto con una gasa.

Una vez realizada esta limpieza, que debe ser minuciosa, quitamos las pinzas de hemostasia que hayamos colocado y suturamos la piel, solamente la piel si el herido acudió a nosotros dentro de las diez horas después de producida la herida, y colocamos un vendaje compresivo haciendo una cura con bálsamo del Perú; acto seguido suprimimos la venda de Esmarch.

Si hay fractura solemos reducir ésta antes de suturar, y de esta forma vigilamos visualmente si algún grueso fragmento se coloca improcedentemente o si queda algún receso sucio; no suele ocurrir esto, la fractura se reduce fácilmente haciendo dos ayudantes, tracción y contratracción, y sin cesar en ella suturamos la piel, y sobre la cura colocamos el vendaje enyesado, en cuya descripción de la técnica no vamos a detenernos, basta saber que en líneas generales, con o sin ligeras modificaciones personales, seguimos la técnica de Böhrer, salvo en las fracturas de húmero, para las cuales preferimos la de Bastos (véase pág. 58 de su libro antes citado, o D'Harcourt y Lorente en *Cirugía ortopédica y traumatología*. T. I, vol. I, pág. 71.)

Si los heridos no han acudido a nosotros dentro del plazo de diez horas no suturamos la piel, hacemos la misma limpieza, pero no suturamos; cubrimos con gasa blanca el fondo de la herida, y si hay fractura hacemos el enyesado.

En ambos casos, suturada o no la piel, y con fractura, fenestramos el enyesado al día siguiente, no haciéndolo antes, lo cual será más cómodo, porque nos ayuda a hacer la hemostasia por compresión.

En los casos con bala alojada consideramos a ésta como un cuerpo aséptico y fácilmente tolerable, y solamente la extraemos cuando se toca a flor de piel o es intraarticular. En el resto de los casos evacuamos al herido con su proyectil alojado para que en retaguardia, y con mayor riqueza de medios, tanto de exploración como quirúrgicos, se le trate convenientemente.

Heridas producidas por proyectiles irregulares

Nuestra conducta ha dependido de la profundidad de la herida.

Si las heridas son sólo superficiales, sin recesos, y hace pocas horas que fueron producidas (damos el mismo plazo de diez horas que a las heridas de bala), nuestra conducta es similar a la de las heridas por bala con estallido de la piel. Usamos de la anestesia local, regularización de la herida y el fondo de la misma, procurando extraer siempre que nos es posible el proyectil, teniendo la seguridad de que no ha quedado ningún cuerpo extraño, y una vez minuciosamente limpia la herida, la irrigamos con éter y suturamos la piel. Si sospechamos queda alojado algún proyectil, no suturamos, antes bien desbridamos, pues seguimos el concepto clásico de considerar prácticamente asépticas las balas, pero todo lo contrario los trozos de metralla, etc.

Si las heridas son con grandes destrozos de las masas musculares y complicadas generalmente de fractura, está a nuestro entender más indicada que nunca la intervención.

Algunos cirujanos creen que es el momento de amputar; otros, por el contrario, opinan que deben dejarse, porque casi todos vienen intensamente shockados, y el shock significa para ellos la abstención quirúrgica.

Nosotros creemos que la indicación quirúrgica se impone: inmediatamente, y donde sea posible, se hará la transfusión de sangre y además la anestesia del foco. En la producción del shock tiene tanta importancia como la pérdida de sangre, sino más, el descenso del tono vegetativo causador por los estímulos dolorosos que parten de la herida. Nuestro criterio es anestesiar, pero localmente, pues la anestesia general está en absoluto contraindicada, prefiriendo nosotros la anestesia por infiltración de la herida a la raquí-anestesia en las heridas del miembro inferior o a la del plexo braquial en el superior. En las heridas relativamente pequeñas usaremos de la solución de novocaína al 2 por 100, de la que impunemente podemos utilizar 40 c. c.; si la cantidad de líquido que necesitaremos es mayor, utilizaremos la solución al medio que permite utilizar 150 ó 160 c. c.

Operar sin anestesia, aprovechando el estado de semiinsensibilidad del

shockado, nos parece equivocado ; quizás se gane tiempo, pero se aumenta el shock y el herido se muere irremisiblemente. La única necesidad de actuar rápidamente es la hemorragia palpable de un vaso de importancia, y en ese caso lo inmediato es pinzarlo, y más tarde ya procederemos con método.

Mejorado el estado de shock, lo cual acontece cuando la anestesia local suprime el dolor, procederemos a una limpieza minuciosa de la herida y de sus bordes. No debe quedar ni un resto de tejido necrosado, con particular interés músculo, ni un recoveco sin abrir ampliamente y limpiar, ni nada biológicamente extraño en la herida. Ligaremos sólo los vasos de grueso calibre y suturaremos, claro es, los nervios si están seccionados. Amputar nos parece casi siempre innecesario ; un miembro puede casi siempre salvarse mientras el paquete vásculonervioso esté intacto, por grandes que sean los destrozos de las partes blandas y conminuta la fractura.

¿ Qué conducta seguiremos con la piel ? Personalmente y teóricamente creemos que si todos los requisitos de limpieza han sido realizados, no hay nada que se oponga a suturar la piel en los heridos que ingresan dentro de las ocho horas después de producida la lesión. Prácticamente no la hemos llevado a cabo, porque cuando tuvimos la ocasión no éramos lo suficiente autónomos para hacerlo, influyendo indirectamente sobre nosotros todas las páginas de literatura científica, en las que se dice que hay que taponar y drenar. Pero esta conducta, que es la clásica, no nos satisface, y sólo seríamos partidarios de ella cuando viéramos que creemos que lo que debe hacerse era peor.

Esto es uno de los puntos que sería interesante discutir en un Congreso. Los partidarios de dejar las heridas abiertas no saben lo que pasaría si las cerraban, porque no lo han hecho nunca. Y también hay que decir sinceramente que muchas veces se hizo mal. Es muy cómodo echar las culpas a los métodos para encubrir los propios fracasos de técnica.

Una obsesión nuestra de los primeros meses de campaña fué seguir el curso de nuestros heridos, a fin de saber si nuestra conducta era o no un acierto, y podría apelar al testimonio de compañeros a quienes encargué no perdieran de vista la filiación y curso clínico de nuestros heridos, y con quienes he comentado el resultado óptimo del método por nosotros seguido.

Como complemento final diremos que, para nosotros, no hay nada como el vendaje enyesado para la contención de las fracturas, aun siendo ésta provisional, pues careciendo de aparato de rayos X no podemos asegurar la correcta reducción. El transporte de un fracturado con su vendaje enyesado se hace sin molestias, y todo lo contrario cuando tenemos, como hemos tenido que recurrir en ocasiones, a férulas de madera, que ni contienen una reducción ni inmovilizan.

Las curas deben ser espaciadas, pero es inexcusable la continua vigi-

lancia del herido. La fiebre es un toque de atención, y creemos, con Bastos, que «todo lo que un herido tiene viene de la herida»; pero tan importante a nuestro entender como la fiebre es el dolor, y más precoz todavía este síntoma que aquél, no tiene más inconveniente que, por ser subjetivo, puede ocurrir que un herido se lamente en falso. De todas formas, cuando un herido se queje de la herida, debe ésta ser vista.

Mientras retenemos los heridos proveemos siempre a los de miembro superior (heridas sin fractura de brazo y todas las de antebrazo y mano) de una férula de abducción, que hicimos fabricar al carpintero del primer pueblo donde actuamos, similar al modelo representado en la figura 66 del libro de Böhler, con la innovación de sujetar la rama transversal del antebrazo con un solo clavo, lo que permite girarla y servir cualquiera de estos aparatos indistintamente para el lado derecho o el izquierdo. En las heridas de miembro inferior colocamos una férula de Braun.

Con el aeroplano y con la férula de Braun no perseguimos otro objeto que facilitar la circulación sanguínea y, por tanto, la cicatrización de las heridas, y ni que decir tiene que el tratamiento funcional con movilización activa de todas las articulaciones posibles es una obsesión nuestra y que con los aeroplanos no curamos las fracturas, sino que evitamos los edemas.