

El autolesionismo en la práctica de la guerra

por el Dr. V. SANCHIS OLMOS

Cirujano del Hospital de Sangre de Libros, perteneciente al Grupo de Sanidad del Sector Sur de Teruel (*)

Durante unos meses de actuación hemos tenido ocasión de observar quince casos de autolesiones, incidentales unas, provocadas otras. El diagnóstico de autolesión no es difícil de hacer, dado el tipo general de heridas a bocajarro y, sobre todo, porque los mismos heridos suelen declarar en el interrogatorio que se produjeron ellos mismos la herida.

Lo que es más interesante, y al mismo tiempo más difícil de averiguar, es si la lesión fué incidental o provocada, ya que todos aseguran que es incidental y la diferenciación clínica es la mayor parte de las veces imposible.

En realidad, es al Juez Militar a quien compete averiguar si la herida fué un accidente ocasional, por imprudencia, descuido o fortuita, o si bien el herido solo, o ayudado de algún compañero, se produjo la lesión; pero como se pide a menudo y en los casos dudosos la opinión del médico y éste tiene que darla, es por lo que escribimos estas líneas, refiriendo y comentando los casos observados por nosotros.

Hemos incluido en la estadística un caso (caso 9) que no es una autolesión en el sentido estricto de la palabra, ya que el autor del disparo no fué el herido, sino un compañero, pero con consentimiento de aquél. I.º incluimos: 1.º Porque el herido dijo durante el interrogatorio que fué él mismo el autor involuntario del disparo. 2.º Porque el fin punitivo de esta lesión es el mismo, fuese quien fuese el dedo que apretara el gatillo, ya que el herido quería lesionarse. 3.º Porque el tipo de herida es semejante al de las autolesiones y exigió un diagnóstico diferencial.

(*) Con nosotros ha actuado también como cirujano el doctor O. Ortiz, habiendo sido muchos de estos casos indistintamente intervenidos por uno de ambos.

Casística.—He aquí las historias clínicas resumidas :

Caso 1.—B. C. C., de veintiséis años. Herida de bala a bocajarro en la mano izquierda. Orificio de entrada con tatuaje de pólvora y estrellado, en la palma, a nivel de la raíz del cuarto dedo. Orificio de salida irregular en el dorso de este dedo. Fractura articular de la base de la primera falange del cuarto dedo.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de la misma, sutura de la piel. Férula dorsal enyesada y férula digital en flexión para el dedo anular. Férula de abducción en doble ángulo recto.

Caso 2.—F. M. A., de veintidós años. Herida de bala a bocajarro en la mano izquierda. Orificio de entrada estrellado, con tatuaje de pólvora, en la palma. Orificio de salida irregular de unos ocho centímetros en su mayor dimensión, situado en el dorso. Fractura articular de la cabeza del segundo metacarpiano y de la base de la primera falange del segundo dedo. Sección y dilaceramiento del tendón extensor correspondiente (el propio y el fascículo del común estaban ya fusionados).

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de la misma, sutura de la piel. Férula dorsal enyesada, férula digital en extensión del índice. Férula de abducción.

Caso 3.—F. T. G., de veintiún años. Herida de bala a bocajarro en la mano izquierda. Orificio de entrada estrellado, en la palma, con tatuaje de pólvora, vecino a la raíz del quinto dedo. Orificio de salida en el dorso del mismo dedo. Fractura conminuta de la primera falange del meñique.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de la misma. Sutura de la piel. Férula dorsal enyesada. Férula digital en flexión para el quinto dedo. Férula de abducción.

Caso 4.—C. G. F., de dieciocho años. Herida de bala a bocajarro en sedal en el brazo izquierdo y a nivel del tercio medio, tercio inferior. Orificio de entrada circular, con tatuaje de pólvora, en la cara posterior y hacia el borde interno. Orificio de salida oval, de 10×4 centímetros, estando su mayor eje orientado en la dirección de él del brazo y situado también en la cara posterior, pero hacia el borde externo. Destrozos del tríceps.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza del fondo de la misma. Sutura de la piel. Férula de abducción.

Caso 5.—J. J. Ll., de dieciocho años. Herida de bala a bocajarro en el dedo medio de la mano izquierda. Orificio de entrada irregular, con tatuaje de pólvora, situado en la cara palmar, en el último pliegue interfalángico. Orificio de salida en la cara dorsal de la última falange. Fractura articular de ésta.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida. Sutura de la piel. Férula dorsal enyesada. Férula digital en flexión para el tercer dedo. Tracción continua del mismo mediante hilo de seda (carecíamos de alambre). Férula de abducción.

Caso 6.—A. S. J., de diecinueve años. Herida de bala en sedal en el borde externo del pie derecho. Orificio de entrada en la cara dorsal. Orificio de salida en la cara plantar.

Tratamiento. Cura plana. Miembro en férula de Braun.

Caso 7.—P. C. G., de dieciocho años. Herida de bala a bocajarro en el dedo anular de la mano izquierda que rozó y destrozó ligeramente el pulpejo. Tratamiento. Cura plana.

EL AUTOLESIONISMO EN LA PRACTICA DE LA GUERRA

Caso 8.—V. C. P., de dieciocho años. Herida de bala a bocajarro en el tercio medio del antebrazo izquierdo. Orificio de entrada estrellado, con tatuaje de pólvora, en la cara posterior junto al borde interno. Orificio de salida oval, de 12×5 centímetros orientado su eje mayor en la dirección del brazo y situado en la cara anterior cerca del borde externo. Fractura conminuta del radio.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida y limpieza de la misma (no se sutura por datar de doce horas el accidente). Enyesado que comprende brazo, antebrazo y dorso de la mano. Férula de abducción. El enyesado se fenestra al día siguiente.

Caso 9.—R. R. A., de diecisiete años. Herida de bala a bocajarro en el tercio medio, tercio inferior del brazo derecho. Orificio de entrada estrellado, con tatuaje de pólvora, situado en la cara anterior, cerca del borde interno. Orificio de salida oval de 6×4 centímetros en la cara posterior y vecino del mismo borde. Paresia del mediano. Destrozo de las fibras internas del tríceps.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de su trayecto y sutura de la piel.

Caso 10.—F. S. M., de veintitrés años. Herida de bala a bocajarro en el último pliegue interdigital de la mano derecha. Tatuaje de pólvora en la piel de la cara palmar.

Tratamiento. Cura plana.

Caso 11.—J. Z. C., de diecinueve años. Herida de bala a bocajarro y por el mismo proyectil otra herida en el antebrazo izquierdo. En la mano el orificio de entrada, con tatuaje de pólvora, está situado en la palma a tres centímetros de su borde interno. El orificio de salida está situado en el dorso, hay estallido de la piel. Fractura conminuta del cuarto metacarpiano y sección con gran pérdida de sustancia de los fascículos tendinosos del exterior común correspondientes al cuarto y quinto dedos, y del fascículo del flexor profundo correspondiente al cuarto dedo.

En el antebrazo el orificio de entrada está situado en la cara anterior y el de salida en la posterior, habiendo pasado la bala por el espacio interóseo sin interesar hueso.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida en la mano, limpieza de la misma y sutura de la piel. Férula palmar de yeso manteniendo los dos últimos dedos en hiperextensión. Cura plana en el antebrazo. Férula de abducción en el miembro derecho.

Caso 12.—J. C. G., de veinte años. Herida de bala a bocajarro en el dedo gordo del pie derecho, con orificio de entrada en el dorso de la raíz del dedo y de salida en la cara plantar. Ambos con huellas de pólvora. Fractura articular de la primera falange.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de la misma. Sutura de la piel. Vendaje enyesado que sujeta una férula para tracción con seda (carecíamos de alambre) del dedo.

Caso 13.—E. C. B., de veintisiete años. Herida de bala a bocajarro en la mano derecha. Orificio de entrada en la palma, a nivel del primer pliegue de flexión y entre el segundo y tercer metacarpianos, con tatuaje de pólvora. Orificio de salida con estallido de la piel situado en el dorso. Fractura articular del segundo metacarpiano. Dislaceramiento sin sección completa del tendón extensor propio del índice.

Tratamiento. Resección de los bordes de la herida, limpieza de la misma, reposi-

ción de la cabeza del metacarpiano que se encontraba dislocada. Sutura de la piel. Férula dorsal enyesada. Férula digital en extensión del dedo índice. Férula de abducción.

Caso 14.—Herida de bala (pistola) en sedal en el tercio inferior del muslo derecho. Orificio de entrada en la cara anterior a nivel del tercio medio, tercio inferior. Orificio de salida en la cara interna a nivel del cóndilo interno del fémur.

Tratamiento. Cura plana. Miembro en férula de Braun.

Caso 15.—A. M. A., de veinticinco años. Herida de bala a bocajarro (huellas de pólvora) en el pulpejo del dedo pulgar de la mano izquierda y en el borde interno del dedo índice de la mano derecha. Orificio de entrada a nivel del segundo pliegue interfalángico más cerca del borde interno del dedo. Orificio de salida al mismo nivel en el dorso, con estallido de la piel. Fractura articular de la cabeza de la segunda y de la base de la tercera falanges.

Tratamiento. Cura plana en el pulgar. Amputación del dedo índice conservando la primera falange.

Mecanismo de producción de las heridas.—Como se desprende de las historias clínicas, los casos 1, 2, 3 y 13 son muy semejantes y podrían formar un tipo de lesiones. Los casos 5, 7 y 10 podrían formar otro. El resto de los casos ofrecen cada uno de ellos una peculiar fisonomía.

Los casos 1, 2, 3, se refieren a heridas producidas teniendo la mano izquierda apoyada por la palma, sobre la boca del fusil, y el caso 13 teniendo en la misma posición la mano derecha.

En posición de reposo la palma de la mano se apoya sobre la boca del cañón del fusil por su centro, que correspondería al espacio situado entre los metacarpianos tercero y cuarto y cerca de la raíz de los dedos. La mano colocada en esta posición está, así como los dedos, en actitud de flexión y el cañón viene a apoyarse sobre el último pliegue de flexión de la mano. La bala al salir en el dorso no lo hace en la mano como al entrar en la palma, sino en la raíz de los dedos tercero o cuarto.

Este mecanismo corresponde exactamente al aspecto clínico de las lesiones observadas en el caso 1, que junto a la aseveración por parte del herido, del disparo espontáneo del fusil, haría creer en la existencia de un desgraciado accidente.

Su conducta justificaría el sospechar lo contrario. Llega al Hospital quejándose estrepitosamente como quizá no lo haya hecho ninguno de nuestros heridos, no explica claramente cómo se produjo el accidente y éste ocurrió estando solo el herido. Después de intervenido pregunta si será evacuado inmediatamente a Valencia; la respuesta negativa tiene una influencia neurálgica. Sin embargo, agua destilada asegurando que era morfina calma rápidamente los supuestos dolores y el herido duerme la primera noche. Al otro día los quejidos continúan, el herido está apirético

y por la noche hay que repetir la comedia del agua destilada para conseguir que el resto de los heridos duerman con él. Al día siguiente la noticia de su evacuación hace cesar definitivamente sus dolores.

En los casos 2, 13 y 3 los orificios de entrada y salida se lateralizan hacia fuera y dentro, respectivamente. En los tres casos los heridos explican el accidente de una forma similar, diciendo que el fusil se disparó al tiempo que se caía y al pasar la mano para cogerlo. Existe la posibilidad de que sea así y abonaría en favor de esta opinión su correcta conducta como heridos. El caso número 2 hace más todavía, pues a los dos meses había otra vez voluntariamente regresado al frente de batalla.

Los casos 5 y 7 son, a nuestro entender, casos de autolesiones provocadas buscando obtener un daño mínimo. El caso 10 se separa algo de los anteriores y además asienta la lesión en la mano derecha. El lesionado afirma que se trata de un accidente y que al caerse el fusil e ir a cogerlo, éste se disparó. La actitud fisiológica de la mano al realizar este movimiento es con los dedos semiflexionados y ligeramente entreabiertos. En esta posición la bala hubiera rozado el borde interno del cuarto dedo y el externo del quinto (en su raíz) o uno de ambos, o si se quiere más, hubiera habido en esos bordes por lo menos impresiones de pólvora, ya que la lesión asentaba en el borde libre del pliegue interdigital. Al no ocurrir así era necesario que en el momento del disparo los dedos anular y meñique estuviesen el uno del otro muy separados y esta no es una actitud espontánea cuando se va a coger el fusil u otro objeto que se cae.

En el caso 4, a nuestro entender, no hay mecanismo ocasional que explicase el tipo de lesión. Dando por sentado este hecho y a nuestra reprobación hubo un silencio expresivo por parte del herido, que al día siguiente, al denegarle autorización para trasladarse a Valencia, se fuga.

El caso 6 dió la impresión de ser una herida producida por un disparo de fusil a distancia y estando el herido en la posición de «cuerpo a tierra». La herida es en sedal, sin estallido de la piel ni tatuaje, y se ve claramente, por el aspecto de los bordes de los orificios, que el de entrada está en el dorso y el de salida en la planta. Dijo el herido, durante el interrogatorio, que estando tumbado detrás de un parapeto, con los pies encima de éste, fué herido; aceptando este mecanismo la bala había entrado por la planta. Le preguntamos si tenía pistola; la tenía, y del calibre 7'65. El misterio se aclaró, a nuestro entender. Con la pistola, y a través de la bota (con la que no pudimos hacernos) o a través de un pañuelo doblado se había disparado la pistola. Opinamos que fué pistola y no fusil porque dada la menor

fuerza viva de los proyectiles de arma corta, se explica más fácilmente que con el fusil la falta absoluta de estallido de la piel que hemos visto en todas las heridas a bocajarro acompañadas o no de fractura.

En el caso 8 la bala hizo una de esas jugarretas extrañas para quien no ha visto este tipo de traumatología. El proyectil tropezó al entrar con el cúbito, pero resbaló por delante de él sin fracturarlo, cambiando su primitiva trayectoria y fracturando el radio al salir. La postura violenta del brazo y antebrazo, necesaria para que se produjera esta herida, excluye, a nuestro parecer, el accidente para convertirse en algo voluntario.

En el caso 9 es imposible que el mismo herido se produjera la lesión, ni voluntaria ni accidentalmente. De habérsela producido él, el orificio de entrada hubiera estado en la cara posterior, que hubiera podido apoyar sobre la boca del cañón del fusil, por lo que sospechamos la intervención de un compañero que hubiera sido el encargado de disparar el arma. Esto mismo pareció desprenderse de las investigaciones oficiosas que posteriormente se hicieron.

En el caso 11 el mecanismo es claro. El herido se apoyaba sobre el fusil teniendo directamente apoyada la palma de la mano derecha sobre la boca del cañón y sobre aquélla apoyaba el antebrazo izquierdo. El fusil se dispara, y la bala, al salir, atraviesa ambos miembros. ¿Accidentalmente?, creemos que sí, pues la posición es frecuente observarla aparte de las dificultades técnicas que ofrece el disparar un fusil sin ninguna mano.

En el caso 12 se trata, a nuestro entender, de una lesión voluntaria. De haber sido casual por tener el fusil suspendido e invertido y haberse disparado al tocar el gatillo, el pie herido hubiera sido el izquierdo, pues el individuo no era zurdo. De todas formas las huellas de pólvora demuestran que la boca del cañón estaba o muy cerca o apoyada sobre el pie, y esta no es una actitud corriente, sino forzada; es más, queriendo suponer que imprudentemente se puede tener apoyado el fusil invertido sobre el pie, esto se haría sobre la raíz del segundo, tercero o cuarto dedo, y no sobre el primero, en el que el equilibrio es inestable.

En el caso 14 el lesionado estaba sentado, teniendo en el bolsillo derecho del pantalón una pistola montada. Hizo un brusco movimiento de flexión del muslo derecho y se dispara la pistola. Este mecanismo, explicado por el enfermo, justifica el tipo de lesión que claramente es fortuita. La pólvora se quedó en el forro del bolsillo y en el pantalón, que fué atravesado dos veces al formar pliegue, justificando la inexistencia de tatuaje.

En el caso 15 también parece tratarse de una lesión incidental. El lesio-

nado tenía montado el fusil, con la mano izquierda abrazando el cañón y el pulgar asomando apenas sobre la boca. La mano derecha apoyada sobre el borde externo de la izquierda y con el extremo del dedo índice flexionado sobre la boca del cañón, pero no tapándolo todo, sino dejando fuera el borde externo del dedo, lo que explica que la bala, al salir, rozara el pulpejo del pulgar derecho y destrozara la mitad interna de índice izquierdo. La actitud reseñada es posible que sea espontánea, y para que la lesión hubiera sido voluntaria existiría la dificultad del disparo sin usar de las manos, cosa posible, pero que exige la existencia de medios de los cuales se carece en una avanzadilla y el estar solo, cosa que no ocurría en este caso, en el que el herido estaba acompañado.

Conclusiones.—De entre estos casos hay algunos en los que o por su morfología, que no puede explicar un accidente, o por la contradicción existente entre el mecanismo relatado por el lesionado durante el interrogatorio y el necesario para que la herida se produzca, revelan la existencia de una lesión voluntaria. A este grupo pertenecen, en nuestra opinión, los casos 4, 6, 8, 9, 10 y 12.

En otro grupo están aquellos en los que por la índole de la herida cuya causa sólo puede ser explicable como fortuita o que por la concordancia entre el mecanismo relatado por el herido y el que se necesita para que su herida se produzca ofrezca dificultades técnicas para ser voluntario. Son los casos 11, 14 y 15.

Queda un tercer grupo de casos en los que no hay discordancia manifiesta entre el mecanismo declarado por el herido y el real, pero que lo mismo puede ser voluntario como accidental. Son los casos 1, 2, 3, 5, 7 y 13. Entre estos últimos la conducta del herido, su temperamento, etc., puede hacer sospechar pertenezcan a uno de los dos grupos primeros. Pero así como sospechar se trata de un accidente nos autoriza a manifestarlo, la sospecha contraria nos obliga al silencio. Es más; ante la posibilidad de un error, que podría tener fatales consecuencias para el herido, nunca debemos hacer uso de la categórica afirmación de tratarse de una lesión voluntaria, provocada.

Tratamiento.—El tratamiento de estas heridas ofrece la particularidad de ser necesario resecar casi medio centímetro los bordes del orificio de entrada, pues la piel está quemada y repleta de pólvora y es necesario llegar a piel normal para conseguir con la sutura una cicatrización por primera intención. Son heridas impregnadas de pólvora hasta el fondo y ésta es costosa de quitar de los tejidos. Son intervenciones laboriosas si la limpieza

quiere hacerse bien, y además generalmente hay estallido de la piel en el orificio de salida que algunas veces exige una plastía. Con frecuencia también hay fractura. Siguiendo el método por nosotros adoptado sistemáticamente (nada original por cierto, pero desconocido u olvidado a menudo) de reseca los bordes de la herida, limpiar cuidadosamente el fondo de ésta (no me refiero naturalmente a las heridas por bala en sedal que lo único que exigen es que no se las toque) y extirpando cuidadosamente todos los tejidos necrosados o cuya vitalidad parece extinguirse, hemos conseguido que ninguno de nuestros heridos sufriera la más mínima infección, y en los casos con fractura, de abierta inmediatamente la hemos convertido en cerrada y como tal la hemos inmediatamente reducido y tratado siguiendo en líneas generales la técnica de nuestro maestro de Viena, profesor Böhler.

Nuestro criterio de tratar las heridas a cielo abierto, generalmente no lo hemos podido llevar a cabo, entre otras razones, porque son heridos que no tardan en ser evacuados y porque el medio no es el de un Hospital de retaguardia. Nos hemos limitado a hacer curas retardadas, y en los casos en que los heridos han permanecido cierto tiempo entre nosotros, sólo ha sido renovada la cura (siempre seca o al bálsamo del Perú) cada cinco, seis o más días, y jamás hemos tenido que arrepentirnos de esta conducta que no significa abandono, pues están el dolor y la fiebre que serían los encargados de avisarnos que era justificado molestar al herido y alterar el reposo de la herida, que es una de las condiciones esenciales para conseguir una perfecta y rápida cicatrización.