

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

- J. Shinohara Tohoku.—**Las causas de la muerte en las hemorragias internas debidas a las heridas del hígado.**—*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, vol. 23, núms. 1-2, págs. 154-202.

Numerosas experiencias han convencido al autor de que un pequeño derrame intraperitoneal es bien tolerado, e incluso la sangre se reabsorbe rápidamente al mismo tiempo que la anemia desaparece, lo que hace pensar en la utilización por el organismo de los materiales celulares.

Pero si la sangre está mezclada con bilis hay hemolisis por ésta y la sangre se convierte en tóxica. El agua destilada obra desde luego de la misma manera que el extracto esplénico, careciendo de acción sobre la sangre.

El autor concluye que es preciso evacuar todo derrame sanguíneo siempre que quepa la posibilidad de estar mezclado con bilis. También se debe intervenir en los casos de herida del hígado y proteger cuidadosamente de la bilis la cavidad peritoneal en el caso de una intervención sobre las vías biliares.

- R. Kemon (Liverpool).—**El problema de las infecciones de la mano.**—*The British Medical Journal*, núm. 3.860, páginas 1.189-1.192.

El autor pasa revista de los diferentes aspectos que presentan los panadizos y los flemones de la mano. Recuerda el gran cambio que ha habido en el pronóstico funcional de estas infecciones desde que se emplean las incisiones laterales y discon-

tinuas de Knavel. Un sucinto capítulo sobre las amputaciones le permite apreciar las incapacidades que siguen a la pérdida de cada dedo.

Si el dedo está funcionalmente perdido vale más practicar una desarticulación falangofalangiiana que una desarticulación completa del dedo, cuando aquello es posible.

Gracias a una pinza especial, Kemon retiene a través de la piel los tendones flexores y extensores de los dedos, que gracias a ello no pueden retraerse, siendo entonces muy fácil suturar uno a otro para recubrir la cabeza de la falange.

En casos de dedos helados el autor cree que el peor de los métodos es el baño caliente. Es preferible aplicar una cura seca y tratar ulteriormente los abscesos que puedan formarse. Sobre todo es preciso efectuar lo más rápidamente posible la movilización del dedo, para evitar la presentación de retracciones aponeuróticas.

- Organesjan, Salkind y Kindrejaceva (Leningrado).—**Sobre profilaxis de la infección sifilítica en las transfusiones de sangre.**—*Zentralblatt für Chirurgie*, tomo 61, núm. 37, págs. 2.144-2.149.

La infección sifilítica es un riesgo siempre posible en las transfusiones, cualesquiera que sean las precauciones tomadas, y Gougerot ha propuesto para evitarlo mezclar con la sangre inyectada un medicamento antisifilítico.

Las investigaciones de los autores tienen máximo interés, pues se han efectuado sobre sangre conservada.

En efecto, han comprobado que los tre-

ponemas conservan su movilidad durante cinco días en una solución citratada. En la sangre mezclada con una solución de esta clase, adicionada o no con quinina, aquéllos pierden dicha movilidad a las 72 horas.

En experimentos *in vivo* en el conejo han comprobado lo siguiente: Diez animales de control, inoculados en el testículo con treponemas, han presentado manifestaciones sifilíticas evidentes. Sobre otros doce animales inoculados con treponemas, conservados durante 72 horas en la sangre citratada, ocho de ellos han presentado manifestaciones luéticas. En cambio, una serie de ocho animales, inoculados con treponemas conservados en sangre citratada y adicionada de clorhidrato de quinina al 1 por 1.000 han quedado todos indemnes. Se comprende, pues, la conveniencia de utilizar esta técnica.

A. L. Marott y A. Kekwick.—**Transfusión continua por gota a gota.**—*The Lancet*, número 5.826, págs. 977-980.

M. y K. dan la descripción de un método y de un aparato que permite hacer abundantes transfusiones gota a gota.

El aparato está constituido por un gota a gota ordinario. La sangre de los dadores universales, mezclada con citrato de sosa como anticoagulante, se vierte en el recipiente. Se impide la sedimentación de los glóbulos rojos por un batido continuo, obtenido con ayuda de una corriente de oxígeno filtrado.

Hay que sacrificar una vena del antebrazo, lo cual es seguramente el principal defecto de esta técnica, introduciendo una cánula en el extremo proximal de dicha vena. Se hace pasar primero suero fisiológico y en seguida la sangre, regulando la cantidad.

Se conciben fácilmente los servicios que puede dar este método en las anemias graves por la gran cantidad de sangre que se puede inyectar de esta forma. Los autores han llegado a inyectar a un individuo cinco litros y medio de sangre en 51 horas.

Hospital Militar de Sangre de la Facultad de Medicina de Madrid (Hospital Clínico).—Sesiones clínicas.

Sesión del 17 de enero de 1937.

Doctor Lluesma Uranga.—Da cuenta de la decisión adoptada, no obstante las circunstancias actuales y acaso por ellas mismas, de celebrar estas reuniones a fin de realzar, valorar y conservar el trabajo de todos los compañeros del Hospital, evitando que el abundante e interesantísimo material clínico se pierda, desaprovechando lo único que en estos momentos y en este sentido pueda tener un valor ulterior, el de enseñanza de la Cirugía de guerra.

En ello invita a todos a la mayor colaboración. Todos los jefes de equipo darán una nota semanal precisa con la dotación de sus respectivos Servicios, movimiento de enfermería, etc. Estas sesiones serán finalmente un medio de cambiar impresiones o consulta sobre los casos que lo merezcan, presentación de casos clínicos de enseñanza y, en fin, motivo para conferencias especiales de divulgación de carácter sanitario o social, continuación de los cursillos para preparar enfermeras de guerra, etc.

A continuación da cuenta de las novedades y casos de su Servicio (de 80 camas).

Entre ellos refiere uno, de una supuración prolongada en un pie, que habiendo resistido todos los tratamientos mejoró rápidamente de una manera notable con los baños de solución de timol, glicerina y alcohol. Otro, con un balazo trasfixiante de la pantorrilla, en que las características clínicas de una gangrena incipiente fueron magníficamente abortadas haciendo la simpatectomía anestésica de la arteria femoral correspondiente en la ingle.

Una nota interesante cabe destacar a propósito de dos heridos de cráneo, con fractura abierta y pérdida de materia encefálica, en que la intervención radical y precoz fué seguida de dos cursos clínicos excelentes —en uno con recuperación total y en otro dejando una hemiplejía izquierda—. Considera que estos éxitos deben apuntarse, en gran parte, a su juicio, a la incisión de un colgajo amplísimo, lejos del

foco, y al cierre primitivo total con el tubo de caucho y la gasa empapada de lugol, de De Martel.

Interesante por su rareza es un caso de luxación del codo sin fractura alguna, que pudo reducirse bien. Y más curioso aun por coexistir en el mismo sujeto, y en el lado contrario, con una luxación de la clavícula de su articulación esternal. Vale la pena anotar que este herido refirió que en otra ocasión ya se había luxado el codo. (La luxación de la clavícula fué reducida por vía cruenta y síntesis metálica.)

De lo demás —sobre un total de 23 operaciones diversas desde primero de año— lo más interesante de la parte clínica ha sido una resección de estómago por úlcera, con anestesia local. De esas 23 operaciones sólo ha habido una defunción (una resección de intestino y varias suturas en un balazo en el vientre, operado a las cinco horas), y tres más, no operadas —un balazo en un pulmón y dos balazos en columna vertebral (uno cervical y otro dorsal alta)—.

Doctor Díaz Sarasola.—Tiene un Servicio de 84 camas. Se refiere a las particularidades de un caso de fractura de fémur en que hubo de sustituir el método de tracción alámbrica de Kirschner por la tracción a esparadrapo en plano inclinado contrario al de la férula de Braun, pues retenía mucho pus, y con este procedimiento consiguió una rápida apirexia y un cambio notable en el estado general.

Señala en otro caso, de flemón de mano, el síntoma contrario a lo descrito, de absceso dorsal y edema palmar, que por lo demás, una vez localizado, siguió un curso normal.

Tiene un buen éxito operatorio en una laminectomía con extracción de un fragmento de schrapnell; si bien la paraplejía ha mejorado poco, no así la continencia de esfínteres, que se ha restablecido muy satisfactoriamente.

Doctor Romero.—Tiene un Servicio de 49 camas. Da cuenta de una buena serie de laparotomías de urgencia (cinco), de las cuales ha conseguido tres supervivencias con curación (dos de ellas con resección de

intestino). Uno fué, además, con fractura del ilíaco. De los dos fallecidos uno tenía una hemorragia profusa en el abdomen por herida hepática con estallido.

Doctor Medina.—Jefe del Servicio de Oftalmología.

Explica de cómo se ha incrementado la necesidad, demostrada por la práctica, de los exámenes de refracción, pues precisamente en muchos casos que nunca se habían preocupado de semejante cosa las necesidades de la campaña han hecho que numerosos soldados hayan podido constatar las imperfecciones e irregularidades de su visión, que en gran número de casos obedece simplemente a anomalías astigmáticas, fácilmente corregibles.

Doctor Sánchez Martínez (del equipo del doctor Romero).—Interviene para pedir que se considere si habría posibilidad de practicar con cierta sistematización la anestesia local de los espláncnicos en los heridos de vientre, que comúnmente llegan muy chocados y que, según sus estudios y observaciones personales, mejorarían de su tono pronóstico general, de acuerdo con las interferencias neurovegetativas de los estados de shock.

Doctor Lluesma Uranga.—Le contesta para apreciar el interés de su iniciativa diciéndole que, desde luego, en todos los heridos de esta naturaleza que ingresen en el Servicio del doctor Romero, ya que éste se halla también de acuerdo, puede realizar dichos estudios. Le ruega no deje de dar cuenta de los resultados que puedan obtenerse y que, sin duda, pueden dar lugar en su día a alguna comunicación interesante.

A continuación levanta la sesión.

Sesión del 24 de enero de 1937.

Doctor Lluesma Uranga.—En la semana que ha terminado hemos tenido el siguiente movimiento del Servicio: 7 ingresos, 1 defunción y 8 evacuados. Quedan en total 66 heridos.

Es interesante el caso de muerte, ocurrido a las 48 horas de ingresado. Tenía una serie de lesiones por estallido de bom-

bas de mano en un combate en que se hicieron uso de aparatos lanzallamas por el enemigo. Las heridas en sí no eran graves ninguna de ellas, heridas finas de metralla. Como única lesión grave, aunque perfectamente localizada, sufría la pérdida del ojo derecho. Y aparte de ello cuatro quemaduras de segundo grado, poco extensas, en ambos muslos. Pues bien: el cuadro de muerte correspondió clínicamente a las quemaduras pudiéramos decir que exclusivamente.

Hace a este propósito unas consideraciones acerca del valor pronóstico de las circunstancias de emoción en la concurrencia de la producción de las quemaduras, indudablemente por un shock vegetativo, de acuerdo con la teoría del agotamiento nervioso, con la que se muestra conforme.

Doctor D'Harcourt.—Tiene que referir especialmente dos casos; uno seguido de muerte; otro que es, por el contrario, un extraordinario éxito.

El primero es el de un tiro que iba de una a otra espina ilíaca anterosuperior y que tenía todo el aspecto de haber penetrado en el abdomen. En este sentido, y luego de una larga controversia con otros compañeros, decidió operarlo por laparotomía media inferior. Se encontró con una cavidad abdominal limpia y únicamente con dos pequeños orificios en la vejiga de la orina. Suturó por dentro del vientre, peritonizó y dejó sonda permanente. El herido sucumbió a los cuatro días de hemorragia.

Doctor Pérez Vázquez.—Interviene sobre este caso. Opina que en tales casos debe preferirse la vía perineal. En todo caso la reparación de la vejiga es mucho mejor haciendo una talla previa. Y, desde luego, de ninguna manera a través del peritoneo.

Doctor D'Harcourt.—Contesta de acuerdo a lo expresado por Pérez Vázquez. Lo único en el caso referido es que no se pensó en la lesión de la vejiga, al menos como lesión única. Seguramente obró así bajo el recuerdo de un caso parecido, pero seguido de un éxito, que tuvo ocasión de operar cuando estaba de médico interno en

el Hospital Provincial con el doctor Rodríguez Mata.

Doctor Pérez Vázquez.—Refiere como particularidad de su Servicio cinco heridos de cráneo, de los que viven tres, con buen estado general y residual. Se muestra partidario del cierre total *per priman*. Hace alusión a uno de ellos, que se ha encontrado en una de las camas de su Servicio con una considerable hernia de cerebro casi al aire y muy pocos síntomas de déficit.

Doctor Sarasola.—Cree que al fin debemos inclinarnos definitivamente a favor de las copiosas experiencias de la escuela moderna americana, basada en su material traumático, enormemente abundante, dado el número de accidentes de la vía pública en las ciudades de Norteamérica. En efecto, Bayley, Cushing, Penfield, etc., han llegado a centrar el criterio de un intervencionismo precoz sistemático, apoyado en unos resultados estadísticos irrecusables.

Doctor Lluésma Uranga.—Abunda en la misma opinión. Tiene nueve casos, de los que sólo ha perdido dos. Desde luego aboga por los colgajos amplios, alejados del foco y con cierre total primitivo, auxiliado por el método de De Martel, con tubo de caucho y gasa empapada de lugol.

Doctor D'Harcourt.—Presenta una radiografía correspondiente a una fractura supracondílea del fémur, en que estudia las posibilidades del tratamiento a seguir. Dice que va a poner un Kirschner.

Doctor Lluésma Uranga.—Refiere a este propósito la sorpresa con que ha comprobado que tres fracturas de fémur en otros tantos casos antiguos tratados con la tracción de Kirschner, fracturas bajas, han consolidado mal. Todas ellas con un ángulo abierto hacia adelante. En dos casos el defecto podía pasar, pero en el tercero era excesivo y determinó la rotura del callo. Además los callos eran todos «flojos».

Cree que hay que contar siempre en estas fracturas bajas con la acción de los gemelos y soleo que estimulan esta deformidad.

Su sorpresa parte de que esos casos habían sido tratados por uno de los profesores

de San Carlos de una solvencia absoluta en cosas de traumatología. Pregunta a sus compañeros si creen suficiente causa esta acción muscular de los extensores del pie o bien falta de peso de tracción.

Doctor D'Harcourt.—Dice que teniendo alguna experiencia en este particular considera que en estas fracturas, producidas por heridas de bala, influye, desde luego, la movilidad, a que hay que someter a estos heridos para las curas de su herida (independientemente de la fractura), y sobre todo en cuanto al callo, a tener la tracción alámbrica demasiado tiempo. El es más bien breve en este punto, y lo que hace es poner un yeso, ya a los 25 ó 30 días, y ordenar la deambulacion. En todo caso pueden corregirse las desviaciones parciales con tracciones secundarias, con cinchas de venda o empujando con almohadillas de arena, según convenga.

Se refiere ahora al segundo caso, que quería presentar al principio y que ha interrumpido a causa de la discusión abierta.

Es un balazo a la altura de la primera vértebra lumbar con sección de la medula. Hizo laminectomía y extrajo el proyectil (bala de mauser). Antes el enfermo tenía paraplejía absoluta e incontinencia de esfínteres, conservando la sensibilidad hasta la cintura por el lado derecho y hasta la rodilla en el izquierdo.

A los dos días siente hormiguillo y contracciones voluntarias de los músculos de los pies. A los cuatro días movía las piernas, claro que con ciertas limitaciones, habiendo reaparecido la continencia de esfínteres.

Dice que a pesar del éxito teme mucho el porvenir de este herido por el probable neuroma de la cicatriz.

Doctor Sarasola.—Cita, a título de curiosidad, un caso, intervenido con éxito, de laparotomía, en el que encontró la bala en el mismo vértice del promontorio, en el ángulo de bifurcación de la aorta en las dos ilíacas primitivas, sin lesión vascular ni complicación alguna.

Doctor García P. del Villar.—Presenta varios dispositivos de su invención, apro-

vechando férulas de Kramer para las tracciones de lengua y de las ramas mandibulares, con casos y fotografías.

Ha tenido en total 44 fracturas mandibulares, 11 de rama horizontal, 14 de rama ascendente, 20 de apófisis coronoides, 6 de cóndilos, 8 de sínfisis de maxilar superior y 10 casos con heridas diversas de cara sin lesión ósea.

Sesión del 31 de enero de 1937.

Doctor Lluesma Uranga.—Cita el caso en el que un disparo de bala antitanque había entrado a dos traveses de dedo a la derecha del esternón y a la altura de la tetilla saliendo por el centro de la región lumbar, plano posterior. Esta bala le interesó el pulmón derecho (matidez y disminución de función, disnea), verosímelmente contusionó el hígado (urobilina y urobilinógeno, síndrome de acidosis) e hirió además el riñón derecho (hematurias totales repetidas).

Lo más interesante fué la lesión renal, pues luego de tres días de orinar sangre cedió al fin durante otros tres, y luego reapareció dos veces más, precedida la hematuria en este caso de un síndrome cólico típico —no muy intenso, pero con la irradiación típica a testículo y aguja febril— (probablemente por desprendimiento del coágulo hemostático y cicatricial).

Se le han hecho repetidos análisis de orina, y últimamente, cuando ya no hay ni resto de hematuria, aun queda una albuminuria ligera, con sólo 1.011 de densidad (incapacidad de concentrar) y signos de una nefritis parcelar residual, por supuesto de buen pronóstico, pues el enfermo va muy bien.

El hemotórax también se ha ido reabsorbiendo rápidamente y la «irritabilidad» hepática ha cedido asimismo.

En la cama de al lado tiene interés el caso que actualmente la ocupa; amputación alta del muslo derecho, en salchichón, que después de un postoperatorio inmediato excelente nos sorprendió con la aparición de una infección en sábana (no había fondo de saco alguno) de tipo pio-

ciánico muy intenso. Este caso es curioso, pues semejante tipo de infección no había sido observado todavía. Se trató con curas húmedas con timol, luego con Dakin y finalmente con clorato potásico al 2 por 100, que es lo que ha ido mejor. Desde luego, también está bien. Como particularidad señala que ha habido necesidad de poner una extensión continua de la piel con esparadrapo, pues la retracción en estos muñones altos es muy grande, sobre todo cuando, como en este caso, deben dejarse abiertos.

Doctor D'Harcourt.—Llama la atención acerca de la benignidad (?) de los sedales de cabeza, y a este propósito presenta las radiografías de uno que apenas había merecido atención clínica (cierto que en un día en que ingresaron 146 heridos y se hicieron 32 operaciones). Este herido presentaba una terrible fractura con estallido del parietal-temporal derecho y no fué apreciada (tampoco hasta hace poco y por su iniciativa se le había radiografiado).

Este herido, que ingresó a primeros de mes, tuvo una primera semana bastante satisfactoria, y luego, ya casi cedido el estado febril —nunca excesivo—, presentó una supuración copiosa, que es lo que llevó a hacer subsiguientes investigaciones.

Pregunta el comunicante qué opinan los compañeros acerca de la conducta a seguir en este caso. No parece haber delimitaciones de osteomielitis (desde luego es aun pronto), pero de todas maneras duda entre intervenir o no.

Cita otro caso de fractura de platillo tibial y de pico de rótula con gran infección articular que está tratando a base de dos enormes aberturas laterales unidas en H en la rodilla. Ha cortado el tendón rotuliano y ha abierto ampliamente la articulación en semiflexión. El enfermo va tolerándolo bien y mejora. Hace a este propósito algunas consideraciones sobre la terapéutica de las artritis supuradas de la rodilla y la dificultad de su drenaje posterior (sección de cóndilos, etc.).

Hace resaltar incidentalmente, y a propósito de otro caso de fractura de rótula,

la cuestión de la vitalidad de los colgajos de la piel de la rodilla, siempre muy deficiente. A él le ha dado el mejor resultado el trazo transversal simple, sin curvadura alguna. Asegura que el campo operatorio que se obtiene es bueno.

Doctor Lluesma Uranga.—Contestando a D'Harcourt le dice que en lo referente al caso de fractura de cráneo él opina que, según lo que en su ya experiencia en este tipo de lesiones ha podido recoger, no debe intervenir. No sería lo mismo si la lesión fuese reciente, en éstas se ha hecho cada vez más intervencionista; pero si ya han pasado, como en este caso, un par de semanas, lo mejor es abstenerse y esperar. Seguramente no se conseguiría una limpieza íntegra, y en cambio podría romperse la tabicación del pus y favorecer una meningitis.

Para las artritis de rodilla refiere un caso que pudo tratar y en el que obtuvo buen resultado con las simpatectomías temporales anestésicas en el arco de Poupert.

Sesión del 7 de febrero de 1937.

Doctor Lluesma Uranga.—Da cuenta sucinta del movimiento en su Servicio. Ha habido 28 operaciones, sin mortalidad. Ninguno de interés especial.

De los antiguos refiere la particularidad de un amputado de muslo, en que después de un curso inicial muy bueno ha empezado a presentar una fiebre en agujas que no se explica. Las heridas siguen muy bien; ¿septicemia?, no lo cree. De todas maneras ha empleado cytotropina intravenosa; ahora se plantea la indicación de unas autovacunas o bien hacer pequeñas transfusiones repetidas. Promete ir dando los resultados que se obtengan.

Doctor Resa.—Da cuenta del favorable cambio observado en uno de sus enfermos, fracturado de fémur, en el que tuvo que quitarle el estribo de Kirschner y ponerle la pierna en extensión, con la cabecera de la cama elevada (plano inclinado de anti-Trandelenburg), por la progresión e incremento de los túneles de pus que se iban fraguando a lo largo de los músculos del

muslo hacia la cadera. La temperatura ha remitido inmediatamente y con ello ha habido una enorme mejoría del estado general. De todas maneras dice que esta conducta no puede adoptarse como general.

Doctor Pérez Vázquez.—Interviene para referir a este propósito el descubrimiento que hizo en uno de los heridos antiguos de su Servicio, también fracturado del fémur, de la coexistencia de una hemofilia, con la consiguiente valoración pronóstica. Además es al mismo tiempo específico. Cree que puede dar buen resultado una inyección de sangre en el foco de fractura, a los efectos de la consolidación. Y en cuanto a la hemofilia, transfusiones pequeñas repetidas, de las que ya lleva tres.

Doctor Romero.—A propósito de un caso de foco osteomielítico con curva febril de retención de pus, refiere la técnica empleada por él y por Sánchez Martínez de lavados con soluciones débiles de ácido fénico y quinina, con la que han obtenido excelentes resultados.

Con motivo de lo comunicado por Romero se abre una discusión sobre los métodos terapéuticos en las osteomielitis, especialmente el de Bier y el de Orr. Pérez Vázquez da preferencia al primero y D'Harcourt al segundo.

Lluesma considera que lo que no puede hacerse en modo alguno es sentar un criterio exclusivo, ya que cada uno de estos procedimientos tiene sus indicaciones concretas. En principio parece más perfecto el de Bier; sin embargo, en la práctica y sobre grandes series, incluso tomadas de diferentes cirujanos, se ve que el método de Orr tiene más partidarios.

Considera que esta discusión tiene poca utilidad inmediata, ya que los heridos que pudieran suscitarla se pierden, ya que son evacuados en fases precoces de curación.

D'Harcourt, M.—Sin riesgo de traer el enfermo a las sesiones clínicas quiere adelantar el resultado excelente, ya referido inmediatamente en la sesión última, de un operado suyo de medula, con extracción de bala de fusil a la altura de la primera lumbar. Dicho herido sigue muy bien y en franca recuperación. Mueve ya las dos piernas, dándose el caso curioso de tener más fuerza en la pierna izquierda y en cambio tener un mejor control de motilidad voluntaria en la derecha. Hasta ahora no ha hecho más que levantarlo en un sillón, pero en la semana entrante empezará la reeducación de deambulación. Promete continuar dando los resultados.

