

## CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

### TRABAJOS ANALIZADOS

H. Costantini. — **Herida tangencial por bala de la aurícula derecha. Sección de la vena pulmonar inferior derecha. Vías de acceso al corazón. Rayos X y heridas del corazón.**—*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, tomo 60, núm. 17, págs. 710-714.

A pesar de una sutura perfectamente oclusora de una herida tangencial de la aurícula derecha el herido sucumbió veinte horas después de la operación. La autopsia reveló un enorme hemotórax derecho causado por una sección de la vena pulmonar inferior derecha, enmascarada por la parte posterior del pericardio.

Uno puede preguntarse, desde luego, si esta herida vascular hubiese podido ser descubierta por la intervención cuáles habrían sido las consecuencias de una ligadura de los dos cabos de esta vena, que recoge la sangre de todo el lóbulo pulmonar inferior derecho. La necesidad de un acceso rápido y amplio del corazón, exponiendo bien sus diferentes partes, conduce al autor a preconizar, en los casos de diagnóstico dudoso, el descubrimiento progresivo explorador del corazón por resección de los cartílagos más cercanos a la herida. Como él aconsejaba en 1919 en su tesis, la incisión, desde que el diagnóstico se afirma, debe ser muy amplia. Si se reconoce la herida del corazón se puede recurrir ya a la esternotomía mediana, con sección de los dos bordes del esternón, ya sea a la talla de un colgajo en charnela externa, no comprendiendo en general más que los cartílagos 3.º y 5.º, con resección por la pinzabúa del borde izquierdo del esternón, y en

ciertos casos, para aumentar aun la visibilidad, sección del borde esternal derecho frente al cuarto espacio. Mejor que la radiografía, el examen radioscópico conserva un valor de primer orden en el diagnóstico de las heridas del corazón.

Codet (Saint-Brieux). — **Fistula vesicorectocoxígea por tiro de fusil. Cierre por vía transrectal.**—*Journal d'Urologie*, tomo 37, núm. 5, págs. 432-433.

El herido recibió a bocajarro un tiro en la región sacrocoxígea. Se le creyó perdido y no se intervino. Pero poco a poco fué mejorando. La orina y las materias fecales salían por la brecha sacrocoxígea. La fístula se abría en la vejiga entre los dos uréteres. Existía una amplia brecha intestinal y un trayecto purulento ascendente entre recto y sacro hasta el promontorio.

Se establece el siguiente tratamiento: 4 febrero, establecimiento de un ano sacriílfaco. 13 febrero, incisión mediana vertical sacra, ablación de los restos del coxis y de la parte inferior del sacro. Descubrimiento de la fístula, que se cierra por vía rectal, según el procedimiento empleado para cerrar las fístulas vesicovaginales por vía transvesical. Se estrecha la brecha rectal posterior, faltando tejido para cerrarla completamente. Después de una falsa alarma el quinto día, la fístula vesical queda perfectamente cerrada a los quince días.

El 2 de mayo se cierra la herida rectal por movilización prudente del segmento superior. En octubre la herida rectal está cerrada. No hay más que cerrar el ano ílfaco, que desde luego no molesta al herido en su actual profesión de labrador.

Château, Tierny y Desbiez.—**Neumopericardio a válvula en relación con una antigua herida de guerra.**—*La Presse Médical*, año 42, núm. 55, págs. 1.135 y 1.136.

La observación que relatan los autores puede resumirse como sigue:

Quince años antes de los accidentes que acarrearón su muerte, o sea en 1918, un herido de guerra sufre la extracción de un proyectil intratorácico izquierdo, curando con una cicatriz pulmonar, que la autopsia comprobó bajo la forma de tejido escleroso. Esta cicatrización ha determinado una fístula localizada pericardiopleuropulmonar izquierda, favoreciendo la formación de los trayectos pericardiopulmonares ulteriormente encontrados.

En un segundo estadio el herido padece una afección que parece ser una bronconeumonía gripal de evolución rastrera, irregular. Las lesiones evolucionan hacia la supuración. La infección se concentra alrededor de la cicatriz, ulcerando el absceso dos pequeños bronquios; pero siendo insuficiente el drenaje por expectoración el pus alcanza el pericardio.

La situación se agrava entonces, porque el neumopericardio es a válvula y la presión intracardiaca sube progresivamente, con sofocación intensa y accidentes pulmonares que se alivian mediante punciones.

Pero la pericarditis deviene al punto de partida de dos nuevas series de accidentes. Los unos, sépticopioémicos, flegmasía del miembro superior derecho y celulitis aguda de la cadera, y de otro lado, ulceración progresiva de la aurícula derecha. Esta se rompe; 250 c. c. de sangre irrumpen súbitamente en el pericardio, y la muerte inmediata sobreviene por compresión brutal del corazón.

Los autores han encontrado en la autopsia un derrame serofibrinoso tabicado del vértice del hemitórax derecho, lo que es un poco difícil de interpretar. Su desarrollo ha sido rápido, ciertamente, porque la radiografía no lo había descubierto; pero la evolución ha sido insidiosa, y quizás en conjunto todo ello no sea más que la reac-

ción de vecindad de un pequeño foco de infección córticopleural que habría escapado al examen necrópsico.

¿No se pudo hacer más y mejor que dos punciones evacuadoras y vacuna polivalente?

Los autores hacen notar que el sujeto era un gran infectado, caquético y asfíctico, portador además de una flegmasía y de una celulitis aguda. Por otro lado, las punciones habían determinado una sedación de la disnea que les había inducido a contemporizar.

Desde luego parece justa su apreciación de que casos tales como éste están por encima de los recursos de la terapéutica actual.

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

*Sesión del 7 de febrero de 1937.*

*Doctor Lluésma Uranga.*—A propósito de cinco fracturados de extremidades superiores reitera su convicción sobre las ventajas de los vendajes de yeso oclusivos, esto es, sin ventana para las heridas, siempre que ello se haga inmediatamente cuando no hay un hematoma demasiado grande. Si hay gran hematoma es preciso esperar; tiene dos casos en que el vendaje de yeso provocó lesiones de gangrena por isquemia, uno de los cuales pudo salvarse. Desde luego y no obstante quitar el yeso inmediatamente. Posiblemente se trata de reacciones neurovegetativas, además de las razones mecánicas de compresión directa.

Por su experiencia personal, ya un poco dilatada en estas lesiones, considera mucho más graves los hematomas en brazo que en antebrazo. En éstos, si se tiene la preocupación, que en su Servicio es ya sistemática, de poner la mano en flexión dorsal (hiperextensión) apoyada en férula o sobre yeso moldeado en esa posición, no ha visto nunca un solo caso de retracción de Wolkmann.

En los de fractura de brazo (húmero) presenta dos casos excelentes. Preconiza según ellos, y otros anteriores, el «aero-

plano de yeso» en gran abducción. Acerca de esto pide opinión a D'Harcourt.

Otro caso muy notable es el de un herido de bala en el que el orificio de entrada está en el centro de la nalga izquierda y el de salida a nivel del anillo inguinal del mismo lado, con gran destrozo en este punto y propulsión de una masa violácea. No teniendo defensa alguna de la pared abdominal se pensó en el primer momento en una herida de vejiga con estallido. Pero practicado un sondaje uretral se vió con sorpresa que la orina era limpia y de excelente aspecto.

Ya en plan operatorio se comprobó que la masa en cuestión eran los vasos espermáticos y el cordón, con una inmensa cantidad de coágulos. El teste estaba casi luxado al exterior.

A pesar de lo precario del puente vascular y de que el cordón estaba seccionado, se hizo una operación conservadora. Se suturó el cordón y se alojó nuevamente el testículo en su sitio. Este herido ha ido muy bien, y a pesar del gran hematoma en escroto los dos primeros días se ha recuperado íntegramente.

Acerca del porvenir funcional de este testículo, en lo que se refiere al cordón, se puede ser aun optimista, ya que la sutura se hizo solamente con dos finos puntos, en abocamiento términoterminal, semejante en esquema a las suturas de uréteres. Y recordar, en casos contrarios, las abundantes precauciones con que proceden los cirujanos alemanes en casos de esterilizaciones, lo cual debe ser por algo (posibilidad de autorrecuperaciones).

#### *Sesión del 21 de febrero de 1937.*

*Doctor D'Harcourt.* — Empieza recogiendo las palabras con que le ha aludido Lluesma, diciendo que la actitud de gran abducción en las fracturas de húmero sólo deben emplearse cuando la rotura está de la mitad del hueso para abajo. De todas maneras él utiliza sistemáticamente en todas la pequeña abducción con flexión anterior, siguiendo así las líneas de fuerza que marca al fragmento superior la inserción

del pectoral mayor. Reconoce, no obstante, los excelentes resultados presentados por Lluesma y se pregunta si verdaderamente tendrá más valor corrector el pectoral mayor que el deltoideo. El decide seguir fiel a la pequeña abducción.

En su Servicio ha tenido también tres casos de muerte, con un total de 120 heridos vistos (30 han salido ya evacuados).

De esos tres es interesante uno, que murió con un estado de gran agitación, a pesar de que la segunda toma de líquido céfalorraquídeo era mucho menos hemorrágica que la primera y a menor tensión (balazo en el cráneo, con fractura y lesión cerebral; hemisferio parietal derecho).

Refiere otro, de perforación del diafragma por metralla, que se suturó por vía abdominal transpleural, y que está bien y en curso de curación (lleva ya seis días).

*Doctor Gutiérrez Guijarro.* — Cita un operado suyo, con orificio de entrada por región lumbar superior derecha y sin salida. Tenía una herida del hígado y un amplio rasponazo del estómago (enorme hernia de la mucosa por la rotura serosa, pero sin rotura íntegra). Pudo suturar sin inconveniente alguno el estómago y no hizo nada en el hígado por no sangrar ya en el momento operatorio y no obstante recoger con el aspirador 750 gramos de sangre de la cavidad abdominal.

Este enfermo se encuentra muy bien y lleva buen curso.

*Doctor Medina.* — Comunica un caso interesante. Se trata de un soldado que sufrió la explosión de una bomba de mano y que presentaba un extenso tatuaje en toda la mejilla izquierda y además, quizás por la sección del nervio por algún pequeñísimo trozo de metralla o bien por simple contusión neumática de explosión (no hay herida), una parálisis periférica del facial izquierdo.

Este herido, que presentaba incluso el tatuaje hasta en la córnea, ha sido tratado (está en curso de tratamiento) por inyecciones de percaína en el ganglio estelar izquierdo.

Hasta ahora lleva dos inyecciones pues-

tas (a cuatro días de intervalo) y se ha logrado ya una movilidad del párpado superior hasta la mitad de la hendidura palpebralocular. Se le ha hecho una fotografía al comienzo del tratamiento, y en este sentido dice que traerá este enfermo a una de las próximas sesiones.

*Doctor Riosalido* (jefe del 2.º Equipo de rayos X).—Presenta, como hizo en una sesión anterior el compañero Samaniego, el balance del trabajo de su Servicio.

Como particularidad técnica de interés señala la que ha imaginado para la determinación de las balas o trozos de metralla en el parénquima pulmonar. Para ello hace las radiografías «a tiempo lento», esto es, durante todo un movimiento respiratorio.

Con esto la imagen de la bala saldrá movida, pero no movida de cualquier manera, sino movida en dirección al hilio del pulmón correspondiente, que es la dirección de la corriente de expulsión del aire. Cuando la bala se halla en la pared el desplazamiento es de arriba abajo, siguiendo el recorrido de las costillas.

Presenta a este particular varias placas demostrativas.

Y en las de talón (calcáneo) demuestra las ventajas de la proyección vertical con la pierna en flexión sobre el pie, planta del pie en placa y rayo central entrando por la base del tendón de Aquiles.

#### *Sesión del 14 de marzo de 1937.*

*Doctor Lluésma Uranga*.—Resume el trabajo de los últimos quince días.

En ellos, no obstante el poco movimiento general, ha observado cinco casos clínicos interesantes. El primero de ellos es un soldado tripulante de un tanque que, alcanzado de lleno por una bala de cañón (el tanque), sufrió una serie de contusiones y quemaduras al incendiarse el depósito de gasolina. Quemaduras en ambos antebrazos y manos, con fractura del radio derecho y quemaduras enormes en la cara anterior de ambos muslos; además, enorme shock; finalmente fiebre de 39'5 a 40°, vómitos y reacción bronconeumónica difusa, con tos frecuente.

Este herido fué inmediatamente escayolado en su antebrazo derecho; se le puso en el izquierdo una férula en posición de flexión dorsal acentuada para prevenir las retracciones cicatriciales, y se dejaron al aire las quemaduras de los muslos, con férulas de sostén y aislamiento para las sábanas y ropas de la cama, arco de bombillas para recuperación térmica y tratamiento local con *spray's* de solución de tanino. Suero glucosado e insulina y alimentación a base de leche y huevos en enema de Murphy; en fin, jarabe de benzoato y codeína (el análisis de esputos fué negativo para el Koch).

Este herido, después de un período estacionario durante los primeros seis días, va ya encauzando hacia una curación rápida y segura.

El segundo caso es una fractura de fémur (tercio medio inferior) mal consolidada, es decir, con un callo exuberante y enorme desviación de los fragmentos, que a los dos meses y medio ha vuelto a reingresar por fractura a nivel del callo y en la que ha habido que hacer una reposición cruenta, muy laboriosa, con extirpación total del callo y síntesis metálica con placa de Lambotte. Ha quedado muy bien. Inmediatamente de la operación se le puso un amplio yeso de fijación total, siendo verdaderamente extraordinario el excelente curso clínico postoperatorio, ya que sólo al tercer día tuvo por la tarde 37'8°, quedando apirético al quinto día.

El tercer caso es una fractura doble, fémur derecho y tibia y peroné izquierdo, producida por un casco de metralla. A pesar de la gravedad de sus lesiones pusimos un yeso cerrado totalmente para la fractura de tibia y peroné y un estribo de Kirschner en la espina tibial del lado de la fractura del fémur. Este herido soportó magníficamente todo ello, bajó la temperatura en seguida y observó un excelente estado general durante los primeros 18 días. Entonces tuvo una subida brusca de temperatura hasta 40°, remisión hasta 37'2° a la mañana siguiente y nueva elevación por la tarde. De madrugada tuvo por la herida interna del

fémur una hemorragia considerable, que requirió una transfusión, hemorragia que repitió dos veces más en menos de 24 horas. Nueva transfusión y amputación a mitad de muslo al 23 día. Muerte a las 24 horas con gran cuadro tóxico.

La autopsia de la pierna cortada mostró un enorme cráter en torno al foco de fractura, con olor de gangrena y abundantes trombos sépticos a lo largo de los vasos centrales. En suma, infección anaerobia tardía.

Acaso pueda explicarse esto porque siendo las dos heridas producidas por el mismo trozo de metralla —primero atravesado el muslo derecho y luego la pierna izquierda— quedó en la primera herida algún trozo de ropa, madera o tierra, pasando luego la metralla ya limpia a producir la segunda herida. En efecto, quitado el yeso de la pierna izquierda se vió que la herida estaba toda granulada y la fractura con un curso de callo perióstico joven perfectamente normal.

Es el único caso de muerte que tenemos que lamentar en estas dos últimas semanas. No obstante su resultado final, seguramente seguiríamos idéntica conducta en otro caso que se nos presentase de igual naturaleza.

El otro caso lo hemos visto y tratado en colaboración con D'Harcourt.

Era un herido de bala por la espalda, entrada y salida laterales, con buen estado general durante más de 24 horas y síntoma único de hematuria total intensa. Este herido, pasado este tiempo, empezó a presentar síntomas peritoneales, y entonces se planteó la operación, que se condujo sobre

el riñón derecho. Nefrectomía técnicamente impecable —únicamente requirió la sección de la 12ª costilla—.

Ya la primera micción fué totalmente limpia. Luego, el curso ha sido excelente. A las 48 horas había 0'85 de urea en sangre con 0'35 de nitrógeno residual y 36 de urea en orina. A los cinco días la urea sanguínea había bajado ya a 0'46 y el nitrógeno a 0'31 (urea en orina de 32). Luego, el estado general sigue mejorando y así sigue.

Únicamente hay que señalar un síndrome de parálisis intestinal bastante pertinaz durante los tres primeros días del postoperatorio y una ligera congestión de bases pulmonares; una y otra complicación se resolvieron bien con pequeñas medicaciones auxiliares (peristaltina, sonda rectal y trasplumín inyectable).

*Doctor D'Harcourt.*—Dice que apenas ha tenido movimiento en su Servicio. Lo único interesante han sido los dos casos referidos por Lluesma y especialmente el de riñón.

Acerca de él dice que seguramente la reacción de peritonismo que decidió la intervención fué debida a la acción del hematoma retroperitoneal, reacción que de otra manera persistió en el mismo sentido después de la operación, dando el cuadro de la parálisis intestinal de los primeros momentos. En cuanto a la ligera congestión de las bases pulmonares él cree que cabe achacarla más bien al traumatismo de la sección y contusión de la costilla que a la anestesia (éter).