

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

V. M. Mollá.—**Algunas consideraciones sobre la cirugía en nuestros frentes de guerra.**—*Crónica Médica*, 1937.

Los que hemos vivido, y por nuestra situación y profesión tenemos que seguir viviendo, de cerca esta guerra, sabemos bien lo que ella encierra. Hay mucha diferencia, incomparable, entre la guerra narrada, leída o vista en el cine, con la guerra tal y conforme es, que en su momento álgido vemos y convivimos los cirujanos en campaña. Porque la guerra no es ni el tronar del cañón en los campos silenciosos, ni el runruneo del avión que desconcierta y atemoriza, ni es tampoco el niño huérfano en su más tierna edad, cuyo padre le arrebató esa forma legal de asesinar en masa. La guerra es todo eso y muchas cosas más, a cual más desconsoladora y brutal; pero si un momento, un aspecto de todos esos, lo hay con mayor fuerza dramática y desconsoladora, es el que se le ofrece al cirujano civil en el Hospital de sangre de primera línea. Dolor que aterra, que anota, que paraliza, que descompone la sensibilidad y hace renegar en perenne letanía de esa monstruosidad que es la guerra.

Hay que actuar en ese ambiente, que desempeñar la finalidad que allí nos lleva, con la intensa emoción proporcionada por esos cargamentos de hombres mutilados, destrozados, sangrantes y desencajados por el shock y la hemorragia, por la ansiedad y el sufrimiento físico y moral, para comprender la magnitud trágica de ese continuo y espantoso crimen. Convivir con esos desgraciados ya es bastante para llegar a los límites de la emoción; tener que atender-

los e intervenirlos es una sobrecarga al sentimiento que exige la máxima energía para llevar a cabo la humanitaria misión de asistirlos.

La cirugía halla en la guerra, por pequeña compensación, campo apropiado donde actuar intensamente. Presenta sin embargo la traumatología bélica respecto a la traumatología civil caracteres personalísimos que la diferencian, justificando al mismo tiempo su estudio independiente.

Vamos a ocuparnos, siquiera sea a la ligera, de los aspectos que creemos más interesantes de *organización*, refiriéndonos casi exclusivamente a lo visto y vivido durante nuestra actuación en los diversos hospitales del frente, donde hemos desempeñado nuestra misión quirúrgica.

En el transcurso de estas consideraciones haremos mención e hincapié sobre los principios básicos de organización y particularidades dignas de mención en los diversos lugares o centros donde se ejerce cirugía de campaña. *Puestos de socorro, hospitales de primera línea y evacuación*, para determinar con una esquemática mención de los principios generales de la Cirugía a los cuales hemos ceñido nuestra actuación.

En una guerra regular es difícil y penosa la organización de los servicios sanitarios, dificultades emanadas de la aplicación práctica, apropiada y eficaz en el mismo campo de batalla, sin olvidar que entonces es el ejército el que disponiendo de todos los recursos necesarios hace este acoplamiento con la simple movilización de todos esos recursos.

Ahora bien, en una guerra tan irregular como la que estamos sufriendo, irre-

gular en toda la extensión de la palabra, donde los frentes no se limitaron a los beligerantes oficiales, sino que se fueron formando en los más diversos y recónditos lugares de nuestro propio bando, la carencia de técnica, por ausencia de técnicos, ha sido la característica de esta organización sanitaria.

En ese ambiente tuvieron que organizarse los servicios sanitarios de campaña merced al aporte individual, a la iniciativa de algunos buenos y capacitados elementos, que brotando espontáneamente para ponerse al servicio de los que caían en el frente de guerra, formaron en esta provincia el primer tren Hospital, recabando su personal quirúrgico organizaron los primeros hospitales del frente, etc., independientemente, claro está, de aquellos médicos que, con mejor voluntad que conocimientos quirúrgicos, cumplieron con la penosa y loable tarea de montar puestos de socorro en el frente, sin recibir los más elementales principios de cirugía bélica.

Todo, pues, fué arreglamentario, espontáneo, improvisado, luchando contra las dificultades propias no sólo de la guerra, sino de aquel desconcierto, llamémosle así, motivado por la rebelión militar, precisamente por aquellos que disponían de la técnica y de los útiles de la sanidad militar.

Muy lejos iríamos en conceptos y extensión si quisiéramos mencionar solamente esta falta de unidad y autoridad intrínseca en el mando, de insubordinación a la técnica y, en una palabra, a la ineficacia, en consecuencia, de los poderes directivos; y es lo más triste (por lo menos es una de las consecuencias más lamentables), que si se perdió la técnica racional y eficaz por específica, se trastornaron o estropearon, cuando no fueron postergados, los resortes específicos de la disciplina, no compense la buena voluntad, el sentido profesional, la ética y moral de las conciencias sanas, esa merma de autoridad, esa absurda desviación y suplantación en el mando, por esa inundación de desconcierto. Faltan cirujanos en el frente, en esos hospitales de primera línea, cuyos equipos con sus intervenciones precoces pueden salvar tantas vidas e impedir tantas

inutilidades. No se dispone de cirujanos, jóvenes ni viejos, que vayan a prestar sus humanitarios servicios en aquellos lugares; esto es triste y deprimente, porque no es justificación para esta pasividad o indiferencia el alegar ante la conciencia la falta de ideología izquierdista; el médico, el cirujano, ante el herido, no valora previamente cómo piensa aquél, en orden a su ideario político; su profesión, su moral, su conciencia, por no mencionar su sacerdocio, le dictan, debe dictarle, el cuidado solícito y sistemático al caído. Ese principio es el lema de La Cruz Roja, y al mencionarlo, quiero también manifestar la inhibición forzada en que se la tuvo, impidiéndola actuar, organizar y desarrollar sus específicas funciones, precisamente insustituibles e insuperadas por otra organización en las tristes circunstancias porque atravesamos.

Desde luego, tanto la Sanidad Militar Española, como la de otros países, están muy lejos de llenar en un momento dado las exigencias de una guerra. Sin ir más allá ahí tenemos lo que se hizo en Francia, donde los internistas y cirujanos, especialmente, fueron movilizados en el mismo instante en que se declaró la guerra... y marcharon donde les mandaba no sólo su conciencia profesional, sino las órdenes únicas, específicas e insustituibles de los altos mandos militares, sin frenos ni competencias insanas de dirección, ni de responsabilidad irresponsable.

Los servicios quirúrgicos de campaña, servicios militares al fin y al cabo, van más o menos ligados a los movimientos, a la amabilidad de las unidades del ejército; por eso es diferente la técnica sanitaria de estos servicios según se avance, se retroceda o permanezcan las fuerzas estacionarias. En orden a la proximidad a la línea de fuego, los servicios quirúrgicos se prestan: 1. En el puesto de socorro. 2. En el Hospital de primera línea. 3. En el Hospital base. 4. En los hospitales de la retaguardia, de hospitalización definitiva.

Todos estos emplazamientos sanitarios deben comunicarse, en orden a la evacuación principalmente, de una forma tanto más eficaz cuanto más reglada y sistema-

tizada; en una palabra, cuanto más organizado se halle el servicio de evacuación, que viene a significar un inmenso Hospital que partiendo de la línea de fuego se extiende hasta los más apartados lugares de la retaguardia. A su vez, cada una de estas variantes de técnica bélica, que lleva consigo la asistencia quirúrgica indispensable, toma innumerables formas, subordinadas o dependientes del terreno, de las vías de comunicación, de los inmuebles a utilizar como lugares de actuación, de la existencia o carencia de agua y luz, etc., que exigen en todo momento un acoplamiento racional para obtener el máximo rendimiento de la actuación quirúrgica. Estos detalles de aplicación hay que formularlos y realizarlos sobre el terreno; es la iniciativa particular del cirujano, en asociación con el jefe del sector, quien decide y actúa; pero es indispensable que la técnica, base de la Sanidad Militar, los conocimientos fundamentales y reglados de ésta, corresponde, como es natural, a los técnicos, a los profesionales de esta variedad de actuación profesional. Por eso, ¡claro está!, al tenerse que organizar esta sanidad, sin orden ni concierto, sin técnica ni autoridad para la movilización, los errores cometidos fueron grandes, y de poco servía (para la obra en conjunto) el aporte individual, el entusiasmo ni la ideología, ante los escollos inaccesibles de falta de material quirúrgico, de ambulancias, etc., y fueron los más osados, que suelen ser, como es sabido, los más ignorantes, los que arramblaron con un exceso de material que tanta falta hizo a los que tenían que actuar en el quirófano, y mientras en algunas postas dormían el sueño del olvido amplias bandejas repletas de material operatorio, en los hospitales del frente se carecía de agujas para sutura.

Las limitadas funciones a cumplir por el médico del puesto de socorro no son sin embargo tan sencillas que todo médico sin hábito quirúrgico puede llevarlas a cabo correctamente, con eficiencia y máximo de utilidad. Cierto que allí no se hacen, no deben hacerse, intervenciones quirúrgicas; pero no es menos cierto que la cantidad de heridos en un momento dado exigen del

médico encargado rapidez en el diagnóstico (para facilitar la evacuación o traslado al Hospital), *serenidad y sangre fría ante las grandes hemorragias, habilidad y práctica para la aplicación de férulas de transporte, aplicación racional y con técnica correcta del garrote o torniquete*, independientemente de otras maniobras o recursos de urgencia que pueden presentarse y que, por imprevistos, exigen ese hábito quirúrgico a que hemos hecho referencia. Las inyecciones de sueros cardiotónicos y suero antigangrenoso son medidas básicas que no deben jamás olvidarse.

La pronta aplicación del garrote puede salvar, indudablemente, la vida de un herido víctima de una hemorragia intensa, o pertinaz; pero no hay que olvidar tampoco, para valorar debidamente la necesidad de su aplicación, que el garrote es un arma de dos filos; puede cohibir la hemorragia, pero puede facilitar al mismo tiempo la pronta aparición de una gangrena o infección por falta de circulación. La aplicación de éste exige una serie de medidas que vamos a mencionar, puesto que lo merece, y conste que a ello nos incita dos hechos relacionados con el mismo vistos y vividos en nuestra actuación. 1. El abuso en la utilización de este recurso. 2. La facilidad con que se demora el transporte de estos heridos.

Hay hemorragias que, indudablemente, con un buen vendaje compresivo son cohibidas, sobre todo si, previa la desinfección de la herida con tintura de yodo, una gasa antiséptica (aniodol iodofórmica) facilita la hemostasia por favorecer la formación del coágulo. De todas formas, el garrote usualmente empleado, es decir, a base de una simple goma (tubo o cinta), dificulta siempre notablemente la circulación del miembro sobre el que va aplicado, dificultad que no se limita al vaso o vasos sangrantes, sino que se extiende a toda la circulación por igual; es decir, impide la circulación colateral. Un garrote correctamente aplicado sólo se conseguirá colocando en el canal anatómico un tarugo o corcho aplanado, sobre el cual presiona la fuerza circular desarrollada por la goma. Únicamente así se

ejerce verdadera hemostasia sobre el vaso principal o accesorio sangrante, permitiendo una circulación suficiente supletoria a base de los vasos no presionados con tanta intensidad.

El peligro de que el garrote permanezca indebidamente aplicado por olvido y demora en el traslado puede solventarse señalando en la frente del herido un círculo con tintura de iodo, medida que deberá seguirse también para indicar si se le ha inyectado suero antitetánico mediante una S colocada en lugar visible de su frente o rostro.

El puesto de socorro, de no ser subterráneo, que constituye la instalación ideal por permitir aproximarse hasta lo inverosímil a la línea de fuego, suele instalarse a unos dos kilómetros del frente, más cerca o más distante de éste según las posibilidades de resguardo, que tan directamente depende de la topografía del terreno. Mala técnica es la corriente en nuestros frentes de ocupar casas, corrales, ermitas y otras edificaciones, y únicamente los heridos con shock, cuyo traslado debe demorarse, se resguardarán en algún inmueble próximo para mantener el calor artificial que debe ser base de tratamiento.

El primer traslado del herido desde el campo de batalla al puesto de socorro es tarea difícil y siempre fatigosa, especialmente en terreno montañoso, donde al no ser fácil el traslado por camilleros habrá que recurrir al transporte animal, mediante artolas, que tanto escasearon, cuando no pecaron por su ausencia, ya entrados en varios meses de guerra. Lo mismo podemos decir del traslado al Hospital de sangre de primera línea, pues no siempre será posible que el puesto de socorro se halle tan cerca de caminos o carreteras que permitan el traslado en ambulancias.

Es creencia vulgar el suponer que en razón directa con la proximidad del Hospital de primera línea al frente está su utilidad, mejor dicho, la del equipo quirúrgico que actúa en él. Si todo se pudiera hacer en estos hospitales, improvisados, pequeños y tan mal provistos de material como ha sido su característica en nuestro frente por las razones apuntadas, la proximidad sería

indiscutiblemente factor primordial y casi definitivo; pero ante la imposibilidad de poder hospitalizar a todos los heridos hasta su curación o alta, el problema de la proximidad queda relegado a segundo término (a excepción de ciertas heridas de vientre y hemorrágicas). Y queda siempre latente e irresoluble el de la *continuidad del tratamiento y vigilancia* del herido evacuado, en razón de esos traslados, las aglomeraciones, la falta de personal y material para una perfecta evacuación y, digámoslo sin rodeos, por la falta de cirujanos y centros hospitalarios debidamente atendidos.

Por todo esto, más la elocuente experiencia, podemos afirmar que un Hospital a 40 kilómetros del frente es más útil al herido que esos innumerables hospitalillos que a manera de casillas de peones camineros se sembraron por todo el frente sin personal técnico, sin material, sin ambulancias, creyendo, eso sí, sus fundadores y moradores, con la mejor buena fe, que con camas, médicos y un estuche de curas, había bastante para calificar de Hospital de sangre lo que era simplemente un refugio, un alto en el camino, tan tentador como peligroso, ya que al demorar la intervención, el reposo era más contraproducente que eficaz.

El herido, desde que cae víctima del proyectil hasta que se le interviene con todos los elementales requisitos de asepsia y ambiente quirúrgico por el *cirujano*, no debe inspirar más que una idea: su intervención inmediata, lo más pronto posible, si se quieren evitar complicaciones infectivas, que con facilidad ocasionan la muerte. Ahora bien, esta intervención debe ser definitiva. No debe haber más intervención paliativa que la momentánea de la posta, que impide o trata de impedir la hemorragia, que combate el shock y que inyecta cardiotónicos y suero antitetánico, y esta intervención, definitiva siempre, se hará en mejores condiciones en el Hospital que podemos apellidar de los 40 kilómetros, que en el Hospital de sangre próximo a la línea de fuego, que por estar allí enclavado, el movimiento de fuerzas, las dificultades de abastecimiento, etc., no permiten actuar

con el desahogo y tranquilidad que significan un mejor inmueble y el apartamiento de los peligros del frente.

La solución no es difícil sin embargo, limitando en estos hospitales su actuación a las heridas de vientre y tórax y grandes hemorragias, que permiten retirar con rapidez el peligroso garrote. Los quirófanos ambulantes tienen, a nuestro entender, su específica misión interviniendo a estos heridos, los demás, lo repetimos, se benefician más operándolos a una prudencial distancia del frente (bien acondicionados en el traslado) que interviniéndolos en aquellos hospitales, faltos de camas, material y, sobre todo, de tiempo, ante las grandes aglomeraciones de heridos en los momentos de ataque o defensa.

El equipo quirúrgico del Hospital de primera línea exige una organización apropiada al contingente de heridos, a los medios de evacuación con que cuenta el Hospital donde actúe, al número de camas, al personal que componga este equipo y a los medios quirúrgicos de que pueda disponer. El ideal del cirujano en orden al tratamiento de sus heridos es, naturalmente, eso, un ideal irrealizable; la permanencia bajo su cuidado del herido hasta su completa curación. Al no poder ser esto factible, nada más que para un corto número de heridos, los más graves (vientre, tórax, cráneo), dejan de poderse seguir en su período postoperatorio la mayor parte de los heridos, cuyo período postoperatorio es largo y el número reducido de camas no permite este almacenamiento, tan racional en orden a la terapéutica quirúrgica como irracional ante la ineludible evacuación. Así tenemos que las fracturas abiertas y buen número de heridas al parecer leves o de pronóstico reservado, nada se benefician no sólo con el traslado, sino con el peligro siempre manifiesto de olvidos, o demoras en el tratamiento o tratamientos definitivos, por las dificultades de evacuación, falta de personal técnico y hacinamiento en los grandes hospitales base. De ahí que insistamos en la conveniencia de que es preferible demorar una o dos horas la intervención si se realiza en un Hospital perfectamente dispuesto

para la cirugía: amplio, tranquilo y bien dotado en sus múltiples aspectos, enclavado a una distancia no superior a 50 kilómetros de la línea de combate.

Un equipo quirúrgico de tipo clásico, que podríamos decir, consta de cirujano, ayudante-médico, practicante anestesista y dos enfermeras. Equipo, como luego veremos, notablemente insuficiente en un momento dado, pues precisamente la actuación de estos equipos no suele ser fija, son equipos para acudir o actuar en distintos lugares, desprovistos precisamente de todos los otros elementos que constituyen el verdadero ambiente quirúrgico en orden al personal: esterilizador, instrumentista, etc.

Por eso, aun siendo reducido el número de fuerzas que actúan en un sector dado del frente, este tipo de equipo resulta tan reducido en rendimiento operatorio, que lo hacen francamente impotente para obtener de la cirugía bélica el fruto racional y necesario que debe ser consustancial con su actuación.

Si entresacamos conclusiones de contingentes de heridos en determinados momentos de nuestra actuación en el frente, vemos que para asistir el número de intervenciones realizadas por nosotros debieron haber actuado seis equipos de ese tipo clásico-reducido, datos proporcionados por las asignaciones de equipos quirúrgicos a los distintos ejércitos europeos.

Por mera iniciativa personal, de tipo instintivo, cuando nos fué indicada la orden de trasladar nuestro equipo (reducido) a otro Hospital del frente, donde las operaciones se habían de realizar, como en efecto ocurrió, con más intensidad, pese la insistencia de trasladarnos el equipo de tres a que hemos hecho referencia, menos las dos enfermeras de quirófano, lo reforzamos con otro ayudante-médico de perfecta solvencia quirúrgica y tres nuevos practicantes, uno para transfusión e inyecciones, un instrumentista y un esterilizador; pues bien, pese a esta medida espontánea y si se quiere insubordinada en aquellos momentos de intensiva actividad en el ataque, hubimos de necesitar dos nuevos practicantes y una enfermera improvisada (ya que nos habían

impedido llevar enfermeras tituladas, de tan magnífico rendimiento).

Así, y con la mejor voluntad de todos, pudimos atender un contingente de heridos, que en ocasiones no impedía atenderlos a todos, interviniendo los más graves y evacuando con toda la rapidez que permitían los medios de organización y ambulancias a los restantes. Iniciadas las operaciones descompusimos este equipo nuevo en dos. En una habitación organizamos otro quirófano, donde actuaba uno de nuestros ayudantes con dos practicantes. Nosotros en un quirófano con dos mesas íbamos alternativamente interviniendo, de una a otra mesa, al herido que previamente desprovisto de su cura de urgencia estaba preparado para intervenirlo, con su material quirúrgico; la ficha a colocar a la cabecera de la cama estaba llena, menos la intervención y el pronóstico, que lo formulábamos al terminar la intervención.

Esta serie inacabable de intervenciones en algunos momentos o días exigen, pues, una organización, un engranaje sin fin, entre médicos y auxiliares; cada cual debe conocer a la perfección cuál es su misión para efectuarla, sin dudas ni titubeos, con la mayor rapidez, sin necesidad de indicar, ni menos repetir, la perfecta realización de la labor encomendada. Un practicante, turnándose con un enfermero adiestrado, se dedicaban exclusivamente a la esterilización durante la jornada, y en ocasiones durante la noche. Otro practicante comprobaba si el herido había sido inyectado de suero antitetánico, para proceder en caso negativo a su aplicación. Inyectaba sistemáticamente asimismo suero antigangrenoso cuando se hallaba indicado: fracturas abiertas, heridas dislaceradas y en todas las de metralla. Sólo actuaba, pues, en inyecciones; era la forma que creímos más pertinente para no dejar a ningún herido sin estas básicas medidas profilácticas, de tan alto valor en cirugía de guerra. Otro, una vez realizada por el médico encargado del Hospital la selección de heridos, provisto de tijeras y percatado de los cuidados que exigía su misión, se dedicaba exclusivamente a cortar los vendajes de la cura pro-

visional, esterilizaba con éter y yodo las heridas, y dejándolas al descubierto permitía proceder a la anestesia local. Otro practicante instrumentista nos iba preparando el material necesario para cada intervención, valiéndose sencillamente de unas grandes pinzas, con las cuales extraía de las bandejas que contenían los diversos instrumentos en alcohol, colocándolos con otra bandeja previamente flameada para su rápida utilización.

La permanencia en alcohol de 90° del instrumental nos permitía tener siempre en condiciones de utilizarlo, si bien esta labor estaba facilitada por la clasificación en distintas bandejas del instrumental a utilizar; así teníamos bandejas con bisturíes y tijeras-pinzas, pinzas de Kocher, separadores, etc., y una grande, cubierta con tapa de perfecta adaptación, todo el instrumental necesario para una laparotomía.

Así, con otros pormenores que no mencionamos, pudimos realizar en más de una ocasión cuarenta intervenciones en la jornada, incluyendo dos laparotomías, tres craneotomías, una herida de pleura y toda la gama de intervenciones, en las que sistemáticamente hemos practicado la resección de bordes con o sin sutura primitiva, previa resección de esfacelos y superficies de la misma; limpieza quirúrgica tanto más pronunciada cuanto más tiempo había transcurrido desde que cayó herido. Independientemente del libro registro del Hospital y de la ficha colocada a la cabecera del herido, que se archivaba a su evacuación, alta o fallecimiento, nosotros, particularmente, disponíamos de un fichero clasificado por lesiones, con diagnóstico, intervención, período postoperatorio y resultado, como asimismo cualquier otro dato de interés.

Dadas las reducidas dimensiones del edificio destinado a Hospital de sangre, sobre todo del inmueble donde se hallaban asentados los quirófanos, no pudimos disponer de una sala de clasificación y selección para intervenir en orden a la gravedad y al tiempo transcurrido desde que cayeron heridos. Esta clasificación se hacía desde luego, pese a los inconvenientes del lugar

utilizado para ello. Únicamente los más graves, con shock sobre todo, los colocábamos en derredor de la estufa del antequirófano, administrándoles a todos los heridos, con la sola excepción de cavidad abdominal, café con unas gotas de cognac, medida que no sólo cumplía una acción reconfortante y eficaz para la fatiga y depresión, sino que permitía con este motivo entablar cierta confianza y animosidad a los heridos, admitiendo éstos con más docilidad el interrogatorio y la intervención.

En el orden exclusivamente quirúrgico u operatorio poco vamos a decir, por dos razones: porque especificar equivaldría a salirnos del tema, y por otra parte, dada la escasa experiencia que afortunadamente hemos podido recoger; de ahí que fuera aventurado e inocente formular conclusiones o avanzadas de orden científico. Nuestra actuación se ha limitado a poner en práctica lo que a nuestro entender significaba lo más racional, dado el estado actual del arte quirúrgico, compensando la escasez de medios personales, de orden científico y de material con nuestra buena fe y entusiasmo por la cirugía, puesto en estos trágicos momentos al servicio del desvalido.

En ningún caso hemos utilizado la anestesia raquídea ni el evipán sódico, pese a nuestra afición a utilizar estas técnicas anestésicas. La raquianestesia no es un recurso apropiado para el herido de guerra; no sólo por el descenso de la presión sanguínea, sino por el hecho comprobado que el traumatizado de guerra, si no llega al quirófano en estado de shock confirmado, presenta un estado muy parecido, siempre propicio para desencadenarlo. No hemos de olvidar que el ambiente en que actúa: el frío, la mala o deficiente alimentación, el temor, la fatiga, la inquietud, etc., desequilibran su sistema nervioso y aminoran su resistencia orgánica, constituyendo en conjunto todos esos factores una gama de las causas que, aunadas, constituyen el factor genético del shock confirmado. De ahí que los heridos de alguna gravedad que exigen intervenciones de cierta altura no es prudente ni humano intervenirlos con esta modalidad de anestesia, que no impide la sen-

sación táctil y que permite la percepción de ruidos, palabras y movimientos traductores de la grave operación a que se le está sometiendo.

El evipán sódico, como es cierto y sabido, no facilita la resolución muscular, especialmente en la gente joven, según hemos podido confirmar en nuestra práctica.

En los contados casos en que hemos tenido que emplear la anestesia general (laparotomías, amputaciones, etc.), hemos utilizado la anestesia etérea con el aparato de ombredamme, o el cloruro de etilo.

La anestesia local por infiltración constituye, pues, por excelencia la modalidad anestésica a emplear en los heridos de guerra, ya que su proporción de uso respecto a las otras técnicas sobrepasa el 90 por 100.

Los resultados obtenidos personalmente en nuestra práctica civil con la vacuna antiptiógena (especialmente en accidentes del trabajo) nos movieron, desde el primer momento de nuestra actuación en el frente, a emplear esta vacuna de forma sistemática y con carácter preventivo en los heridos de guerra, a no desconocer el peligro que de forma inminente se cierne en esta variedad de heridas: la infección. Unida esta medida profiláctica a la otra sistemática de la resección de bordes y superficies de la herida, la actuación de la vacuna tiene un valor más positivo, una vez reducido (quirúrgicamente) el número de agentes patógenos localizados en las seis primeras horas (como máximo) sobre la superficie de la herida, ya que pasado este período de las seis horas, los gérmenes penetran en los tejidos al extremo de imposibilitar la extirpación de las zonas que los albergan. Es más, la vacuna antiptiógena (como todas) tiene, independientemente de la acción específica sobre los agentes infecciosos, la específica de despertar defensas. Por estas razones, todos los heridos asistidos por nuestro equipo han sido inyectados, además de suero antitetánico y antigangrenoso, con vacuna antiptiógena; Bruchestini, primero, y de Llorente y Peset, después.

Hemos empleado el drenaje lo menos posible, pues al efectuar sistemáticamente

la resección de bordes y superficies cruentas la herida queda prácticamente aséptica, y en estas condiciones el drenaje es, más que una medida profiláctica, un serio peligro para desencadenar la infección.

Cuando se ha utilizado en heridas no cavitarias, lo hemos limitado a un reducido mazo de crines, o a una mecha incluida en Dercusan.

Sólo hemos efectuado dos ligaduras; respondiendo esta escasa frecuencia en nuestra práctica a la facilidad con que los vasos escapan a la acción vulnerante del proyectil.

Fieles a nuestros principios, que nos hacen devotos de la cirugía conservadora, hemos sido parcos en amputaciones, teniendo siempre presente los motivos en que basamos nuestro criterio. Opinamos firmemente que la extensión continua, la limpieza quirúrgica de la herida y las inyecciones profilácticas de sueros y vacunas permiten, con agradables sorpresas, la conservación de miembros que en los primeros momentos aconsejan la amputación.

En las craneotomías realizadas por heridas de guerra no hemos utilizado el trépano. Las características de estas heridas no suelen exigir la acción perforadora quirúrgica, por ser precisamente el proyectil el que labra en su acción destructiva la puerta de entrada. Con la pinza-gubia y el escoplo hemos llenado la indicación operatoria, hasta en los dos casos en que sólo apreciamos hundimiento de la caja ósea.

Hemos podido entresacar de nuestra modesta estadística la relativa benignidad, o mejor, la escasa mortalidad de estos heridos operables (ya que las grandes destrucciones de caja ósea y masa encefálica no admiten, pese a una supervivencia absurdamente prolongada en ocasiones, tratamiento alguno). Sin embargo disponemos de varios casos que, pese a la pérdida de masa encefálica y amplio foco de destrucción ósea a la entrada, curaron, con y sin secuelas, consistentes éstas en hemiplejías, que mejoraron notablemente con el ejercicio y la buena voluntad demostrada por los pacientes.

En esta variedad de heridas de cráneo

por arma de fuego se debe ser notablemente conservador. La enorme práctica de la Gran Guerra sirvió a los cirujanos para sentar, como base de tratamiento, el beneficio que reciben estos heridos limitando la intervención a una escrupulosa limpieza mecánica o quirúrgica de las irregularidades óseas y tejidos mortificados, pero respetando (hasta limitar al drenaje o a la aspiración, según Martel) la sustancia cerebral. Así hemos obrado, pareciéndonos racionalísima la argumentación de esta técnica. El no privar al organismo de la defensa local que significa para las meninges las adherencias, formadas automáticamente por éstas en virtud del traumatismo impidiendo o entorpeciendo la difusión de los agentes infecciosos generadores de meningitis fatales, es algo que convence y aconseja obrar en este sentido.

Ante la carencia de apropiados drenajes de cristal, hemos utilizado trozos de caucho y mazos de crines, procurando no dejar en cavidad craneal los extremos de éstos por su acción traumática. A pesar del drenaje, la sutura de partes blandas (si se puede meninges) será lo más completa posible. Hemos empleado siempre la anestesia local.

Hemos visto gran cantidad de heridos de tórax en razón directa a la topografía del terreno, especialmente en los días de ataque.

En los heridos por bala, cuyo proyectil atravesó tórax sin lesionar grandes vasos ni corazón, la curación ha sido la regla, con la simple resección de bordes, reposo, hemostáticos y morfina y vacuna antiptiógena, independientemente del suero anti-neumónico que hemos inyectado profilácticamente en estos heridos.

Las heridas de bala en esta topografía, tan sólo del 5 al 15 por 100 de mortalidad; en cambio las ocasionadas por metralla se eleva al 27 por 100. Nosotros sólo hemos visto cuatro heridos de tórax por metralla: uno que murió, mientras nos disponíamos a intervenirle, víctima de los grandes destrozos en pulmón, más otras heridas en miembros. Otro caso ofrecía una pequeña herida por metralla en cara anterior del hemitórax izquierdo, a nivel de la segunda

costilla con salida por la espalda (tercer espacio intercostal). Los otros dos casos de herida en tórax por metralla fueron de escasa profundidad; bastó la sutura hecha por espacio intercostal de pleura parietal con agujas curvas pequeñas para que curasen sin complicación alguna.

Hemos tenido especial interés en no evacuar estos heridos, colocándolos en posición mediosentada y siempre bajo el especial cuidado del internista del equipo.

Pocas topografías orgánicas como ésta exigen en orden a la terapéutica quirúrgica de sus lesiones de guerra un estudio más minucioso y ecuánime de las indicaciones operatorias. En ausencia de los grandes síntomas hemorrágicos y asfícticos, la expectación será la regla, la punción, el barómetro indicador del pronóstico y la radiografía indispensable e inexcusable para intervenir racionalmente.

No hemos apreciado complicaciones primitivas de pleura: hemotórax ni pleuresías, pues el enfisema, cuya intensidad tan varia ha llegado en ocasiones a extenderse a casi todo el cuerpo, ha cedido en todos los casos en períodos más o menos largos.

Las hemoptisis las hemos apreciado siempre en forma sistemática en todos los heridos de tórax, con pequeña y mediana intensidad, nunca intensas, ya que éstas son las que determinan la mortalidad en los primeros momentos de ocurrir la herida. Con reposo y hemostáticos hemos visto desaparecer todas las hemoptisis de los heridos hospitalizados; el caso en que más persistió este síntoma fué de diez días, desapareciendo en absoluto.

En las heridas de abdomen, en razón directa a la demora en el traslado a la sala de operaciones desde el campo de batalla, el éxito, la curación ha sido excepcional, y si tuviéramos que opinar por esta modesta experiencia personal, no llegaríamos ciertamente al abstencionismo, pero sí nos explicaríamos aquel criterio, basado en la mortalidad, que en pasadas guerras decidió por la abstención operatoria.

Por término medio no hemos intervenido antes de las seis horas, algunos a las ocho horas y sólo un caso a las dos horas de

haber recibido la herida (caso que sin ser mortal de forma inmediata sí lo era en un plazo más o menos largo, ya que la herida que padecía interesaba el ángulo cólico derecho; era una verdadera quemadura de este segmento intestinal, que había destruído capas musculares y la mucosa emergía de la superficie intestinal con el peligro fulminante de rasgarse). Intervenido con la precocidad que significaban las dos horas curó sin contratiempo alguno.

El otro caso (mencionado por nuestro querido amigo y compañero de equipo, doctor Mario Jiménez, en su conferencia) también se salvó, pese a sus 14 perforaciones intestinales y sección de apéndice. Mucho nos ha hecho meditar este caso, intervenido, naturalmente, con el mismo cuidado e interés que los otros que no pudieron salvarse. La explicación debe hallarse en la resistencia individual y en la indudable cortedad del período postraumático, ya que este individuo fué herido en la misma carretera y ello debió facilitar la rápida evacuación al Hospital, donde lo intervenimos.

Hemos observado (hecho que nos manifiestan otros compañeros cirujanos del frente) que no todos los operados por perforaciones intestinales mueren en medio del cuadro clásico de peritonitis; es más, creemos poder afirmar que la mayoría de estos operados mueren con ausencia de los síntomas o síndrome característico de peritonitis. Fallecen dentro de un cuadro de toxemia por insuficiencia hepática.

En todos los casos con perforación intestinal hemos colocado como desagüe un grueso tubo de goma rodeado de gasa. No hemos lavado cavidad abdominal con ninguna clase de líquidos antisépticos. Nos hemos limitado a pasar una gasa empapada de éter en derredor de la perforación, antes y después de suturarla.

Hemos intervenido un caso con estallido de riñón. El mismo proyectil que determinó dos grandes perforaciones en colon (por estallido, como suelen ser las de intestino grueso), seccionó vena renal y borde interno de riñón izquierdo. Pese a la rapidez en la nefrectomía por vía abdominal, el enfermo murió por anemia aguda.

También queremos mencionar un caso por bala que atravesó ambos muslos y testículos. Curó con la simple resección de bordes en muslo y bolsas. La pronunciada orquitis que padeció varios días cedió, hasta su completa curación, mediante fomentaciones e inyecciones sucesivas de vacuna antiplágica.

La exposición de algunas historias clínicas completaría, dentro de su modestia, este trabajo, pero sería extraviar la pauta impuesta de carácter general, si bien no hemos podido ceder a la tentación de mencionar, bien que a la ligera, los casos que consideramos de mayor interés.

V. L. Borchtchevsky (Ukrania U. R. S. S.)—**Empleo de los paquetes individuales de profilaxia antivenérea en los barcos de la Marina del Mar Negro.**—*Profilaktichina medicina*, 1935, núm. 1, página 40.

A bordo de varias unidades de la Marina del Mar Negro, la tripulación ha sido sometida a la profilaxia antivenérea comprendiendo la fricción con la pomada de Metchnikovfy y la instilación intrauretral de una solución de protargol al 10 por 100, inmediatamente después de las relaciones sexuales. Sin embargo este método sólo puede practicarse por un médico o su ayudante, y por consiguiente no puede realizarse en las embarcaciones pequeñas que no llevan personal médico. En estos casos, el dispensario de la Oficina de Higiene de la Marina (Odessa) distribuye a los marinos paquetes individuales encerrando de 15 a 20 grs. de pomada de Gauducheau, una espátula y algodón. La pomada se prepara según la siguiente fórmula: cianuro de mercurio, 0'1 grs.; timol, 1'75 grs.; calomel, 25 grs.; vaselina, 84 grs. y lanolina, 74'25 grs. Las instrucciones impresas que acompañan al paquete recomiendan el empleo de la pomada antes y después de las relaciones sexuales como medio profiláctico contra la blenorragia y la sífilis. Entre 1929-1932, 3.184 paquetes se han distribuido. El personal médico, así como la administración de varios barcos, han comprobado la desaparición de las infecciones ve-

néreas desde que se ha aplicado esta profilaxia individual, mientras que ciertos casos de estas enfermedades se han señalado en los mismos barcos en sujetos que no habían seguido el método. Los médicos sólo han observado dos casos de enfermedad (blenorragia), a pesar de la profilaxia, y el autor los atribuye a errores en la aplicación de la pomada. Por todo ello se pronuncia a favor de la profilaxia individual en la Marina por medio de la pomada de Gauducheau.

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

Sesión del 14 de marzo de 1937.

Doctor Gutiérrez Guijarro.—Comienza diciendo que si no de gran importancia como entidades clínicas, tiene una serie de casos verdaderamente curiosos, que referirá brevemente.

Uno de ellos es un herido de bala en el codo izquierdo, con fractura y retención del proyectil «por delante de la fractura y sin casi deformación de la bala», esto es, lesión producida cuando el proyectil llevaba ya muy escasa fuerza viva. El caso es que la posición del mismo determinó, aparte de los síntomas de fractura, un síndrome de compresión neurovascular muy intenso en todo el antebrazo y mano correspondiente y que desaparecieron totalmente al extraer la bala.

En otro caso, también de fractura doble de los huesos del antebrazo, pero en el que la bala debía llevar una gran fuerza, ocurrió, además del efecto explosivo en los fragmentos, una rotación total circunferencial de las partes supra e infrafracturarias, de modo que el cúbito correspondía a radio y el radio a cúbito. Presenta las radiografías. Terapéuticamente se logró una reducción satisfactoria.

Presenta luego otro en que un balazo en diagonal había fracturado los cuatro metacarpianos de los cuatro dedos de la mano y en que la reducción se logró casi perfecta —enseña también la placa radiográfica— por extensión alámbrica de cada

dedo a un redondel de alambre fijo en el antebrazo por dos vendas de yeso y que rodeaba la mano.

De verdadera curiosidad puede considerarse este otro caso: se trata de un sujeto que ha sufrido un volteo por bomba de aviación, sin herida externa alguna. En vista de un enorme enfisema de todo el hemitórax derecho se creyó en un estallido o rasgadura del pulmón correspondiente por la hiperpresión brusca del aire, pero una radiografía —que también presenta— demostró que lo que había en efecto eran tres fracturas dobles y casi simétricas de las 3.^a, 4.^a y 5.^a costillas derechas. Queda a discutir la fisiología patológica de esta lesión, que él cree producida por el choque que el individuo sufrió contra el suelo. Esto, desde luego, explica por ejemplo todas las fracturas posteriores de las costillas (el individuo cayó de espaldas), no así las anteriores, que pueden ser debidas a una irradiación o contragolpe o bien al golpe neumático del aire de explosión. Estas dudas las suscita sobre todo la simetría correlativa y respectiva de las seis fracturas.

Este herido, tratado con vendaje amplio de esparadrapo, quedó muy bien, y así sigue. En cuanto al enfisema se reabsorbe también normalmente. Es extraordinariamente notable la placa radiográfica.

Por último, presenta un trozo de madera rectangular, de 2'5 por 9 centímetros y medio centímetro de espesor, que extrajo de un muslo de un herido. Este sujeto estaba trabajando en un taller de carpintería cuando cayó allí una bomba de aviación, y habiendo resultado ileso de la metralla fué herido por ese trozo de madera, que no era otra cosa que un fragmento de marco de ventana.

El único caso de muerte que ha tenido en estos últimos 15 días corresponde a un laparotomizado, en el que suturó cuatro perforaciones de intestino y una del colon. La herida iba del hemitórax derecho a la fosa ilíaca izquierda. Cree que la muerte debió ser producida por alguna reacción o lesión mediastínica, pues el cuadro abdominal fué siempre bueno y la muerte sólo sobrevino al quinto día.

Doctor Cienfuegos.—Presenta los casos más interesantes del Servicio del doctor Resa. Son seis en total.

Un caso de herida superficial de metralla en la cara y hombro derecho, que después de unas primeras horas sin novedad presentó por la tarde del tercer día un cuadro de meningitis aguda con gran cefalea y rigidez de nuca, falleciendo al quinto día. Son interesantes los análisis que dieron en el líquido céfalorraquídeo (medianamente turbio), un 0'70 por 1.000 de albúmina, intensa reacción positiva de Pandy y Nonne y 194 células (con 85 polinucleares), *sin gérmenes y con Wassermann y reacciones complementarias intensamente positivas.*

Dos casos de herida de cerebro, con fracturas correspondientes, los dos salvados e incluso uno evacuado ya. Sus cursos clínicos fueron completamente opuestos, ya que uno evolucionó siempre a base de pulso lento y reacciones de compresión (hemiplejías e incontinencia de esfínteres, recuperadas en parte la primera y del todo las incontinencias) y el otro a base de pulso siempre rápido y reacciones de meningismo, que se trató con suero hipertónico intravenoso y purgantes salinos (el líquido céfalorraquídeo resultó limpio y *con poca tensión*).

Otro, herido de metralla en la región pudenda posterior, con la herida comunicante con el recto, y que ha curado bien y sin complicaciones a base de lavados por la herida (que al principio salían por el recto y que fué lo que precisó el diagnóstico, confirmado luego por rectoscopia).

Un caso de enormes destrozos en las masas musculares de los flexores del antebrazo, cuya retracción ulterior se está ahora tratando de evitar con férulas de posición correctoras en hiperextensión.

Y finalmente, otro herido ya antiguo en la sala, afecto de una paraplejía por lesión medular que hasta ahora no se había podido precisar. El hecho de observar una tendencia a mejorar en la sensibilidad táctil y térmica indujo a repetir las radiografías, que al fin, en una prueba muy buena, dejaron ver dos fracturas de las apófisis

transversas costiformes del lado derecho de las vértebras 11 y 12 dorsales.

Este herido ahora se laminectomizará y tiene el interés clínico de exploración de ver cómo las radiografías en estas regiones profundas y de mala visibilidad no deben escatimarse, ya que, al fin y al cabo, son la llave del diagnóstico exacto.

Sesión del 21 de marzo de 1937.

Doctor Lluésma Uranga.—Durante la semana anterior ha habido poco movimiento en las clínicas de su cargo. No obstante, cree de interés referir algunas particularidades sobre algunos casos.

Son éstos: dos casos de cráneo, dos de tórax y uno de rodilla con proyectil retenido. El primero de cráneo llegó tan mal que impuso desde el primer momento una conducta de abstención total; en un estado muy grave transcurrió cinco días con cefaleas, agitación y amaurosis completa (el balazo tenía entrada y salida e iba oblicuamente de arriba abajo y de derecha a izquierda en plena escama occipital, con una separación entre ambos orificios de unos 15 centímetros). Después ha empezado a mejorar rápidamente con recuperación de la visión.

El otro caso de cráneo es hasta cierto punto parecido. También es una herida occipital, con mal estado general, amaurosis y recuperación ulterior. Se caracteriza, sin embargo, por no presentar orificio de salida. Practicada una radiografía nos encontramos con un hallazgo extraordinario. En plena masa cerebral, y en el límite de la corteza occipital por debajo del hueso, hay dos trozos de metralla.

El problema, pues, se plantea aquí desde el punto de vista de intervenir o no y de qué manera. Pide su opinión a los demás compañeros.

Los dos casos de tórax vienen a sumarse a la ya larga lista de los que hemos tratado en esta localización. Uno de ellos presentaba el orificio de entrada cuatro traveses de dedo por debajo de la clavícula en la línea mamilar y la salida inmediatamente por debajo del vértice de la escápula del mismo lado (?). Con el reposo en

posición sentada, la morfina y el vendaje suavemente compresivo este enfermo lleva un curso excelente, que no cree oscurecerá ni el enfisema, relativamente considerable, ni los esputos hemoptoicos (pocos).

El otro tiene un trayecto de lesión verdaderamente complejo. Seguramente el disparo le fué hecho desde un lugar elevado y relativamente próximo. La entrada de la bala es por el tercio mediosuperior cara externa del brazo derecho, salida un poco más abajo por la cara interna del mismo brazo (con fractura del húmero), nueva entrada en el centro del hemitórax derecho (línea axilar) —hay enfisema subcutáneo, cianosis, disnea y algunos esputos hemoptoicos— y salida final por el centro del hiopocondrio izquierdo —hacia el plano dorsal— (con hematuria total ligera durante cuarenta y ocho horas, seguramente por contusión del riñón izquierdo). Este herido también se encuentra bien del todo, al punto que al quinto día le ha puesto un aeroplano de yeso para la fractura del brazo, con amplio chaleco, que ha sido muy bien tolerado.

El caso de rodilla prefiere presentarlo el día próximo, ya que entonces tendrá la documentación radiográfica completa.

Doctor M. D'Harcourt.—Presenta al herido de medula de quien ya ha hablado en anteriores sesiones, con una recuperación casi total. A este efecto lo hace andar y evolucionar en diversos sentidos; recuerda algunas particularidades de su historia clínica y exhibe finalmente las radiografías y fotografías del mismo.

De los nuevos casos tiene uno que durante algún tiempo ha sido un problema clínico, y que al final ha venido a parar en un flemón profundo en un brazo, probablemente por la infección de alguna inyección. A pesar de todo, y por la fiebre habida, se le va a hacer una aglutinación y una radiografía de tórax (pulmones).

Además tiene cuatro fracturas de fémur en tratamiento, de tres de ellas no puede hablar aun, pues son recientes; las tiene con tracción de Kirschner y están bien. El otro caso es interesante; muestra la primera radiografía, en la que se ve una

grave fractura supracondílea de fémur con los cóndilos «desparramados». Lo tuvo veinticuatro días con tracción de Kirschner sobre tibia y yeso ulterior. Se ha conseguido un resultado muy aceptable, brillante, si se tiene en cuenta la gravedad del caso (enseña radiografías).

Acerca de la consulta que ha hecho Llesma sobre su caso de cerebro, opina que la conducta que él aconsejaría, dado el excelente estado del herido, sería de abstención total, o a lo más de intentar extraer el proyectil más periférico en atención a posibles repercusiones corticales, y, desde luego, no hacer nada sobre el más profundo.

Finalmente, en cirugía clínica, ha operado dos hernias y dos hemorroides.

Doctor Gutiérrez Guijarro.—Ha tenido cierto movimiento en su Servicio, pues ha registrado veinte ingresos nuevos. No obstante, sólo hay unos pocos interesantes, ya que la mayoría han sido heridas leves de metralla.

Merecen destacarse una fractura supracondílea de húmero por bala con estallido y que es un ejemplo muy demostrativo de lo necesarias que son siempre las dos radiografías en posiciones cruzadas. Así, el caso de referencia apenas mostraba la lesión en la placa de perfil, viéndose en cambio la extensión de la misma en la proyec-

ción de frente. Cree que podrá conseguir un buen éxito funcional, ya que la articulación se halla intacta.

Hay otro caso muy interesante de fractura con enorme estallido del radio por bala muy próximo. Una vez limpia la herida se ve que hay una pérdida de sustancia lo menos en 10 centímetros del citado hueso. Ha puesto un yeso en posición funcional y está practicando una reeducación que parece dará buenos resultados.

Finalmente, refiere el caso de un herido muy grave de metralla con casi amputación del pie, que no obstante su mal estado ha podido conservar más de diez días bastante bien. Sin embargo, hace dos días que ha empezado a presentar signos de mala nutrición. Es de un pronóstico muy dudoso, pues tiene también heridas múltiples de metralla en la cadera y además estado general deficiente (con linfocitosis). Si no mejora en cuarenta y ocho horas habrá que amputar.

Doctor Riosalido.—Presenta varias placas de rodilla y hace una serie de consideraciones acerca de los problemas radiográficos de la localización de cuerpos extraños en esa articulación. Presenta algunas obtenidas sobre chasis curvo y rodilla en flexión de 90°, que visualiza mucho mejor la interlínea.

