

APORTACIONES A LA CIRUGIA DE GUERRA

Patología y clínica de los "tanquistas"

por **ESTANISLAO LLUESMA-URANGA**

Jefe de Equipo Quirúrgico. Ex-Director del Hospital Clínico de Madrid. De Sanidad de Carabineros

El hecho de haber asistido con fortuna a dos tanquistas, en los primeros días de enero (1937), hizo, al recrudecerse los combates de Las Rozas primero y de la Marañosa después, que fueran enviados a nuestro Servicio, sucesivamente, los demás heridos de esta Brigada. Durante el primer trimestre en que dirigimos dicho Hospital asistí a todos los heridos tanquistas del Sector de Madrid, en número total de 21.

Esta cifra no es, sin duda, muy elevada; pero, dentro de un arma de características tan especiales, tiene interés, sobre todo en su estudio de conjunto, por ciertas peculiaridades que vale la pena de comentar.

Contra lo que la profana apariencia parece indicar, los tanquistas heridos lo son de pronóstico favorable, en general, y de escasa consideración. Esto, en cuanto nosotros hemos visto, tiene cierta importancia, ya que, aparte de los ejercicios de maniobra de los distintos ejércitos mundiales, la nuestra es la primera guerra auténtica en que se han empleado sistemáticamente los cañones anti-tanques. En efecto, según es sabido, en la guerra europea, las armas que se emplearon contra los tanques fueron las zanjás en el terreno, las minas subterráneas y las cortinas de incendios. Y de los días de la Revolución rusa quedó el ejemplo de los cazadores de tanques con bombas de mano y cartuchos de dinamita.

El pronóstico favorable a que nos hemos referido antes es, o parece ser, debido, quizá, al hecho de que estos proyectiles (las balas de los cañones ligeros antitanques) deben emplear y perder una gran parte de su fuerza viva al atravesar la pared del tanque, con lo que los pequeños proyectiles secundarios (schrappnell's) quedan con una penetrabilidad muy débil.

Lo cierto es que resultan los siguientes hechos:

1.º Casi todos los tanquistas heridos que hemos visto tenían el proyectil retenido (el 83,3 por 100).

2.º Ninguna de sus heridas presentaba grandes destrozos en el trayecto del proyectil, que era, por el contrario, relativamente regular.

3.º La mayoría de estos heridos llegan en un estado de shock que los hace aparecer como mucho más graves de lo que en realidad están. Shock, a nuestro modo de ver, de un considerable componente psíquico (el 71,4 por 100).

4.º Son relativamente frecuentes las fracturas cerradas, por contusión "dentro del tanque".

5.º Aunque no muy frecuentes, deben considerarse las quemaduras como las lesiones más graves de los tripulantes de los tanques, precisamente por la suma del shock psíquico independiente, aparte de la naturaleza del agente quemante (aceite).

Nuestros 21 casos se descomponen como sigue:

Tres trastornos psíquicos (los tres con fuerte shock inicial): Una afasia transitoria; una sordera con reacciones de ensimismamiento, transitoria también; y una afasia definitiva (histórica).

Dos heridas transfixiantes (las dos con intenso shock inicial): Una que atravesó el pulmón derecho de arriba abajo, saliendo por la celda renal derecha, con cuadro hematórico transitorio, de contusión renal; y una que atravesó las dos piernas y que requirió ulteriormente la amputación de la derecha por gangrena isquémica.

Tres fracturas cerradas (las dos primeras con shock inicial bastante importante): Una fractura del radio derecho; una fractura de la tibia derecha; y una fractura del peroné derecho.

Dos distensiones o esguinces (sin shock): Los dos del tobillo, y sufridos "dentro del tanque".

Diez heridas de metralla (de ellas, las siete primeras con shock de diversas intensidades, y todas ellas con el proyectil retenido): Una en el muslo izquierdo (dos proyectiles); una en las nalgas (tres proyectiles); una en la región lumborrenal derecha, con hematuria de contusión renal (cinco proyectiles); una en las paredes del tórax (tres proyectiles); una en las paredes del abdomen (dos proyectiles); una en el muslo izquierdo y pantorrilla derecha (dos proyectiles); una en el antebrazo derecho y cadera derecha (dos proyectiles); una en la región malar (un proyectil); una en el brazo derecho (un proyectil); y una en el codo izquierdo y escápula izquierda (dos proyectiles, uno de ellos determinante de una fractura supracondílea).

Uno de quemaduras (con shock intensísimo): varias quemaduras de pri-

mero a segundo grado en las mejillas, en ambos antebrazos y en la mano derecha (con fractura cerrada del radio derecho); y otras dos quemaduras más grandes y casi simétricas, de tercer grado, en las caras anteriores de ambos muslos.

Todos estos heridos curaron perfectamente "quo and vitam", con las únicas mutilaciones de la amputación del caso 4.º, de la pérdida de la función articular del codo del caso 20.º, y de la persistencia de la afasia del caso 3.º

Sin duda, la cuestión más interesante por considerar es la de la frecuencia del estado de shock sobreañadido en estos heridos, cuyas lesiones en sí, según acabamos de ver, no guardan, ni mucho menos, la misma proporción de gravedad.

Aparte de la reacción emocional digamos "onnormal", por el hecho de entrar en combate, el calor, el espacio cerrado reducido, la visibilidad limitada y, sobre todo, la violencia y resonancia del ruido en el interior del tanque, deben ser las condiciones determinantes de la irritabilidad y, en último extremo, del agotamiento nervioso de estos soldados.

Esto, sumado uno y otro día, puede llegar a crear cierto estado crónico de insuficiencia suprarrenal, capaz, al añadirse el traumatismo de una herida o contusión en sí de poca importancia, de reforzar el estado de shock con las consiguientes consecuencias pronósticas.

Nótese cómo, por otra parte, el tiempo de actividad de primera línea en los tanques es mucho más reducido que en otros Cuerpos cualesquiera (lo que ya prevén las mismas convocatorias de servicios en esta arma).

De todo ello resulta otra deducción práctica que debemos aprovechar:

Es el considerar que existe toda una serie de sujetos de características constitucionales simpácticotropas, cuyo estudio pudiera sistematizarse en los reconocimientos médicos especiales, como ya se hace, por ejemplo, para los aviadores o submarinistas, aplicables en este caso a los futuros tripulantes de los tanques.

Los individuos que acusaran netamente esta tendencia somático-reaccional deberían ser eliminados de los cuadros de los aspirantes a tanquistas. Exterminando el ejemplo, podríamos decir, a título de esquema, que el basedowiano sería un sujeto tanquista pésimo, y el mixedematoso un sujeto-tanquista óptimo, o bien que debería rechazarse a los adrenófilos, de metabolismo alto, y aceptarse a los adrenófobos, de metabolismo bajo.

La existencia de un reflejo óculo-cardíaco invertido, de un dermografismo anormalmente intenso o rápido, la ausencia de la variación ortoclinostática del pulso, podrían ser excelentes "test" de agrupamiento.

Finalmente, de nuestros estudios sobre esta materia (Estudios de Fisiopatología Neurovegetativa. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1936) recogemos una antigua exploración que hicimos en 1929 y 1930 en las Clínicas del Hospital Provincial de Madrid, acerca de la exploración neurovegetativa de la afectividad, por medio de la inyección intravenosa de adrenalina a altas dosis (0,5 a 1 mgr.). Aquellas observaciones nos condujeron a apreciar que había dos tipos de reacciones bien definidas, que designamos: reacción somática una, y reacción psíquica otra (habiendo asimismo casos mixtos: los "normales"). La reacción somática caracterizada por palpitaciones, dolor de cabeza, angustia nauseosa y, en algún caso, vómitos... "sin sensación de miedo, de pena o de temor". Y la reacción psíquica, con temblor fino, palidez y, sobre todo, "sensación de miedo, pena o temor", llanto y disnea entrecortada en "sollozo".

En este sentido, los sujetos que a la exploración médica previa dieran una reacción "psíquica" a la adrenalinemia provocada, serían en absoluto rechazables entre los aspirantes a futuros tanquistas.

A todo esto puedo aportar un hecho que, aunque sin valor en sí mismo, por tratarse de un solo caso, podría apuntarse como demostración a favor del estado de "agotamiento general adrenalinémico", desencadenante y reforzador del shock en estos heridos.

Una sola vez, entre todos nuestros heridos de guerra (y primer caso que hemos observado), tuvimos ocasión de ver una gangrena isquémica adrenalínica determinada por la anestesia local. Se trataba de un tanquista.

Insistimos en ello: dada su excepción, carece de valor estimativo, aunque no sea menos interesante para situarlo entre la recopilación de datos que en un momento dado se nos pudiera solicitar.