

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

LIEGEOIS (R. S. L.). — **Las afecciones tifoideas en Marruecos.** — *Revue de Santé Militaire*. Sep. de 1937.

Estas afecciones tenían un tipo endémico antes de la ocupación francesa; numerosísimas en los primeros tiempos de la ocupación, fueron paulatinamente aminorando, gracias a las medidas profilácticas y, en especial, la vacunación. En una población total de más de seis millones de habitantes, el número anual de casos habidos en estos últimos años oscila entre cuatrocientos anuales, repartidos por todo el territorio y, en particular, por las ciudades costeras (Casablanca, Rabat).

La vacunación no inmuniza verdaderamente más que a las personas a quienes se les ha aplicado tres o cuatro veces.

La gravedad de los casos de fiebre tifoidea observados en Marruecos, en estos últimos años, ha disminuído sensiblemente, tanto en los vacunados, como en los no sujetos a tratamientos profilácticos. Esta disminución de la gravedad se ha hecho más patente en Rabat y Casablanca.

El paratífico A se ha notado con preferencia en los medios militares de Marruecos.

El paratífico B, en cambio, es raro.

Desde el punto de vista clínico, los casos de tífus marroquí presentan las particularidades siguientes: período de invasión, muy corto y de principios bruscos, frecuencia relativa, en el período de estado, y oscilaciones de la curva térmica caracterizada por una V cuya cima es 39°, sin complicaciones hemorrágicas. Gran frecuencia en recaídas que prolongan la enfermedad, y agravan el pronóstico. Defervescencia muy irregular. Las hemorragias intestinales no se presentan, o se producen raramente, contrastando con los numerosos casos hemorrágicos que se presentan en otras enfermedades marroquíes. Son frecuentes las miocarditis. Cierta posibilidad de presentación de accesos febriles pseudo-palúdicos durante la

convalecencia y que probablemente son recaídas abortadas.

Tales son a grandes rasgos las características de las afecciones tifoideas en Marruecos, que han disminuído considerablemente gracias a la higiene y a la vacunación preventiva.

BLITSTEIN.—**Modificaciones físico-químicas de la sangre, después de las intervenciones quirúrgicas bajo diversos anestésicos. II. La sedimentación globular.** — *Revue belge des Sciences médicales*, t. 9, n.º 4. Abril de 1937, pp. 221-250.

Después de las operaciones quirúrgicas, la velocidad de sedimentación aumenta con gran viveza. El máximo de aceleración se alcanza entre el 5.º y el 7.º día; después, la sedimentación se hace lenta, poco a poco, pero todavía es, durante bastante tiempo, rápida.

En siete operados, el cociente de aceleración con relación al estado preparatorio aumenta alrededor de unas diez veces. En dos enfermos que presentaron sedimentación preoperatoria acelerada, el cociente ha sido de 3 solamente. En los operados comprobados, con modificaciones en las proteínas sanguíneas, no se ha encontrado paralelismo entre estas variaciones y las de velocidad de sedimentación.

En el perro, la simple toma de sangre provoca una aceleración de la velocidad de sedimentación. Después de la anestesia, la aceleración es muy grande, y es mucho más pronunciada cuando se hace una incisión para poner al descubierto una vena. El paralelismo entre el cambio de velocidad de sedimentación y el de las tasas de proteínas es más neto. El autor concluye diciendo que la velocidad de sedimentación globular aumenta cuando se produce un trastorno del estado coloidal de la sangre, siendo, por tanto, la aceleración de velocidad de sedimentación, el mejor signo para revelar un trastorno coloidal en los humores.

MADINAVEITIA (J. M.). — **Cirugía de vientre.** — *La voz de la Sanidad*, n.º 2; 1938.

Es poco frecuente que nos lleguen los heridos de metralla con eventración en buenas condiciones, ya que casi siempre la pérdida de sangre, el tratamiento tan brutal, etc., les hace quedar en shock. Sin embargo, nosotros tenemos como norma el ponernos inmediatamente a operarlos, aunque vengan sin pulso.

Este proceder, que nos ha valido múltiples críticas, ya que en principio se debiera esperar a que reaccionara algo el enfermo, con inyecciones, etc., lo creemos justificado, como hemos podido comprobar repetidas veces.

A un herido que traía una herida de metralla en el vacío izquierdo, con eventración del colon descendente, que estaba desgarrado, le hicimos limpieza con éter, incinimos, prolongando algo la herida; suturamos la rasgadura cólica y cerramos por planos.

Durante la operación se le puso, gota a gota, 300 c. c. de suero glucosado y 300 c. c. de suero fisiológico en vena.

Siguió su curso normal, siendo dado de alta a los 15 días.

Como éste podríamos citar otros casos que han salido adelante. Esto no quiere decir que sistemáticamente tengan que salvarse todos, ni mucho menos; pero creemos preferible operarlos rápidamente, antes de que su contenido intestinal pueda salir, en mayor cantidad, al peritoneo, y antes de que su peritonitis, que siempre tienen, pueda hacerse más palpable.

Ahora bien, durante un ataque, tenemos con frecuencia que seleccionar los heridos para operar, pues no podemos dejar los que tengan muchas probabilidades de salvarse, por acudir a aquellos que no las tienen. En estos casos es en los que tenemos que pesar mucho y repesar los éxitos y fracasos, midiéndonlos con gran exactitud para no perder una vida que pudiéramos ganar. Para esto es para lo que hace falta mayor cuidado en el cirujano y mayor exactitud en los juicios. Nosotros, que nunca dejamos estos datos a la memoria, pasamos y repasamos nuestras cifras en las épocas de reposo, haciendo, como muy bien decía mi malogrado maestro

Pauchet, escrupulosamente el recuento de los fallecidos y el estudio de sus causas. Enseña muchas veces más un fracaso que varios éxitos.

La selección del orden para operar es lo que más nos aterra siempre. No quedamos nunca conformes de la que nos hacen los ayudantes ni de la que hacemos nosotros mismos. Es menester estudiarlos bien y contrapesar, con espíritu tranquilo, pero rápido, el pro y el contra de cada caso; aun así, siempre queda el remordimiento de si se hubiera hecho mejor anteponiendo éste o aquel caso.

En estos casos de shock suelo preferir las inyecciones en vena, gota a gota, a las transfusiones, por tener observado, en mis numerosas transfusiones, la frecuencia con que suelen decaer muchos pacientes en las pocas horas consecutivas a ellas.

Tanto el suero fisiológico, pero aún más el glucosado, eleva con bastante rapidez el tono de estos heridos. No solemos pasar de los 600 c. c., por temor a que sea una masa líquida excesiva. Bien es verdad que la inyección de 60 a 80 gotas por minuto se tolera muy bien y su eliminación por riñón se hace bastante rápida.

Carecemos de experiencia del suero gelatinizado.

En nuestra práctica de antes de la guerra hemos seguido estas inyecciones venosas después de las resecciones gástricas, en los casos de pérdida de sangre abundante y en los de colorragias. Habiendo podido comprobar la desaparición de la sed del paciente, un aumento de tensión vascular y la no aparición de la acetona, tan frecuente en los operados de vientre, dentro de los primeros días.

También con frecuencia, cuando no se requiere acción tan rápida, solemos poner estos sueros por vía rectal, gota a gota, para su mejor absorción.

En el caso de la Cuesta de la Reina hago constar lo pronto que dimos alcohol al operado por vía bucal. Es una práctica que también tenemos desde antes de la guerra, viendo lo mal que se ponen los operados de vientre habituados al alcohol y a los que por la operación se les priva de la bebida.

Nos llegan estos heridos, que pudiéramos llamar alcohólicos en grado no elevado, pi-diéndonos coñac. Como es natural, no se les

da; pero una vez operados, muchas veces antes de pasada la paresia intestinal, les mando dar alcohol. Es un veneno necesario, pues de lo contrario se ponen, no tan mal como los morfinómanos, pero sí en un estado general bastante deplorable, que suele desaparecer bien con estas ingestiones de alcohol.

No he seguido la práctica de ponerles inyecciones de preparados de alcohol, por dudar de que les haga mejor efecto, y, además, por pensar que también al tomarlo por la boca se les levanta la moral a estos heridos.

¿Con qué se debe hacer la limpieza de estas eventraciones, cuando llegan?

Hemos seguido sistemáticamente la costumbre de limpiarlos con éter, pero teniendo la idea de que, si bien es verdad que con éter se arrastra mucho mejor la suciedad, ya que ablanda la sangre desecada, también es cierto que al evaporarse suele enfriar mucho las vísceras, ya de por sí demasiado traumatizadas.

Por esta razón, solemos ahora limpiar las heridas con suero fisiológico, y cuando lo juzgamos necesario con éter.

Vemos con agrado que todos estos heridos nos han llegado siempre sin haber sido tocados con iodo en el intestino ni en sus márgenes. Con un magnífico criterio, los médicos de batallón que por delante teníamos se han limitado siempre a cubrir la masa eventrada con unas gasas, poner una venda comprimiéndola y dejarlo todo quieto. Así nos llegan muchas veces, con tierra, etc., que es muy preferible limpiarles cuidadosamente en el quirófano, donde, por mucha prisa que tengamos, siempre, tanto el instrumental como todo el material, reúne condiciones de asepsia mucho mayores, como es lógico comprender.

Sin embargo, es muy frecuente que no curen estos heridos de primera intención, a pesar de resecar los bordes de la herida hasta tejido sano, etc.

No es sólo el magullamiento de los tejidos lo que produce la mala cicatrización; es también la cantidad de gérmenes que han de pulular en el peritoneo, cuando estos intestinos rotos viertan su contenido en él.

Nosotros, como siempre digo, no deja-

mos nunca drenajes, pero tampoco con ellos se consigue evitar la cicatrización por segunda intención. Ocurre como en las apendicitis supuradas, en las cuales los médicos no enterados se admiran de las cicatrizaciones tan defectuosas que quedan.

No somos nosotros los que llevamos los gérmenes, sino que son ellos los que, desde dentro del peritoneo, emigran por la cicatriz, o, al sacarse la parte supurada, deja residuos en las paredes cicatriciales.

Cuando el ataque de Guadalajara (marzo de 1937), controlamos cuidadosamente todos nuestros operados de vientre, viendo que casi todos cicatrizaron de primera intención. Tan sólo un caso presentó una supuración abundante de la cicatriz, por lo que a continuación lo reseñaremos. Los demás, que cicatrizaron de segunda intención, fué sólo por supuración de algún punto aislado y sólo de piel, sin llegar nunca al peritoneo.

El caso a que nos referíamos es el siguiente: un herido de metralla en línea mamilar derecha, junto al borde costal, con una salida por línea mamilar izquierda un poco más abajo y otra por línea alba.

Operación con anestesia. Incisión siguiendo la cicatriz, y, por lo tanto, atípica, casi transversal. Encontramos un túnel hecho por la metralla, el cual atraviesa la piel, capa muscular, cara anterior del lóbulo izquierdo del hígado, y falta un trozo de la cara anterior gástrica (mucosa inclusive). Dentro del túnel encontramos trozos del traje, etc. Hacemos limpieza de todo, suturamos el hígado, lo mejor posible, refrescando los bordes, y lo mismo hacemos con el estómago. Con grandes dificultades rehacemos el peritoneo parietal y la pared abdominal. Tiene mucha sangre en el peritoneo, que dejamos.

Durante las 48 primeras horas tuvo algún vómito. Luego marcha normal hasta el quinto día, en que supura toda la cicatriz, saltando los puntos. La sutura muscular se mantiene, y, por lo tanto, no alcanza el peritoneo.

El día 15 es dado de alta con la cicatriz casi del todo cerrada, por ser evacuado a Levante, de donde me dicen, un mes más tarde, que abandonó el hospital, completamente restablecido.