

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

SARASOLA. — **Efectos de los proyectiles empleados por el enemigo en las últimas operaciones.** — *La Voz de la Sanidad*, n.º 4.

Durante los últimos días hemos observado unas heridas de arma de fuego que presentan unas lesiones de tal naturaleza e intensidad, que hasta la fecha no habían sido vistas. Como ejemplos elocuentes citaremos unos cuantos casos, recogidos de nuestro fichero en la última campaña.

I. — Soldado: Con una herida anfractuosa, del tamaño aproximado de una moneda de diez céntimos, en el flanco dorsal derecho, sin salida. Hallazgo operatorio, desgarrado de la piel, partes blandas subcutáneas; el proyectil atraviesa el dorsal ancho, los oblicuos mayor y menor, el transverso, la fascia lata y el peritoneo. Dentro de la cavidad abdominal, escasa hemorragia; desgarrado de la cintilla muscular del colon transversal en una extensión de unos seis centímetros. El cuerpo extraño — la camisa deformada de una bala — lo hallamos alojado en la cavidad libre del intestino grueso. Este cuerpo extraño, que pesará aproximadamente un gramo, se ha conservado como objeto de estudio.

II. — Soldado: Nos encontramos, a lo largo del flanco izquierdo (hemitórax y tronco), un surco labrado por el proyectil, oblicuo de arriba abajo y de atrás adelante, de unos dieciséis centímetros de longitud, y cuyos caracteres anatomopatológicos corresponden más bien a los de una quemadura térmica de tercer grado; los bordes carbonizados y el fondo calcinado. El propio proyectil segó la piel y tejido celular subcutáneo de la cara anterior del muslo del mismo lado, con características de quemadura térmica de primer grado.

III. — Teniente: Herida con orificio de entrada en la pared costal izquierda, a nivel del 9.º espacio intercostal, en el punto de

su intersección con la línea axilar media, observando la eventración del epíplon mayor. Intervención (A. G. E.). Incisión simétrica a la que se utiliza clásicamente por la colecistectomía. Hallazgo: Desgarro de la cara anterior del estómago — brecha del tamaño aproximado de una moneda de cinco pesetas — a unos seis centímetros del fondo de la curvatura mayor; otra en la anterior, de un tamaño menor, a dos centímetros de la implantación del meso. Ambas con bordes anfractuosos. El proyectil sigue su trayecto, desgarrando de arriba abajo todo el colon descendente y dejándolo abierto en canal; a la altura del comienzo del sigma (estrecho superior de la pelvis) está segado transversal e íntegramente todo el intestino grueso. Copiosa hemorragia, que calculamos aproximadamente en unos tres litros. Ni qué decir tiene que este herido falleció antes de finalizar la intervención.

IV. — H. a. f., con orificio de entrada en la región dorso-lumbar derecha, sin salida. Sintomatología de abdomen agudo. Intervención, laparotomía paramedial. Hallazgo. Derrame hemorrágico retroperitoneal, que desgarró el peritoneo posterior en su pliegue del mesocolon ascendente. Abierta, disociándola, la celda renal, nos hallamos con una copiosa hemorragia parenquimatosa. Se comprimen con los dedos los vasos del pedículo renal. Reconocido, a cielo abierto, se observa la existencia de una sección anfractuosa y transversal del riñón derecho hasta la cavidad de la pelvis. Nefrectomía por vía abdominal. Sutura de cierre del peritoneo parietal posterior. El proyectil anidaba en el cuerpo de la tercera lumbar con fractura conminuta del mismo. El paciente fallece a las cinco horas de la intervención.

CONSIDERACIONES

Estos y otros casos, análogos en sus terribles lesiones, presentan los siguientes caracteres anatomopatológicos comunes: dehiscencia de los planos constituyentes de las paredes intestinales de tal intensidad, que en

la mayoría de las circunstancias no es posible identificarlos aisladamente. También es típica la naturaleza lesional de la serosa, pues por ser tan irregular y extensa no permite su sutura, sino a gran distancia—de dos a cuatro centímetros—de los bordes de la mucosa, y aun así corriendo el riesgo de desgarrarla.

Son también peculiares las lesiones de los vasos; y así observamos, especialmente en los casos en los cuales la dirección del proyectil es tangencial, que los planos blandos y musculares presentan en sus intersticios aponeuróticos respectivos desgarros vasculares tan extensos, que no sólo condicionan hemorragias en sábana, cuya extensión se distancia a veces hasta veinte y más centímetros del lugar de la sección, sino también, y como secuela, la atonía más o menos total de los músculos; especialmente los anchos y largos del dorso y abdomen.

No hacemos constar la intensidad y naturaleza de las lesiones vasculares; tan sólo, y para dar una idea de su gravedad, testimoniamos que en tres de nuestros heridos fué la causa primordial de su muerte (vena cólica izquierda, arteria pancreátoduodenal, vena ilíaca primitiva).

Y si ahora comparamos la naturaleza de las lesiones observadas en esta campaña con las que estudiamos en otra ofensiva de análoga intensidad en el pasado año (frente del Jarama), podemos deducir las siguientes aseveraciones: El tipo lesional de la campaña del 37 se caracterizaba, primordialmente, por la benignidad de las alteraciones patológicas en los orificios de entrada, de dimensiones menores que las del proyectil causal. En análoga escala ocurría con las perforaciones viscerales (intestino, estómago, etcétera). Aunque múltiples y complejas, en muchos casos, la labor profesional era más agradecida; los proyectiles, de punta aguda, perforaban y segaban limpiamente, por lo que, en consecuencia, permitían un reconocimiento más preciso y, por tanto, un tratamiento más asequible y rápido. Por el contrario, en la última campaña, la naturaleza e intensidad patológica de las lesiones ha sido tan cruenta, que la mortalidad, en una supuesta igualdad de condiciones, ha aumentado considerablemente.

No tenemos por qué ocultar que la es-

tadística que hemos recogido en las últimas semanas sobrepasa a todas las que hemos registrado hasta la fecha. Ello no se puede achacar a la falta de suficiente personal facultativo ni a otros factores indirectos. Basta tan sólo, y por desgracia es bien elocuente, el observar las características de los proyectiles utilizados en esta campaña, para ver justificadas las aseveraciones que hemos expuesto en la presente nota clínica.

HUGO VICUÑA. — La Sulfanilamida en el tratamiento de la gonorrea. — *Revista de Sanidad Naval*. Valparaíso, número 21, 1937.

Según nuestras referencias, el tratamiento por la Sulfanilamida estaría indicado en todos los casos de gonorrea aguda, así en los simples como en los complicados; sabemos de un caso de prostatitis aguda intensísima, con grandes probabilidades de llegar a la formación de un absceso, que se redujo totalmente en tres días de este tratamiento; otro tanto sucedería en las epididimitis, etc. Por nuestra parte, a fin de llevar un cierto método de observación, nos hemos limitado hasta ahora a aplicarlo sólo en casos de uretritis simple, anterior y total. En un grupo de 15 enfermos de esta naturaleza, seguidos en su evolución diaria con exámenes microscópicos, la mejoría subjetiva y objetiva ha sido inmediata: desaparición completa de toda molestia dolorosa o ardor miccional (en un caso de cistitis incipiente, el tenesmo y la poliaquiuria cedieron con igual rapidez), disminución y fluidificación progresivas del flujo purulento, que desaparece del 3.º al 6.º día, según los casos. Las tinciones revelan desde el primer día una disminución evidente y luego ausencia del gonococo y de flora banal con persistencia de glóbulos de pus y pronta aparición de elementos descamativos y abundante mucus. Las orinas aclaran rápidamente y muy pronto sólo se encuentra una nubécula mucosa en el primer vaso.

Como se comprende, a fin de evitar cualquier error de apreciación, el tratamiento de estos enfermos por la Sulfanilamida ha sido exclusivo; hemos prescindido

totalmente de los lavados y de todo otro recurso terapéutico.

Dosificación. — En julio de 1937, época en la que tuvimos una noticia muy sumaria de este tratamiento, lo aplicamos en algunos enfermos a dosis que llegaron hasta cuatro tabletas de Sulfanilamida al día, a lo más. No tuvimos resultado alguno y lo abandonamos totalmente. En diciembre del mismo año, en la Clínica del profesor Bisquertt, nos impusimos de los espléndidos resultados obtenidos con dosis mucho mayores que, en efecto, nos demostraron su eficacia inmediata tan pronto las aplicamos en nuestros enfermos. Siguiendo esas indicaciones, el tratamiento lo hacemos actualmente, en individuos adultos y de buena constitución física, a dosis de 14 tabletas el primer día, 12 el segundo, 10 el tercero, etc., en tomas repetidas cada cuatro horas.

Segunda cura. — A fin de asegurar los resultados obtenidos en la primera cura, es aconsejable indicar una nueva etapa de tratamiento después del descanso de una semana. Esta segunda cura puede hacerse de 6 a 8 días, a dosis iniciales de 10 u 8 tabletas diarias, progresivamente decrecientes.

Como se comprende, este esquema general que señalamos es sólo un plan de tratamiento que debe ser modificado según los casos individuales, la evolución y naturaleza de la infección, etc., etc.

El corto tiempo transcurrido desde el tratamiento de nuestros primeros enfermos no nos ha permitido hasta el momento hacer en ellos las pruebas indispensables (orino y espermocultivo, gono-reacción) para sentar un juicio fundamentado sobre el valor de estas curaciones clínicas inmediatas. Nos proponemos, por cierto, hacerlas oportunamente.

Intolerancias y accidentes. — Si se considera que la Sulfanilamida es susceptible de provocar diversos malestares y accidentes (náuseas, cefaleas, fiebre, acidosis, cianosis, anemia aguda hemolítica, cuadros de agranulocitosis, etc.), se comprende que su administración a las altas dosis a que es ne-

cesario llegar en gonorrea no es en absoluto inocua y que conviene, por lo tanto, tomar las debidas precauciones, sobre todo si el paciente no está hospitalizado.

En espera de mayores datos y experiencias, creemos que por el momento su aplicación debe ser restringida a individuos bien constituidos, con una evidente normalidad de sus emunctorios. Las condiciones de sexo y edad son, naturalmente, factores que deben ser tomados en cuenta al prescribir y dosificar este tratamiento.

De los 15 enfermos que hemos tratado, dos han acusado molestias que atribuimos al tratamiento: uno de ellos acusó náuseas e inapetencia; cedieron fácilmente a la simple suspensión del medicamento por 24 horas; el otro, al cuarto día, presenta sensación de cansancio y falta de aire (ahogos) motivada por marchas o ejercicios hasta entonces bien tolerados; se suspendió el tratamiento y, entre otras investigaciones negativas se pidió un examen hematológico cuyo resultado es el siguiente:

Glóbulos rojos: 4.370.000; blancos: 6.600.
Hemoglobina: 103 %; valor globular, 1,17.

Mielocitos	0 %
Juveniles	1 %
Baciliformes	25 %
Segmentados	48 %
Linfocitos	14 %
Monocitos	12 %
Eosinófilos	0 %
Basófilos	0 %

Aparte de los 15 casos que constituyen la pequeña casuística que comentamos, hemos tratado dos casos de vulvo-vaginitis neisserianas en chicas de 2 y 6 años; las dosis iniciales por día han sido de 3 y 6 tabletas respectivamente y no han causado molestias ni accidente alguno; los resultados, en cambio, han sido admirables; pero no los incluimos en las observaciones que motivan esta presentación por cuanto, además de la Sulfanilamida, hemos hecho en ambas chicas foliculinoterapia, preconizada con mucho entusiasmo en el tratamiento de las vulvo-vaginitis infantiles.

BOYER (L.). — **Conservación de la sangre destinada a las reacciones del tipo Bordet-Wassermann.** — *Annales des Maladies Vénéériennes*, N.º 7. Agosto de 1937.

El autor ha realizado severas investigaciones experimentales tendientes a encontrar un procedimiento que permita proteger la sangre destinada a exámenes serológicos contra la pululación de gérmenes que puedan modificar el complejo sérico y, consecuentemente, los resultados de estos exámenes. De las diversas sustancias que ha estudiado, deduce que sólo el sulfato neutro de oxiquinoleína demuestra tener el poder infertilizante suficiente y no desarrollar ninguna acción que perturbe los resultados de las reacciones de tipo Bordet-Wassermann. Basta agregar a la sangre recién extraída el sulfato neutro de oxiquinoleína en proporción de uno por cinco o por diez mil, o sea, 2 ó 1 miligramo por cada 10 c. c. de sangre, para protegerla de toda pululación microbiana y permitir practicar las reacciones Wassermann en condiciones normales, aún bastante tiempo después de hecha la extracción.

MADINAVEITIA. — **Consejos de un cirujano.** — *La Voz de la Sanidad*, número 4.

Es verdad que la mayoría de las veces nos llegan los heridos a los hospitales del frente magníficamente tratados por los médicos de batallón. Sin embargo, aún recibimos algunos heridos con mechas metidas en los orificios que produjeron la bala o la metralla.

Pongo yo especial cuidado, cuando esto me ocurre, de que se le haga saber al médico de batallón los inconvenientes que reporta toda gasa introducida en una herida.

Cuando llega un herido sangrando, si le introducimos una gasa en la herida y con ella le hacemos compresión, solemos conseguir que deje de sangrar, cuando no se trata de la rotura de una arteriola importante. Esta forma de cortar las hemorragias, que parece muy útil, en un principio,

tiene muchos inconvenientes: arrastramos con la gasa todas las porquerías que arrastró la bala o metralla al interior de la cicatriz. Impedimos la salida de la linfa, que tan útil resulta para la limpieza de toda herida. Por otra parte, cuando nosotros quitamos esta mecha, podemos arrancar con ella las partes blandas, que muchas veces son útiles para la cicatrización, y, en cambio, las partes de tela, tierra, etc., que arrastró la bala o la metralla, quedan dentro de la herida sin salir con la gasa.

Estos inconvenientes son así si sacamos pronto la mecha; pero si lo hacemos al cabo de muchas horas o días, por causas imprevistas, estas mechas producen verdaderos destrozos. Nosotros hemos llegado a ver una gangrena provocada por una mecha introducida en la mano, que permaneció en ella varios días, por causa de un bombardeo intenso.

No es menos perjudicial la mecha en períodos ulteriores; pero ya nos ocuparemos en otra ocasión de ello.

Como digo, suelen taponarse las heridas para evitar que sangren, pero esto se puede evitar sin más que comprimir directamente la herida poniendo un vendaje compresor.

Se consigue casi siempre poniendo un par de gasas dobladas, encima un bloque de algodón y vendando fuerte.

Sin embargo, si sangra, por tener rota una arteriola más o menos importante, se deberá ensayar durante algunos minutos (dos o cinco) la compresión digital sobre las gasas, comprimiendo directamente con los dedos sobre la herida y procurando tener debajo una porción ósea.

Si con ello no se consigue por ser un vaso importante el que sangra, se recurrirá a los diversos compresores, cogiendo el que más próximo se tenga. De no tener ninguno, se recurre al pañuelo, venda o trapo, que se coloca siempre por más alto (próximo al cuerpo) que la herida, procurando no colocarlo nunca ni sobre la pierna ni antebrazo, ya que por tener dos huesos la compresión es completamente inútil. En el caso de los compresores es menester que sepa el Sanitario que va en la ambulancia, si ha de marchar muchas horas, que debe aflojarlo un poco, aunque sangre, durante un rato, al cabo de las dos horas de puesto,

para volverlo a apretar, y luego, repetir el aflojarlo cada media hora.

Es frecuente que se desmayen los heridos, no tanto por pérdida de sangre, como por el terror de la defensa orgánica que sentimos al vernos con sangre. Esta defensa corta con frecuencia las hemorragias periféricas. Pues bien; cuando un herido se nos desmaye, no le coloquéis, como la mayoría

de la gente hace, con la cabeza bien levantada. Sin temor tumbarlo en el suelo y colocarle los pies en alto. A poder ser con la cabeza en el sitio más bajo, pues su desmayo es por falta de sangre que deja de acudir al cerebro, y colocándola en esta disposición conseguiremos que la sangre vuelva en seguida a él, bajando por su propio peso.