

BOLETIN DEL CIRCULO MEDICO- QUIRURGICO



3ª Agrupación
del 1º C. E.

Sumario

- | | |
|----------------|--|
| Dr. Irazoqui: | «Sobre las neurosis de guerra». |
| Dr. Contreras: | «El Evipán Sódico en la cirugía de guerra». |
| Dr. Yagüe: | «La alimentación en la guerra actual y su determinismo morboso». |
| Dr. Morató: | «Un caso de rotura de uretra por contusión perineal». |
| Dr. Prada: | «Trozo de metralla intranasal penetrado por vías naturales y extraído por la misma vía». |

año I

20 de Diciembre de 1937.

nº 3

Extracto de la Sesión celebrada en el Círculo Médico-Quirúrgico de la 3.^a División el día 15 de Diciembre de 1937.

El Presidente, Dr. Morató, abre la sesión correspondiente a la 3.^a Reunión de este Círculo, la cual tenemos el honor de que sea presidida por el Dr. Catalina, gracias a su gentileza, que nos alegra, por cuanto podrá apreciar que aparte de la labor de curar heridos y enfermos, nos lleva a otras actividades que conducen al engrandecimiento de la medicina de nuestro suelo Patrio; concediendo la palabra al primer ponente:

Sobre las neurosis de guerra

Dr. Irazoqui.

El planteamiento de este tema ofrece aspectos interesantes, los unos de índole teórica, puramente psiquiátrica, y los otros de índole práctica, de asistencia.

Las neurosis de guerra, como neurosis que son, tienen el capítulo de su problemática, íntimamente relacionado con el de la problemática general de las neurosis. Por esta razón, hoy día puede plantearse el capítulo de neurosis de guerra, con más amplitud y profundidad que hace veinte años, por haber evolucionado mucho la comprensión general de las neurosis.

Hemos de comprender por neurosis de guerra, cualquier trastorno psíquico o somático, cuya patogenia obedece a un mecanismo psíquico y en el cual la guerra juega el principal papel. Con esta definición se ve ya la gran importancia y extensión que pueden tener las neurosis de guerra. Es frecuente, que cuando los psiquiatras nos lamentamos de que no se haya organizado aún una psiquiatra de guerra, se nos conteste por parte de los médicos generales, que se ven muy pocas neurosis de guerra, y por lo tanto que una tal organización sería superflua.

Pero esta objeción es completamente falsa e ilusoria: en primer lugar, porque una psiquiatra de guerra no va solo dirigida a las neurosis de guerra, y en segundo lugar por el concepto equivocado de los médicos, de considerar sólo como neurosis de guerra a las grandes psicosis de guerra, y de no saber comprender como neurosis a muchos de los trastornos somáticos que se observan en la guerra. Y esta falta de comprensión del médico no es más que el resultado de la incomprensión general ante el neurótico que se ha revelado siempre en España, y que ha dado lugar a la carencia más completa de protección y asistencia al neurótico.

En la guerra, el lado de la parálisis histérica, de los ataques convulsivos psicógenos, de los trastornos de conciencia, también psicógenos, trastornos que principalmente se observan en las acciones bélicas cruentas, se observan esa multitud de trastornos aparentemente de causa somática y que bien analizado no son más que síndromes neuróticos.

Sobre el primer grupo de trastornos, se estableció ya en la gran guerra una gran diversidad de opiniones sobre su mecanismo patogénico. Para los unos, los trastornos psicógenos no eran más que trastornos que estaban muy cerca de la simulación. Para los otros, la patogenia era completamente distinta: era la manifestación de mecanismos de defensa primitivos, arcaicos, y por lo tanto, completamente alejados de los simuladores. Planteada así esta cuestión, aparecen los trabajos de Kretschmer. Este psiquiatra en un amplio estudio de los mecanismos de defensa de los animales y del niño, demuestra cómo las parálisis y ataques convulsivos psicógenos, no son más que la manifestación en el hombre de mecanismos de defensa primitivos que se pueden observar perfectamente en los animales y en el niño. La reacción de inmovilización ante un peligro que presentan muchos animales, y el furor de movimientos de otros, no son más que la manifestación de los mismos mecanismos de defensa. El mérito de los trabajos de Kretschmer no fué solamente esta amplia fundamentación biológica que dió a los mecanismos histéricos, sino que en otros estudios experimentales demostró la participación en los mismos de un elemento intencional, volitivo, que es el que da también un sello especial a la histeria de guerra. Así define Kretschmer aquellos trastornos como la utilización intencional de mecanismos de defensa primitivos, arcaicos.

Ya dijimos antes, que en nuestra guerra, donde hasta ahora no han predominado las grandes acciones bélicas, estos trastornos son los menos frecuentes. Al lado de estos trastornos en los que el pánico ha jugado un papel importante y que pudiéramos llamar neurosis de pánico, existen otros muchos trastornos neuróticos que pudieran comprenderse como neurosis de situación. Si bien es quizá cierto que la guerra no ha dado lugar a un aumento de enfermedades mentales, y que incluso ha actuado beneficiosamente en algunos casos, es también cierto que la guerra como situación nociva para el equilibrio psíquico, da lugar entre el soldado al desencadenamiento o producción de mecanismos neuróticos que seguramente no se hubiesen presentado fuera de la guerra. Y en realidad basta tener en cuenta lo que es un neurótico, el papel de los conflictos interiores, la importancia del factor ambiental, y la comprensión de la neurosis como una desadaptación entre el yo y el ambiente, para que enseguida veamos la posibilidad y frecuencia de las neurosis de guerra. De aquí una de las misiones del psiquiatra en la guerra. El despistaje de los síndromes psicógenos, su asistencia y tratamiento. Es muy frecuente ver enfermedades somáticas orgánicas, que después en la convalecencia dan lugar a una super estructura psicógena y que se prolonga indefinidamente si no se descubre su nueva naturaleza. Las neurosis cardíacas y gástricas abundan también muchísimo, y como ejemplo, citaré el siguiente: Un síndrome de úlcus gástrico que por algunas particularidades de la

sintomatología y de la personalidad del enfermo sospechamos fuera de naturaleza psicógena. Se envía el enfermo a un hospital de la División, y allí después de reconocido es evacuado a otro hospital, donde después de nuevos reconocimientos, y de no haber encontrado ninguna alteración orgánica, nos es devuelto con la nota de «no se le encuentra ninguna alteración somática».

Así es como se puede hablar de que no se ven neurosis de guerra: no viéndolas. Este enfermo con un tratamiento sugestivo mejora rápidamente. Este caso es un ejemplo típico, no sólo de lo que ocurre ahora, sino de lo que ha ocurrido siempre ante el neurótico. Entonces aparece la impotencia terapéutica del médico general ante el neurótico. Para que se vea la complejidad de los factores que en la guerra pueden dar lugar a las neurosis exponemos algunas de las impresiones que se han podido sacar en los escasos servicios de psiquiatría de guerra que están organizados: el número de neuróticos es proporcionalmente superior en las quintas movilizadas que en el personal veterano. Al aumentar la organización militar se da entre los veteranos voluntarios un mayor contingente de neuróticos. Las personalidades más desarrolladas dan también un mayor contingente de neuróticos. El factor sexual no juega un papel preponderante en la génesis de estas neurosis. En la mayoría de estos neuróticos existen un conjunto de complejos de orden familiar, social y personal, entre los cuales la amenaza constante de la vida y en algunos casos amplios conflictos espirituales, son los más importantes. Otro resultado interesante es la frecuencia con que se observan en estos individuos la existencia de anomalías constitucionales anteriores, principalmente manifestadas en forma de afectividad y carácter fuera de lo normal. En otras palabras, es interesante constatar la importancia de este factor endógeno en la génesis de muchos síndromes neuróticos de la guerra.

El hecho de que los quintos movilizados den un mayor contingente que los veteranos voluntarios, se explica, porque para ellos la obligatoriedad de la incorporación crea situaciones óptimas para el desarrollo de conflictos y desadaptación con el ambiente. Este hecho, y el de que la mayor disciplina y organización militar haya dado lugar a un aumento de los neuróticos de guerra, habla en favor de la importancia del factor exógeno ambiental en la génesis de estas neurosis. Con esto queda demostrada la complejidad de la estructura de estas neurosis y en cada caso es necesario hacer un análisis completo de todos los factores que han entrado en la patogenia. En general una neurosis con escasos factores endógenos constitucionales, es de mejor pronóstico que aquellas formas en las que el factor constitucional es lo principal.

En cuanto al tratamiento y asistencia hay que partir del principio de que el neurótico de guerra no debe ser evacuado a las organizaciones sanitarias de retaguardia, sino asistido y tratado en los servicios del frente. La otra conducta es una prima que se da al elemento intencional del neurótico. En cuanto al tratamiento adecuado, puede variar en cada caso, ya que no sólo depende de la sintomatología sino de otros factores: patogenia, personalidad, etc. Dos síndromes idénticos pueden necesitar tratamientos distintos, según la estructura de la personalidad del enfermo, por

ejemplo: «En este punto no entramos en detalles por no ser este el objeto de la conferencia. Queríamos sólo rebatir la opinión de que los únicos trastornos psicológicos que se dan en la guerra, son las aparatosas parálisis o convulsiones histéricas o los estados crepusculares psicógenos de las grandes operaciones bélicas. Queríamos insistir en el hecho de que muchos de los que se presentan a reconocimiento de Batallón, y son zarandeados por los hospitales, no son más que síndromes neuróticos, y muchos de ellos aparecidos como continuación de verdaderas afecciones orgánicas.

El síntoma neurótico es el artificio de que se vale el inconsciente del enfermo para salir o evadirse de una situación peligrosa para él y la obligación del médico es considerar a estos enfermos como tales. Quien fracasa ante una situación por un defecto de los mecanismos de compensación, o por no haber resuelto su problemática espiritual de la vida, no debe ser tratado como un farsante o un simulador, y ante él, no debe uno cruzarse de brazos manifestando su impotencia terapéutica. Son enfermos, que con un tratamiento de sugestión, con una cura persuasiva, psicagógica o analítica pueden resolver y superar sus conflictos, que están en la base de su sintomatología.

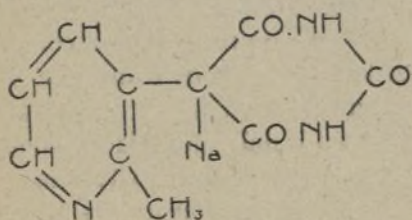
El Evipán Sódico en la Cirugía de Guerra

Dr. Contreras.

El haber titulado así el trabajo que vamos a exponer no quiere decir, y de antemano lo advertimos, que con ello lancemos un nuevo anestésico para sustituir a las narcosis habitualmente usadas hasta el día de hoy y de práctica corriente en la cirugía de guerra. Se trata simplemente de experimentar en el material aquí existente un hipnótico, de la serie barbitúrica, no hace mucho lanzado al comercio, conocidos seguramente por todos los que me escuchan y del que ya teníamos alguna experiencia en nuestra práctica profesional anterior a la guerra. Con ello, a más de poder hacer un juicio crítico del procedimiento hemos pretendido hallar una ocasión de emplearlo en la pequeña cirugía de campaña y en las anestésias breves y previas a una narcosis más duradera. En nuestra práctica tocológica rural, nos encontramos en muchas ocasiones carentes de personal especializado para las pequeñas intervenciones de urgencia, por este motivo adoptamos el Evipán Sódico en aquellos casos de cirugía, en el campo, en que, como decimos, no se encuentran expertos anestésistas ni prácticos hábiles.

Quiero solamente citar los casos que recogí y a continuación comentar los de este Hospital y que los cirujanos nos digan sus impresiones en vista de como respondieron los enfermos a la inyección endovenosa.

No hace mucho publicamos otros casos en que realizamos la anestesia con el Evipán sódico: Versiones, Legrados, Forcefs, etc., es decir en operaciones de pequeña cirugía, casi regladas, con pocas posibilidades de incidencias en el transcurso de la intervención. Previamente hacíamos un detenido interrogatorio de las enfermas sobre historial hepático, aparato urinario, vómitos gravídicos, en el que el compuesto barbitúrico pudiera influir en la presencia de graves intoxicaciones.



El Evipán es la sal Sódica de N metid-ciclohexilmetilmanolinurea, hipnótico por tanto de la serie misma del veronal, medinal, veramón, luminal, gardenal, etc. etc. Las dosis contenidas en el envase comercial para diluir en agua destilada es de un gramo, cantidad de la que nunca se debe exceder si se quiere evitar fenómenos graves. De todas

formas la dosificación está precisada, según el peso y la edad del narcotizado en el cuadro que recomienda la casa comercial tomado de la Clínica Quirúrgica de Kiel y que ya hallada las dosis reproducimos a continuación. Aparte de estas dosis expuestas

hay que tener un margen de impresión personal sobre la manera de responder al hipnótico el paciente. En ocasiones es difícil practicar el pesage de los enfermos, pensando solamente en la situación en que se encuentran en los momentos de urgencia, de todas formas no nos fué preciso sobrepasar la dosis de 10 c.c..

Practicamos la inyección en la flexura del codo y procuramos que en la jeringa no entre más sangre que la suficiente para comprobar que estamos en vena, teniendo cuidado de volverla a reinyectar antes de que se difunda entre toda la disolución de Evipán, a fin de conservar el resto lo más limpio posible por si se precisa una reinyección ulterior.

En aquellos casos nunca observamos estado de agitación en el transcurso del sueño. El pulso sería frecuente, alrededor de 100 pulsaciones y la tensión arterial disminuía sensiblemente. Si necesitamos continuar la intervención por cosas inesperadas manteníamos la narcosis con nuevas dosis de Evipán, pero no dejando nunca al olvido los útiles de la anestesia inhalatoria.

El despertar fué siempre bueno, en perfecta normalidad, con annesia absoluta en todos los casos. Entonces apuntamos algunas ventajas más con esta anestesia, la economía del personal auxiliar y la ausencia de período de borrachera con revelación de secretos familiares en alta voz.

Estas son, como decimos nuestras, impresiones cuando experimentamos por primera vez este proceder de analgesia. Actualmente, y en el breve tiempo que hemos tenido hasta presentar la comunicación, tenemos recogidos cinco casos que voy a exponer a continuación.

Intervención primera. Día 29-XI-937.

Operación, hernia inguinal derecha radical.

Peso del individuo; 65,500 klgrs.

Edad: 35 años.

Dosis de Evipán Sódico: 8,45 según cálculos.

Dosis inyectadas 10 c. c.

Hora de comienzo. . . . 11,25 horas.

Tensión anterior. . . . Mx. 13 Mn. 9.

Observaciones. Pulsaciones 80. Respiraciones 24.

Se comenzó la inyección en la flexura del codo, la inyección fué rápida, a continuación aparecieron contracciones clónicas generalizadas, sin caída de mandíbula y con reflejo conjuntival. La inyección se terminó a los 3 minutos. Al colocar las pinzas de campo y hacer la incisión con el bisturí, contracción de los músculos abdominales se preparó la mascarilla clorofórmica. Tiempo de la intervención completa 12 minutos. El estado de omnubilación hasta las 12 y 20. Annesia absoluta. Respondió a las excitaciones de una manera voluntaria a las 12. Dos vómitos de pequeña cantidad. Número de pulsaciones, 90. Respiraciones, 27.

Curso post operatorio. foco neumónico en resolución.

Intervención 2.^a

Operación. Hernia inguinal derecha. (Estirpación del saco y refuerzo de pared).

Peso del individuo. 62 Klgrs.

Edad 27 años.

Antecedentes: No alcohólico, bronquitis aguda algún invierno.

Dosis de Evipán Sódico. 8,68 según cálculo.

Tensión anterior Mx. 12,50 Mn. 8.

Hora de comienzo de la intervención 12 menos cuarto, inyección lenta, 1 c. c. cada medio minuto. Fin de la inyección a las 12 menos diez. Comienzo de la incisión a la misma hora. Sueño profundo, sin caída de mandíbulas ni contracciones. Número de pulsaciones 120. Número de respiraciones 38. A los siete minutos, aplicación instantánea de la mascarilla clorofórmica por haberse presentado ligeras contracciones, pero retirándola al momento por volver al sueño profundo. Reinyección de 1 c. c. más. Fin de la intervención a las 12 y 2 minutos. Alguna contracción fibrilar. Durante el sueño la pupila reaccionaba a la luz, abolición de los demás reflejos. A las 12 y 20 minutos comienza a despertar, pretendiendo incorporarse y responder a las excitaciones. A la una el sensorio está completo y contesta a las preguntas que se le hace, con annesia absoluta y casi abolición del dolor de la región operatoria.

Tensión arterial durante la intervención. Max..... 14, Mn..... 10.

Al final de la intervención inyección de 2 c. c. de cafeína. Se le taponaron los oídos y la habitación permaneció en la obscuridad para evitar las excitaciones exteriores pues se observó una respuesta hepileptoide a los estímulos externos, curso postoperatorio normal.

Intervención 3.^a

Extracción de bala de pistola alojada en la cavidad articular de la rodilla izquierda.

Comienza la intervención con anestesia local y al llegar la incisión, a cápsula el enfermo siente gran dolor.

Se indica un anestésico más intenso y se inyecta preparando con rapidez la solución de Evipán Sódico.

Edad 24 años

Peso. 63 Kgs.

Dosis inyectadas 8 c. c.

Antecedentes: alcohólico desde la más tierna infancia, no ha tenido enfermedades excepto algún catarro.

Pulso anterior 80

Durante el sueño 110

Se realiza la inyección muy lentamente y se anuncia el principio del sueño con un gran bostezo, por suave transición, pasa al sueño profundo. Se le traslada a Rayos X, para localizar y extraer la bala bajo la pantalla y regresa al quirófano para practi-

car la sutura. En todas estas operaciones se tardó 10 minutos. No se observaron contracciones fibrilares ni hepileptoides. El despertar es suave, lento con respuesta cada vez más intensa a los estímulos externos, caracterizándose esta narcosis realizada por una verborrea grande del sujeto sin confusión y con datos verídicos, tipo humorístico. Durante la verborrea se estaba (a los 17 minutos) cerrando con Crin la piel, y no respondió con dolor a las operaciones de sutura. Curso postoperatorio, normal.

Intervención 4.^a

Hernia inguinal izquierda.—35 años.—60 kilos.—Sin antecedentes personales. Dosis de Evipán Sódico, 7,80.—Pulso, 74 al minuto.—Tensión. Mx. 13 Mn. 9.—Cantidad de fármaco inyectada 8 c.c. a las 8,13.—Comienzo la intervención 8,15.—Tensión durante la misma 13 y 9.—Pulsaciones 120.—Pupila inmóvil, reflejo conjuntival abolido.—Fin de la intervención a las 8,20.—Hipo fugaz a las 8,24, la narcosis 35 minutos.—Curso postoperatorio, normal.

Intervención 5.^a

Caso de anestesia combinada de cloroformo y Evipán.—Hernia inguinal doble.—Alcohólico 31 años, 66 kilos, pulso 68, máxima 12, mínima 8, dosis correspondiente 8,45.—Como de la anestesia con cloroformo gastándose 25 c. c., inmediatamente de pasar el período de excitación inyección de Evipán, 7 minutos, después en cantidad de 8 c. c.

Con el cloroformo no hubo taquicardia, después de inyectar Evipán el pulso se elevó a 110.—Duración de la operación de la primera hernia 9 minutos, de la segunda 10 minutos.—Finalizada la intervención contracciones epileptiformes más intensas después de provocar con estímulos externos.—Ausencia del reflejo conjuntival.—Curso postoperatorio, normal.

Ahora queremos hacer algunos comentarios sobre esta pequeña consústica, criticar los casos y a continuación rogar a los cirujanos nos indiquen sus impresiones y advertencias con miras a las narcosis que se vayan a realizar en lo sucesivo y así mismo preguntar a los especialistas si tienen alguna experiencia sobre el empleo del Evipán en sus particulares actividades para que puedan dar más valor del que tiene a esta pequeña comunicación.

Indudablemente, al inyectar este preparado químico en la vena, se producirá una intoxicación barbitúrica de mayor o menor intensidad dependiente de la dosis, de la rapidez en la penetración de la substancia en la sangre y de la respuesta del centro del sueño en el cerebro medio. Primero es el atontamiento, luego la ataxia, el sueño y después al eliminarse el fármaco los vómitos y la cefalalgia. En las anestias practicadas aquí han aparecido todos estos síntomas excepto los vómitos lo cual no ha dejado de tener su ventaja en los cuidados postoperatorios. Atendiendo a este hecho, el que provocamos una intoxicación para aprovecharnos del sueño analgésico hemos dispuesto un pequeño equipo de inyectables de urgencia a base de cafeína y los tóni-

cos cardíacos en general y especialmente el cardíaco que según Schön es un atagónista de verdadera acción sobre los hipnóticos, para el caso de una coma imprevisto.

La máxima aspiración en la analgesia sería ya un producto que lograrse una intensa anestesia sin consecuencias desagradables. Esto por ahora no ha sido resuelto; desgraciadamente todavía son tributarias muchas muertes de la mascarilla o de la jeringuilla inyectora y si queremos salir de lo rutinario para encontrar el anestésico ideal, tendrá que ser practicando otros métodos con escepticismo si se quiere pero estudiando sin perjuicios los resultados finales. Si alguna ventaja tiene la vía endovenosa es que desaparece totalmente la irregularidad de la absorción del producto como ocurre en las anestésias inhalatorias. Aquí la dosificación no puede ser más exacta y sabemos seguro que toda la dosis va a actuar sobre el tejido nervioso central.

Otra ventaja sobre la anestesia por inhalación, y que muchos de los aquí presentes han tenido ocasión de observar, es que los efectos comienzan rápidamente, el cirujano dispuesto con el bisturí y el anestesista preparado con la jeringuilla.

En el caso primero que hemos visto, aparecieron intensas contracciones clónicas que fueron debidas exclusivamente a la rapidez con que fué hecha la inyección. Posteriormente hemos podido comprobar esto realizando con la mayor lentitud posible la inyección y viendo la ausencia de dichas contracciones y además una narcosis suave lenta, normal, simulando verdaderamente un sueño fisiológico.

En honor de la verdad tenemos que rectificar nuestras primeras impresiones respecto a la ausencia absoluta de verborrea en esta anestesia. Era una de las pequeñas ventajas que habíamos encontrado, pero como hemos visto no nos ha dado la razón el caso 3.º, si bien hay que hacer constar también que se trataba de un alcohólico crónico. En el caso 5.º también hubo respuestas anormales de tipo análogo a las contracciones epileptiformes, exageradas al efectuar estímulos externos. Hasta ahora, como se ve, hemos empleado el Evipán en operaciones regladas en las que ha jugado un importante papel la pericia del cirujano y de su personal auxiliar; se puede decir, que gran parte del éxito alcanzado con el Evipán se debe a la rapidez con que se han realizado las intervenciones; en otra ocasión, hernia doble, y por tanto de más larga duración, se llevó a cabo el procedimiento de anestesia general previa continuada con Evipán, es decir, primeramente vencer el período de excitación narcótica con el cloroformo y a continuación inyección de 8 c. c. de barbitúrico, esto fué hecho por indicación del Dr. Parada con feliz resultado como vimos.

Por último, señalamos como contraindicaciones las operaciones de larga duración, tales como laparatomías, incluyendo por tanto aquí los heridos penetrantes de vientre, las grandes amputaciones y, en general, los heridos recogidos después de largas horas, incluso con pequeñas lesiones, en que el tejido hepático no se encuentra en perfectas condiciones para eliminar este compuesto uréico. Con ello creemos ya decir que en la cirugía de campaña puede no haber unas indicaciones fundamentales para el empleo del Evipán sódico.

En realidad nuestra experimentación se ha referido a intervenciones por com

pleto ajenas a la guerra, como son las hernias, pero pudiera ser que en el transcurso de la campaña se encuentren algunas ocasiones en que pudiera ser empleado, y este es el objeto de la comunicación previa que hemos presentado al preguntar: ¿Puede ser empleado el Evipán Sódico en la cirugía de guerra?

* * *

Dr. López Alonso.—El trabajo presentado por el Dr. Contreras, pone de relieve su inquietud científica, por lo que le enviamos nuestra modesta y entusiasta felicitación.

Ha presentado seis casos brillantemente estudiados, la casuística es escasa en demasía para con ella fundamentar una opinión.

El primer caso, dice el Dr. Contreras, como hombre habituado a la cirugía, la desventaja que supone operar en estado de contracción muscular.

Yo, que tenía referencias del Evipán Sódico, pero que no había observado directamente su empleo, guiado por los escasos trabajos que sobre él conocía, entre ellos uno magnífico del ponente en cuestión, *a priori*, creía pudiera ser empleado, por su comodidad, en la reducción de fracturas y luxaciones; pero este caso, que bien es verdad que no lo he vuelto a ver repetido en los cinco casos siguientes, contra indica a mi juicio su empleo.

Esta inconstancia en la calidad anestésica, que se acentúa en el resto de los casos expuestos, es otro de los inconvenientes que observo en la anestesia por el Evipán Sódico.

En el caso segundo manifiesta el Dr. Contreras, que en el curso de la intervención, a pesar de su brevedad, hubo que practicar una segunda inyección del barbitúrico, y en el caso cuarto hubo también que unir la acción anestésica del cloroformo.

La primera objeción que advierto, es la que no supone ahorro del personal, ya que cuando con el Evipán Sódico se actúe, hay que disponer, cuando menos, como medida previsora, del anestesista o de un habituado a las inyecciones endovenosas, ya que en los casos a que hacemos mención fué inconstante la duración de la anestesia

Y no teniendo, por tanto, la virtud de ahorro del anestesista y si no sabemos los peligros inmediatos o tardíos de este anestésico y, en cambio, conocemos la práctica inocuidad de la anestesia eterea o clorofórmica, es otra de las razones que nos inclina al desuso de la anestesia evipánica.

El caso tercero que manifiesta el Dr. Contreras que durante su despertar observó verborrea, yo observé más, observé la revelación de secretos, cosa que en cualquier situación, pero en guerra más, creemos es un voto de calidad a apuntar en contra de la anestesia de que tratamos.

Guiados, vuelvo a repetir, exclusivamente en la escasa estadística presentada, no nos hace ser partidarios del empleo de Evipán Sódico en la cirugía de guerra, y en la de paz, también vemos limitadas y vacilantes sus aplicaciones.

Como el trabajo de mi amigo el Dr. Contreras está expuesto con honrada crudeza, lanzando a la pública apreciación toda la verdad observada, le vuelvo a felicitar, entre otras cosas, por su objetividad desapasionada.

Dr. Yagüe.—La inquieta juventud del compañero Contreras, nos ha traído otro asunto de novedad, al exponernos los datos obtenidos con el empleo del Evipán Sódico. Cuando en los finales del siglo pasado Fischer y Mering, al descubrir el veronal o etilmalonilurea, o mejor dicho, etilmalonildiamida o ureida del ácido dietilmalónico o dietilpropanodioico o ácido dietilbarbitúrico, que por todos estos nombres químicos se le conoce, evidencia bien las propiedades hipnóticas del grupo barbitúrico, las fábricas de productos químicos, en lógica competencia industrial, se apresuraron a lanzar preparados similares, los ácidos feniletilbarbitúrico, diatilbarbitúrico, etc., que bautizaron con los nombres de fábrica de luminal, medinal, dial, gardenal, proponal, etc., y vistas sus cualidades hipnóticas, se pensó en aplicarlos también como analgésicos. Una casa suiza lanzó el hemihyprone, derivado del ácido diatilbarbitúrico o diatilmalonilurea o diatilmalonildiamida, que fué empleado por los tocólogos en el parto normal, pero la inconstancia en sus efectos y la verborrea que determinaba, con revelación de secretos de gran trascendencia, motivó el que fuese retirado pronto del mercado. Llamo la atención de estos hechos al camarada Contreras, por la similitud que pudiera tener con los producidos por el Evipán Sódico, y le felicito alentándole a seguir por el camino emprendido, pues de la juventud es la vida.

Dr. Prada.—En nuestra especialidad el Evipán como todos los anestésicos que suprimen la mascarilla fué acogido con gran simpatía por la facilidad con que se podía operar en fosas nasales, laringe, extracción de cuerpos extraños en esófago, pero por la frecuencia con que estos anestésicos se acompañan de hipo y de tos tuvo que ser desechado.

Dr. Morató.—Después de felicitar al Dr. Contreras por su trabajo he de decir que a nuestro juicio el Evipán no puede ser empleado en cirugía de guerra por las siguientes razones:

- 1.^a Por las condiciones de práctica anestésicas: pesaje, dosificación, etc. etc.
- 2.^a Por el escasisimo tiempo de anestesia útil.
- 3.^a Por contracturas espasmódicas del enfermo anestesiado.
- 4.^a Porque dentro de los anestésicos locales contamos con otros de mayor afectividad práctica. Tampoco supone ahorro de personal por cuanto aparte de practicar la anestesia por el Evipán, el mismo Dr. Conteras nos habla de la necesidad de que esté preparado el anestesista general.

En todo caso hemos de tener en cuenta el escaso tiempo de anestesia que produce y en último extremo podría ser empleado en la reducción de alguna fractura o luxación, en la extracción de cuerpos extraños no profundos, acaso como complemento de una anestesia local de larga duración pero siempre inferior al otro grupo de anestésicos generales. Yo me brindo nuevamente al Dr. Contreras para que prosiga, si así es su deseo, practicando nuevas anestésias al objeto de ver si logra modificar nuestro criterio.

Dr. San Nicolás.—Por haber sido aludido directamente por el Dr. López Alonso, que haría uso de la la palabra para comunicar mi opinión sobre la anestesia del Evipán, nada tengo que decir sobre ella, después de lo dicho por él y por el

Dr. Morató, lo único para decir cuatro palabras sobre el curso post-operatorio de los cuatro casos que estuvieron en mi sala y así como el cloroformo y más el eter predisponen a las pneumonias, con el Evipán no desaparece el peligro, pues precisamente en el caso que el Dr. Contreras, que la anestesia fué seguida de fuertes contracciones; según él por haber ejecutado la inyección rápidamente, a los tres días se le presentó una elevación de temperatura de 39.º con un dolor en el hemitorax izquierdo.

Procedimos a la auscultación del enfermo y percibimos una zona en el lóbulo inferior con disminución de función, respiración áspera, algunos estertores, consonantes, por lo cual diagnosticamos una encipiente pneumonia y procedimos a ponerle una inyección de alcohol, y el éxito conseguido fué grande, lo cual sirve para hacer resaltar nuestra opinión sobre el valor del alcohol en los procesos pneumónicos; pues creemos, como decía el Dr. Parada en la última sesión, que el alcohol empleado al principio puede hacer abortar una pneumonia, en lo referente a su cuadro clínico, aunque el foco anatómo-patológico siga su proceso evolutivo.

Referente al curso de los restantes casos, fué normal, habiendo sido dados de alta a los diez días.

Dr. Contreras.—Agradezco la intervención de los cirujanos y especialistas que han respondido a mi ruego para que nos asesorasen sobre el empleo del Evipán en la clínica. No tengo más que decir, que insistir en el sentido de esta comunicación: a experimentar en el material aquí existente este analgésico reciente y por tanto proseguir su empleo buscando nuevos horizontes en su aplicación.

La alimentación en la guerra actual y su determinismo morboso

Dr. Yagüe.

Todas las guerras ofrecen características diferenciales bien marcadas en la alimentación de los pueblos combatientes, que suele diferir de la habitual de los mismos. En ello influyen motivos no tan solo raciales, sino comarcales, de producción de los países propios o vecinos, de gustos y aun científicos, en relación con los últimos estudios sobre la materia. Y a ello no podía sustraerse la actual contienda que ensangrienta nuestro adorado suelo patrio. La situación médico militar en la que nos hallamos desde los primeros momentos y nuestras aficiones y apetencias innatas, nos han permitido recoger algunas impresiones sobre alteraciones determinadas por la alimentación en el organismo humano.

Nuestro medio de trabajo más amplio ha sido el militar y a él tendremos que referirnos en los más de los casos; pero también hemos recogido datos en la población civil, en su mayoría constituida por serranos, habitantes de altitudes superiores a los 1.000 metros o muy próximos y habituados a un régimen de alimentación mixta con bastante carne, pero escaso de pescado y verduras. Al margen dejamos las alteraciones observadas en organismos infantiles, que no nos encontramos capacitados para ello.

El principio de la isodinamia.—La valoración científica del régimen alimenticio conveniente, se basa casi siempre en la energía química de los alimentos, evaluada en calorías; y se ha admitido durante mucho tiempo que el organismo puede tomar la energía precisa para su vida de cualquier clase de alimentos primordiales constitutivos, pero esta teoría denominada de la isodinamia, no puede aceptarse sin ciertas reservas, como lo han probado, entre otros, Rübner, Chauveau, Lusk y Lapieque. Una aportación más nos la proporcionaría las enseñanzas recogidas en esta guerra, cuando se instituyó en el pasado invierno y durante una corta temporada, por lógicas necesidades, el desayuno de manteca con pan y azúcar; apesar de aportar estos alimentos mayor número de calorías que la toma clásica del café con leche, los soldados se quejaban de mayor debilidad, quizás más en relación con ideas preconcebidas que con estados subjetivos, y por tanto de origen psíquico, manifestaciones que cedieron inmediatamente con el retorno a lo clásico. Esto nos lleva a hablar de los ranchos en frío. El rancho en frío es necesidad ineludible de la campaña, y como tal sólo conviene reservarle para casos estrictamente precisos, pero tender a hacer de

esta ración aplicable a bastantes ocasiones, no cabe aceptarlo bajo el punto de vista científico y humano. En los momentos actuales y por una mayor capacitación técnica de las jefaturas, felizmente lograda, se han reducido estos enteros a sus justos límites. Y también ha sido desterrado el desayuno frío incompatible científicamente con la crudeza invernal del clima de esta Sierra. Hace unos años nos ocupamos del desayuno vegetariano, siempre frío, y propugnamos, para el invierno, la adicción al mismo de una bebida caliente, (cocimientos diversos). La actual campaña ha hecho afianzarnos más en aquel criterio, vista la supremacía energética del desayuno caliente, el mismo café solo bien calentado, con pan, sobre el frío, a pesar de que éste pueda tener más valor en calorías.

Inanición parcial civil.—Todas las guerras exigen considerables sacrificios por parte de la población civil, no combatiente, sobrellevados con gran entusiasmo y suelen ser de estos, los mayores, los relacionados con la alimentación, por precisarse como es lógico, para los combatientes y muy en particular para los valientes caídos en la lucha. Nuestras autoridades médicas, circunscritas a población con algunos auxilios alimenticios propios de origen agrícola (cultivo de huertas) y ganado (leche, miel, carne) nos han permitido observar algunos casos de inanición progresiva entre la población civil, caracterizados por pérdida de peso, delgadez, piel rugosa y seca de aspecto y color terroso, que presenta una costra sucia, no debida a desaseo, de olor fétido, cambio de tonalidades de voz con apagamiento, y laxitud, constante con pérdida parcial de las facultades sensoriales o intelectivas. Llega un momento en que la pérdida de peso parece estabilizarse y no continuar descendiendo como si el organismo se adaptase a la alimentación defectuosa. El cuadro sindrómico mencionado encaja en el de la inanición parcial crónica, con reducción al mínimo de las necesidades orgánicas, cual las interesantes observaciones recogidas en el norte de Francia, y sobre todo en Lila, durante la invasión alemana de la Gran Guerra, en que el gasto de calorías del organismo se redujo hasta 25 por kilogramo de peso.

En la inanición, el organismo humano agota primero sus reservas, grasas, que las de hidro-carbonados son muy escasas y sólo bastan horas o todo lo más días y luego la albúmina de los tejidos.

Esta dolencia no tiene más que un tratamiento imposible de llevar a cabo por el momento y que llamamos por estar en la mente de todos y constituir sacrificio que se puede ofrecer gustoso. Con frecuencia estos enfermos solicitan cuidados facultativos alarmados por su delgadez y astenia que achacan a otros motivos de dolencias consuntivas y exigen tratamientos, con preferencia inyectables, que en lugar de beneficiarles lo que hacen es perjudicarles aún más. Puede lograrse una mitigación del estado de delgadez prolongado cuando sea posible la estancia en cama y el reposo que el vulgo con su clarividencia ya afirma que el sueño alimenta aun cuando no se expliquen los motivos de ello, al alcance y conocimiento de todos los sanitarios, reduciendo los ejercicios violentos a lo indispensable y abrigando bien el cuerpo para reducir también al mínimo las pérdidas por irradiación calórica.

Avitaminosis.—La abundancia considerable de arroz en la región levantina

determinó que este alimento se emplease con gran amplitud en la alimentación del soldado, llegando a constituir en algunas épocas casi la exclusiva. Por aquel entonces se observaron con alguna frecuencia casos de estemia sin explicación aparente ni ir acompañadas de adelgazamiento. Estos estados no cabía suponerlos causados por escasez de alimentación, muy sobrada, ni por aversión al alimento preponderante, toda vez que muchos de los componentes militares eran oriundos de la región productora de la gramínea y por tanto la comían con fruición. Más bien el estado de astemia nos hizo pensar en avitaminosis por la monótona alimentación. La variación de las comidas y la introducción de algunos vegetales frescos fueron indudablemente la causa de la desaparición de tales alteraciones.

Parece ser que entre el elemento civil de algunas regiones se han observado también fenómenos calificados de avitaminosis, que no hemos notado en la de nuestras actuaciones.

La enterocolitis del pan.—En los primeros días de julio pasado, se observó en este Hospital una verdadera epidemia de enterocolitis, con la singularidad que lo mismo la presentaba la población civil que la militar, y ésta cualquiera que fuera su destino, en plaza o en las diferentes posiciones y sectores del frente de combate. Con ello, se desechó su posible origen hídrico, siempre tenido como más frecuente, y hubo de pensarse en otro, indudablemente alimenticio; había de ser alimento muy generalizado y uniforme y no podía tratarse más que del pan, tal vez confeccionado con harina en defectuosas condiciones, viniendo a la memoria la intoxicación colectiva de Torre Pacheco unos años atrás. La pericia y gran entusiasmo del Dr. Parada, entonces Jefe del naciente Laboratorio que tenía montado el E. M., evidenció, con el análisis de la harina, que no otro podía ser el origen de las enterocolitis, hallando cantidad excesiva de salvado, y constituyendo, por ello, un laxante fisiológico, del tipo del pan integral, pero careciendo de elementos tóxicos y perjudiciales para el organismo. Sin la gran voluntad de la dirección del Hospital y del analista, del que esperamos nos de los datos suministrados por sus estudios, no hubiese podido facilitar a la superioridad la solución de aquel problema molesto.

Y ello prueba, una vez más, la conveniencia que el higienista militar ocupe un lugar muy merecido de consejero dentro de la intendencia.

Alteraciones digestivas por conservas alimenticias.—Las condiciones excepcionales de los primeros días de la lucha, de forzosa improvisación, felizmente lograda, obligaron a efectuar las comidas de campaña sobre la base de conservas, prefiriéndose las de origen animal por estimarse como más nutritivas, y sobre todas ellas, por su abundancia en el mercado, las de pescado, en especial sardinas y sus similares. Estos alimentos determinan siempre sed intensa durante su digestión, por factores de todos conocidos, y en la época más calurosa del año, momentos en los que se desarrollaban los acontecimientos, la sed era intolerable, tratando de saciarla los combatientes en los múltiples manantiales que emergen en esta serranía. Tal alimentación en organismos que no la tenían por habitual, como en los grupos de Guardias Nacionales Republicanos, de juventud pasada, que acudieron en los pri-

meros momentos a estos frentes, causó alteraciones digestivas, que invalidaban para proseguir la campaña y obligaban a la hospitalización. Las características clínicas que ofrecían estos enfermos eran las propias de empacho gástrico agudo, con intolerancia, vómitos pituitosos reiterados, incluso sanguinolentos, sensación de plenitud, sin gastralgia, o muy escasa renitencia dolorosa epigástrica, astricción y aversión a todos los alimentos, en particular las sardinas. Este síndrome que fué ofrecido con bastante profusión, se modificaba en muy breve tiempo con reposo echado y alimentación láctea, precisando tan solo en muy contados casos el laxante ligero de óxido magnésico, que el aceite de ricino era invenciblemente repugnado y aplicaciones de calor en epigástrico, pero dejando un estado de astenia considerable, que persistía varios días.

Los muy escasos casos de botulismo presentados, comprendiendo en esta denominación las intoxicaciones de tipo alimenticio, que las propias del *b. botulinus* no nos ha sido dable observales durante toda nuestra vida profesional, pertenecieron todos al tipo de la insuficiencia hepática aguda, de urticaria de pescado en defectuosas condiciones; y lo corroboraba el interrogatorio de los enfermos sobre su posible etiología. Las intoxicaciones por conservas de origen carneo fueron mucho más escasas en número, desde luego en relación con la menor frecuencia de ingestión de estos alimentos; pero el aspecto de los enfermos era muy grave, yendo acompañado de disminución en la cantidad de orina emitida. Bastaba como tratamiento un purgante salino para ver desaparecer rápidamente toda sintomología.

Tales estados tóxicos no siempre podían achacarse a defectuosa preparación de la conserva alimenticia, sino que en ocasiones eran provocados inconscientemente por los mismos combatientes, al conservar abiertas las latas en aquel tiempo tan caluroso, en su deseo de disponer de alimentos para la lucha.

He aquí algunas manifestaciones morbosas de etiología alimenticia. Nuestro campo de alimentación ha sido estrecho, seguramente los compañeros que hayan dispuesto de más amplio podrán efectuar interesantes aportaciones.

Dr. Pertejo.—Hace resaltar el mayor porcentaje de diarreas originadas por mantequilla que por sardinas. La mantequilla dada en el desayuno para proporcionar grasa produjo en los Batallones verdadera epidemia de diarreas, hasta 15 o 20 deposiciones, mucosas, sanguinolentas, que desaparecían cuando se dejaba la mantequilla y cedían muy bien con el subnitrito de bismuto y según el número de deposiciones, así dábamos un número que la modifican, labor que efectuaban los mismos sanitarios, pudiendo con el bismuto continuar tomando mantequilla. Por falta de carbón no pude efectuar comparaciones.

Le llama la atención el considerable número de afecciones gastro intestinales y en particular la colitis que llenan los partes de las evacuaciones, lo mismo los de Brigada que los de Hospitales. Del término colitis se abusa, incluso por los especialistas, siendo el cajón de sastre o comodín, que no se lo explica, pues en la guerra no hay mayor frecuencia que en época de paz. Colitis no es decir nada como tampoco lo es dispepsia.

Dr. Parada.—Efectivamente, por nuestro Laboratorio del Hospital y venciendo

las dificultades de practicar en un modesto laboratorio clínico, un análisis químico, pero siempre deseosos de dar cumplimiento a cuanto se nos disponga, pudimos realizar en la harina recogida los análisis precisos para decucir la gran cantidad de salvado que contenía, así como de arroz molido, no encontrando cornezuelo de centeno, ni otras substancias tóxicas.

Sobre lo referente a la mantequilla, de que nos habla el Mayor Pertejo, debemos recordar que el ácido de la mantequilla, el ácido butírico, es el ácido graso de cadena más corta, pues solo tiene cuatro elementos de carbono, y por lo cual el poder de su digestibilidad es más elevado entre las grasas. Ahora bien, al enranciarse la mantequilla el ácido butírico, se transforma en ácido graso con más engarces de carbonos, que son, como las demás grasas, menos digestibles, por lo cual puede decirse que los trastornos digestivos achacables a la mantequilla no pueden ser admitidos en estado fresco y puro, sino el estar enranciada o adulterada por otras grasas, pues como decimos la mantequilla fresca es la grasa más digestible por su fórmula química.

Dr. López Alonso: Pregunta si la harina era la misma para la población civil y militar.

Después *el Dr. Parada*, pidiendo permiso al *Dr. Yagüe*, manifiesta, que él, que fué encargado de recoger las harinas, que éstas eran las mismas para el consumo de la población civil y militar.

Dr. Yagüe.—(rectificación) Estima muy razonable la adición de grasas en forma de manteca en el desayuno, pero debe ir acompañada siempre de una bebida caliente, pues si se daba en frío, sería superior en calorías, pero peor toleradas.

Los efectos laxantes expuestos por el Mayor Pertejo, originados por la manteca, no pudieron ser observados en el Hospital, por las mismas razones expuestas de su benignidad. En cambio, las manifestaciones tóxicas originadas por sardinas fueron muy abundantes en el Hospital. Desde luego que el diagnóstico de la colitis no dice nada, como tampoco dispepsia ni catarro, pero los médicos de estos frentes se están capacitando de tal modo que afinan los diagnósticos hasta llegar a hacer el de piloritis. La considerable difusión del término colitis, desde luego ha podido estar influenciada por el Congreso de patología digestiva celebrando en Barcelona hace algunos años, en el que se estudió la etiología, patogenia y tratamiento médico y quirúrgico de la colitis, cuyo peso lo la llevó a la escuela catalana el *Dr. Gallart Monés*.

Un caso de rotura de uretra por contusión perineal

Dr. Morató.

Es interesante, para indicar el gran valor que tiene la observación atenta de los traumatismos por contusión de la región perineal.

Exposición del caso e historia clínica

El día 13 de noviembre ingresó en el Hospital a consecuencia de un accidente por (automóvil) caída, Gregorio Escribano Torremolino, perteneciente a la 3.^a Compañía de Zapadores, de 25 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares dignos de mención, por inspección en la zona que aqueja dolor se aprecia una tumefacción en región escrotal por palpación, sensibilidad dolorosa a la presión en zona escrotal.

DIAGNOSTICO de ingreso: Magullamiento general, contusión en región escrotal.

Ingresó en la sala 2.^a de Cirugía donde estuvo sometido a vigilancia, fomentos calientes y analgésicos.

Podemos apreciar en el curso del enfermo, cómo la curva de temperatura a partir del segundo día del traumatismo hace resaltar su constancia térmica de elevación vespertina y descenso matutino, sin que por este solo dato se pueda establecer una conclusión clínica, aparte de la posibilidad de que ésta sea motivada por la inflamación testicular que desde el comienzo se aprecia. Sin embargo, al cuarto día de estar sostenida esta temperatura y el hecho de que lejos de remitir los fenómenos locales vayan éstos en aumento, hacen sospechar la posibilidad de una complicación séptica en zona de contusión.

Es preciso llegar al momento en que el enfermo no produce ninguna micción para que sea requerido nuestro concurso.

Llama la atención sobre manera el aspecto del escroto del enfermo, enormemente distendido y voluminoso, de color rojo violáceo, el edema no despreciable de pene, así como una reacción de tipo linfático-vascular del pubis y zonas latero-púbicas, todo ello sumamente doloroso a la exploración y acompañado de un estado

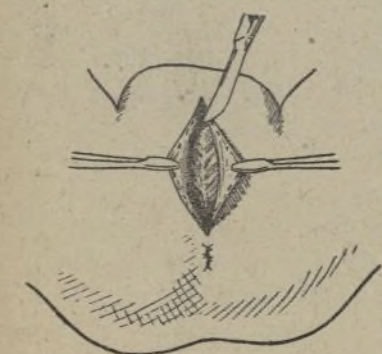
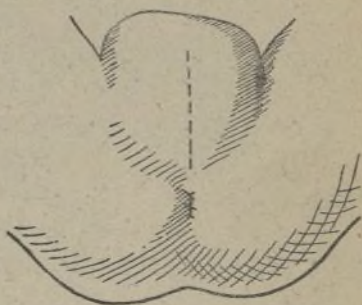
general del enfermo, de adelgazamiento, facies angustiosa, pálida y desencajada, pulso frecuente y temperatura moderada de 37'7°.

La anuria por retención vesical, puesto que la vejiga aparece repleta de orina, fácilmente palpable y de contornos dibujados, la (a nuestro juicio) infiltración discreta de orina en los tejidos y el aspecto del enfermo, juntamente con el dolor, más localizado en trayecto uretral con el antecedente traumático del enfermo, nos hace formular un diagnóstico de rotura uretral por esfacelo, con retención consecutiva inhibitoria de defensa.

Una duda nos queda a resolver para hacer la intervención, a base de un proceder correcto, ¿qué técnica debe ser realizada? ¿La talla vesical? ¿Ir a buscar la zona de uretra seccionada? La primera, de fácil técnica, nos resuelve rápida y de un modo sencillo el problema de momento, es decir, el vaciamiento de la vejiga evitando la retención; pero esto implica dejar subsistente una fistula vesical y sin resolver la fistula uretral originaria del trastorno; esto es, que el enfermo debería soportar esta primera intervención para luego serle realizada otra en zona uretral y una o varias más para el cierre de ambas fistulas.

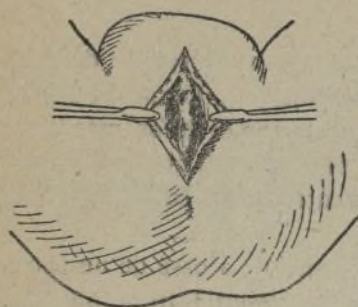
La segunda técnica nos ofrece una incógnita y es la de la altura a que está localizada la rotura uretral. La exploración directa está impedida por la inflamación y el edema escroto perianal: el sondaje lo juzgamos imprudente y nada práctico. Acudimos a nuestro capítulo de recuerdos y cambiando impresiones juntamente con nuestro ayudante Dr. San Nicolás y el Dr. Parada resolvemos practicar una instilación del lipiodol en uretra y pasamos

a rayos X al enfermo siendo el resultado tan exquisito, que gracias a él hacemos el diagnóstico confirmante de rotura uretral en zona perianal del lado derecho, pudiendo así realizar nuestra intervención con una precisión absoluta de localización.

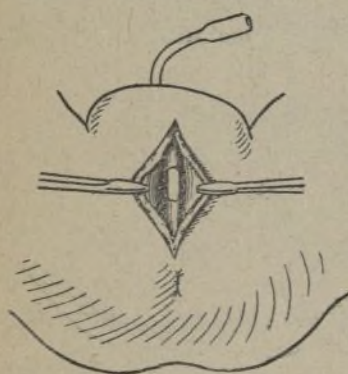


La técnica seguida es la siguiente: practicamos una incisión escroto perianal siguiendo trayecto aproximado de uretra y después de combatir una muy respetable hemorragia en sabana (muy corriente en esta región) llegamos a la rotura uretral con un pequeño absceso hemático-seroso (ya visto a Rayos X) los tejidos están muy infiltrados y se dislaceran fácilmente, procedemos a la limpieza del foco y busca del segmento uretral posterior, cosa no ciertamente fácil por el estado de los tejidos, introducimos una sonda por uretra penéal y otra por uretra proximal, (espacio

destruido entre ambas de un centímetro), y sondamos por esta última la vejiga que elimina una orina abundante y sanguinolenta. Procedemos a las ligaduras de rigor, extraemos la sonda vesical para introducir el exmo de la sonda pasada por uretra



general y sigue orinando por su sonda permanente, quedando así en forma de poder ser objeto de plastia uretrales en momento oportuno para su total cura-



peneal hasta la vejiga y establecer así el sondaje directo, y con un tan amplio drenaje como la herida operatoria en sí; enviamos al herido a la sala, donde a los tres días remite totalmente la temperatura, mejora su estado ge-

ción, o bien, si este enfermo no quisiera operarse, quedar con una fístula uretral que no determinaría más molestias que las inherentes a sus micciones, sin que para nada comprometa ninguna función u órgano. De este caso, hemos sacado la siguiente conclusión: 1.º Todo traumatismo de región perianal por contusión debe ser vigilado y tratado como posible perforado de uretra.—2.º El lipiodol puede ser sumamente útil en exploración prequirúrgica de uretra a Rayos X.—3.º El tratamiento seguido lo consideramos el más correcto en estos casos.

* * *

Dr. Parada.—Considero de interés hacer resaltar el juicio clínico con que el compañero Cirujado Dr. Morató, actúa siempre, pues su buena técnica es de todos conocida. El sentido clínico, que no siempre acompaña a los cirujanos, resalta aquí; pues someter inmediatamente estos enfermos a una intervención larga para restaurar la uretra, sería una falta de buen criterio. Sobrados procedimientos operarios han sido propuestos, pero la regla debe ser hoy esperar la indicación precisa para intervenir.

Se ha observado que basta a veces poner al enfermo en posición de talla para que los dos extremos de la uretra seccionados, que parecían muy separados, se juntaran. Así por algunos autores se demostró que la uretra se regenera rápidamente, aún después de gran pérdida de substancia, si entre los dos extremos se pone un tutor que dirija la cicatrización. La única cosa urgente en el tratamiento de la rotura de uretra, es impedir que la orina se vierta en los tejidos dislacerados; que esto sea con la sonda permanente, si es posible introducirla, o con la talla; los franceses han exagerado el peligro de la sonda permanente, en cambio la mayor parte de los cirujanos ingleses, americanos y canadienses, emplean muchas veces este procedi-

miento. La ventaja de la sonda permanente introducida directamente o por vía retrogada, es que dilata la uretra, se opone a las deformaciones que podrían producir las lesiones de los ligamentos pubiopostáticos, y que al mismo tiempo que mantiene la continuidad de la uretra, dirige la cicatrización y sirve para el degranaje. El degranaje supra pubico es bastante imperfecto, no asegura más que la salida del exceso vesical y deja muchas veces en el fondo, una gran cantidad de orina sucia. Para que el degranaje vesical sea bueno, precisa añadirse la incisión perineal.

El Dr. Morató da las gracias al Dr. Parada y agradece sus oportunas consideraciones respecto al caso expuesto.

Trozo de metralla intranasal penetrado por vías naturales y extraído por la misma vía

Dr. Prada.

El caso que presento a la consideración de este círculo médico no tiene más interés que el de sumar un nuevo accidente de guerra, en que la casualidad se pone tan de manifiesto en favor de nuestro herido, que parece inexplicable lo que voy a relatar.

En las pasadas operaciones de Brunete, fuí requerido por el practicante de guardia camarada Atané para asistir a un herido que presentaba una intensa hemorragia nasal derecha, sin observar ninguna herida en el exterior de las ventanas de la pirámide nasal. El interrogatorio nada puso en claro del accidente, puesto que el herido fué recogido exánime del suelo después de la explosión de un obús. Como medida de urgencia le fueron administradas inyecciones de coaguleno y de suero fisiológico para reparar la gran pérdida de sangre; igualmente le hice un taponamiento nasal anterior, de dicho lado, el cual conservó colocado durante 48 horas. Ese taponamiento fué renovado permaneciendo colocado igualmente otras cuarenta y ocho horas. Como la hemorragia no cesaba, si bien con caracteres menos violentos, y el estado inflamatorio de la fosa nasal no permitía hacer una rinoscopia minuciosa, tuve necesidad de efectuar, mediante adrenalina y cocaína, un isquemia de anestesia de dicha fosa.

Una vez conseguido esto, distinguí en el meato nasal superior, un cuerpo metálico enclavado en dicha región, el cual ocultaba por completo la porción superior de dicha fosa; con ayuda de pinzas fuertes y separadores pude extraer el trozo de metralla que os presento, el cual, como observaréis, mide tres centímetros y medio de longitud; por las porciones más anchas, un centímetro y medio de espesor y con un peso de cincuenta gramos; una vez extraído a través de la ventana nasal y con grandes dificultades, debido a su volumen, pude apreciar una destrucción de parte alta de la lámina perpendicular del etmoides y fractura del bómer, así como también de la región etmoidal viéndose al descubierto las celdillas anteriores de dicho hueso.



Costado



Frente

Cómo veis, lo verdaderamente asombroso es cómo pudo penetrar un cuerpo metálico de tal magnitud, sin producir ninguna herida visible de la ventana nasal, adap-

tándose en su penetración de una manera tan ceñida que como he dicho anteriormente, me costó trabajo su extracción a pesar de haber adrenalizado dicha fosa.

Todos los aquí presentes recordamos casos verdaderamente inexplicables y caprichosos en las heridas de guerra, pero este a mi juicio puede competir con los más afortunados.

* * *

Dr. Pertejo.—No nos ha sido explicado el motivo o mecanismo de entrada; porque no produjo ninguna lesión apreciable en el orificio nasal, puesto que sería lo más interesante del caso poder apreciar si habían intervenido factores de índole balística, ya que Forgue indicó ciertas líneas de corrientes y vacíos que podrían determinar acaso una dilatación de las fosas nasales y así poder justificar cómo ha entrado el cuerpo extraño sin lesionar las paredes ni el orificio de entrada, siendo éste, más pequeño que aquél.

Dr. Cervantes.—Cree que la dificultad en la extracción del cuerpo extraño, obedecía más bien a la inflamación de la fosa nasal correspondiente, puesto que había sido extraído a los 4 ó 5 días de su introducción.

Camarada Atané.—Por haber sido aludido directamente por el ponente, tengo que manifestar, que estando de guardia el día del ingreso del herido, se presentó simplemente con una abundante epistaxis, que no podíamos contener, por lo cual fué trasladado al especialista.

Dr. Prada.—Agradezco las intervenciones de los Camaradas Pertejo, Cervantes y Atané que con ellas han ampliado mi modesta comunicación.

Por separado quiero indicar al camarada Pertejo, en primer lugar, que no creo que las condiciones de aire de que se ha ocupado puedan tener importancia en este caso; igualmente ignoro, por ser ajeno a mi profesión médica, y carecer de conocimientos artilleros, si al explotar el obús, los trozos de metralla pueden ser lanzados en estado de semifusión, pero tanto esto fuese o no verosímil, que como anteriormente digo, lo ignoro, no hace al caso médico que presento.

Lo extraño de la entrada tiene todo el interés por no haber apreciado herida macroscópica en la ventana nasal, la cual tuvo que dilatarse de igual forma que se obligó al extraerlo.

Dr. Pertejo.—Manifiesta que no comprende cómo las teorías de las modificaciones de aire en el campo de la balística, no pueden explicar el fenómeno y en cambio se nos dan dos suposiciones completamente contrarias. Que el cuerpo extraño (metralla) se encuentra en cierto grado de fusión, y siendo éste de unos 1.000 grados produciría necrosis y quemaduras que no han sido observadas, y la otra por la dilatación del ala de la nariz, al ser la localización profunda no lo aclara tampoco. Es un caso curioso e interesante para hacer un trabajo sobre las modificaciones del aire en zonas de explosión.

Dr. Catalina.—Dice que trae un saludo del Jefe de Sanidad del Ejército del Centro, que hubiese asistido muy gustoso, pero que ocupaciones del cargo se lo han impedido.

Felicitó por el trabajo realizado no sólo por lo que supone la asistencia y curación de heridos y enfermos; sino porque sumáis aquí el grano de arena para laborar en beneficio y engrandecimiento de la ciencia. Animo a todos a seguir trabajando con el mismo ahinco y espíritu que hasta ahora. Salud.

Y por ser la hora reglamentaria se levanta la sesión a las 9 de la noche.

Imprenta de la
3.^a División