

LA VOZ

de la

SANIDAD

DEL EJERCITO DE LEVANTE

S U M A R I O

Preparémonos para el invierno, *Editorial*.—Organización sanitaria del terreno en los primeros escalones, en lucha defensiva, *O. G.*—Consideraciones sobre algunos casos de aneurismas, *E. Díaz Gómez*.—Hacia una mejor organización en el tratamiento de los fracturados, *J. M. Massons*.—Hernia diafragmática estrangulada, *J. M. Madinaveitia* y *F. Cabanillas*.—Perforación intestinal, *J. M. Madinaveitia*.—Sobre el tratamiento abierto de las heridas abdominales, *R. Díaz Sarasola*.—Buzón.—Distancia de los hospitales al frente, *A. P. Rodríguez Pérez*—Bibliografía.—Los sanitarios dicen...—Contemplaciones sobre nuestra Sanidad, *G.*

Historieta de López Rubio.—*Esquema anatómico de López Mechó*—*Dibujos de Buero*.

EL INVIERNO SE ACERCA



Nuestros soldados no pasarán frío.

AÑO I

10 DE OCTUBRE DE 1938

NÚM. 9

PREPARÉMONOS PARA EL INVIERNO

EL Estado Mayor y el Comisariado de la Agrupación de Ejércitos de la Zona Central han dado la primera señal: Los partidos y sindicatos y las organizaciones de ayuda han recogido esta iniciativa, y ahora comienza el desarrollo de un potente movimiento bajo la divisa «pro campaña de invierno». La Sanidad debe sumarse a este movimiento y tomar sus medidas para el invierno.

Tenemos excelentes razones para una campaña temprana. En el primer invierno estuvimos, desde el punto de vista de organización, mal preparados—no podía ser de otro modo—, pero disponíamos de grandes recursos, y esto compensó, en parte, las faltas de organización. Para el segundo invierno estuvimos ya mejor preparados, pero de ninguna manera de la forma adecuada a las posibilidades materiales, entonces aún considerables. Recordemos tan sólo nuestra ofensiva de Teruel, donde el frío causó quizás no menos bajas que las balas enemigas; la parte de culpa de la Sanidad en estas bajas no fué insignificante.

Queremos estar mejor preparados para el tercer invierno, aunque nuestros recursos materiales han disminuído mientras tanto muy considerablemente. Pero serán suficientes si sabemos atender a que todo, aun las más pobres fuentes, no sean desaprovechadas.

La preparación de la Sanidad para la campaña de invierno tiene su carácter especial. Esta preparación se compone de prescripciones y medidas que aseguran la base material y de disposiciones profilácticas para prevenir las consecuencias dañosas específicas de la estación.

La Sanidad debe exponer de antemano sus necesidades en los sitios reglamentarios. Pero no nos hagamos ilusiones: tenemos derecho a esperar de la Intendencia muchas cosas, pero no todas. Y el Jefe de Sanidad que se confía en el abastecimiento de ropas, mantas, etc., para sus heridos, sólo a la Intendencia, lleva un camino equivocado. Debemos aprender también a movilizar los recursos exteriores. La Sanidad debería, a nuestro modo de ver, estar representada en los Comités «Pro campaña de invierno», participar en su actividad y también en los resultados. Tenemos, además, nuestros recursos internos; se componen de una conservación, distribución y recuperación

razonadas de los medios que están o pasan por nuestras manos. ¡Cuántas ropas han sido desechadas hasta ahora en los puestos sanitarios y hospitales como inservibles! ¡Cuántas innecesariamente han sido inutilizadas! Recordemos tan sólo el número de ropas de heridos rasgadas o cortadas arbitrariamente. ¡Cuántas mantas se han ido a



la retaguardia con los heridos del frente! Todo esto hay que superarlo ahora por medio de medidas certeras. La preparación material para el invierno no se refiere sólo a las ropas y mantas: se trata también de todo el material que nuestros hospitales necesitan para su buen funcionamiento en aquella estación. Especialmente, los hospitales

con un carácter más fijo, por estar en la situación conveniente para ello deben tomar con tiempo sus medidas.

Debemos prepararnos también contra otro enemigo («invernal»): movilizar todos los medios para la lucha contra el piojo.

Que ningún sanitario desconozca cómo debe prevenir al soldado contra las congelaciones; que no ignore las primeras medidas acertadas a ejecutar en casos de extremidades congeladas. ¡Los «pies de trinchera» de Teruel no deben llenar otra vez las salas de nuestros hospitales!

Debemos controlar desde ahora el vestido y alimentación de nuestras tropas mucho más cuidadosamente que hasta hoy, para que el mando militar pueda subsanar a su tiempo las faltas en los límites de lo posible. Debemos estar más cerca de los soldados, para conocer y sentir mejor sus necesidades y sufrimientos y para que tengan a su lado consejo y ayuda. Ellos deben sentir en más proporción que la Sanidad les cuida.

Convendría dar a nuestra preparación para la campaña de invierno una unificación por medio de disposiciones o normas centralizadas y controladas, que dejasen al mismo tiempo el margen suficiente para las iniciativas de las Unidades sanitarias inferiores; más aún, procurando dar por medio de aquellas un impulso a la celebración de concursos entre éstas para la mejor realización de la campaña.

El tercer invierno de guerra debe encontrar a la Sanidad preparada. Ella debe desarrollar este invierno su máxima efectividad: con ello aumentará su parte en los éxitos militares futuros.

Organización Sanitaria del terreno en los primeros escalones, en lucha defensiva

(CONCLUSIÓN)

IV. Obras sanitarias en los fortines

Si la línea de defensa se construye, no por el sistema de trincheras, sino, por ejemplo en forma de puestos de resistencia o fortines, cambia en algunos aspectos el plan de la «fortificación sanitaria». Cada puesto de resistencia, cada fortín será al mismo tiempo una unidad sanitaria, independientemente de la magnitud de la unidad que lo defiende. Tanto más cuanto los puestos o fortines carezcan de comunicación directa entre sí. Las condiciones técnico-ingenieriles son en esta forma para la Sanidad más difíciles, pero en otros aspectos más favorables. Como el P. de S. debe estar situado dentro del fortín, los trabajos necesarios para ello se realizan automáticamente dentro del plan general de fortificación; supuesto, naturalmente, que la Sanidad interviene a su tiempo en este sentido cerca de los ingenieros. Un previo conocimiento del plan por el médico es aún más importante en esta forma de obras que en las obras defensivas del sistema de trincheras, porque los acoplamientos posteriores son más difíciles. La capacidad del P. de S. depende, como es claro, de la cantidad de fuerzas que ocupan el fortín.

La dificultad fundamental en el aspecto sanitario de los fortines subterráneos está en la eliminación de los desperdicios y en la cuestión de la ventilación. La mejor solución para los retretes está en poner tubos suficientemente anchos que lleguen al exterior, con un mecanismo rudimentario de irrigación; si esto no es realizable, habrá que contentarse con hacer pozos lo más profundos posible. La construcción de los retretes debe permitir una oclusión completa de los orificios para que la permanencia en el fortín sea soportable; la desinfección frecuente hace lo demás. Retretes y zanjas para desperdicios hay que hacer además fuera del fortín, pues éste no implica una permanencia continua en el mismo.

Lo dicho anteriormente sobre la defensa contra la acumulación del agua de lluvia tiene en estas fortificaciones aún más importancia. Un mecanismo apropiado en ese sentido se deducirá de la construcción del fortín mismo. La ventilación se soluciona con orificios que pasan por todo el espesor hacia el exterior en forma de chimeneas, revestidos, si es posible, con material (ladrillos, cemento, etc.). Estos tubos o chimeneas deben emerger de la superficie de la tierra y terminan tapados y provistos de aberturas laterales. Finalmente se camuflan. Estas chimeneas deben situarse en número suficiente y en diversos puntos distantes, precaviéndose

así de la posibilidad de un taponamiento. Hay que preocuparse de sitios adecuados para la reserva de agua y alimento; la posibilidad de calentar éste apenas será realizable en algún caso, por causas de seguridad.

Si la permanencia en estos fortines se prolonga y las circunstancias lo permiten, se puede perfeccionar considerablemente la organización sanitaria del terreno. Cuando estén incluidos edificios en la línea defensiva habrá espontáneamente condiciones favorables; el frente de Madrid ofrece en este sentido ejemplos únicos. Pero también hemos visto en obras artificiales, por ejemplo, preparar mecanismos para duchas. Y nosotros mismos pudimos permitirnos en un sector del Centro ofrecer a los soldados, inmediatamente detrás de las trincheras, duchas calientes en completa seguridad.

V. Improvisaciones. Su constante perfeccionamiento

Todo lo hasta ahora dicho se refería al caso en que las condiciones hacen posible un desarrollo óptimo de la organización sanitaria del terreno. ¿Y si no es éste el caso? Si se dispone de poco tiempo, si la línea a fortificar es sólo una etapa pasajera en una retirada estratégica o

forzada, e inclusive si la fortificación se realiza por los mismas unidades que se retiran aceleradamente, ¿qué se hace entonces para la organización sanitaria del terreno?

Claro es que la Sanidad no puede hacer otra cosa que el Mando militar, y debe contentarse en tal caso con medidas de elemental importancia; claro que el médico no pensará entonces primeramente en las medidas higiénicas, sino que estudiará los caminos para la evacuación del herido e improvisará rápidamente un P. de S. Pero el apuro de tiempo y la falta de estabilidad se supervaloran en la Sanidad frecuentemente, y no es raro ver, en lugar de un trabajo operativo razonado, un desbarajuste. Al día siguiente de la ocupación y del mantenimiento con éxito de una nueva línea, los soldados están ya en el momento de perfeccionar sus posiciones.—¿Qué frecuente es que los mismos combatientes, cansados de la lucha del día, se pongan por la noche a fortificar sus trincheras!—. No otra cosa debe hacer la Sanidad. La posición más insegura lo será aún más si no se trata inmediatamente de proveer al P. de S. improvisado de un refugio. La consideración de la importancia gradual de las diversas medidas sanitarias no debe excluir la atención constante hacia las que son secundarias. El pensar en lo fundamental no excluye el preocuparse por el detalle: al margen de la evacuación de los heridos, el abastecimiento de agua; junto a la primera cura, la distribución, por ejemplo, de las dosis profilácticas de quinina; y siguiendo en este concepto, el perfeccionamiento ininterrumpido, paso a paso, de la organización sanitaria del terreno. Al fin y al cabo, los cálculos militares no son infalibles: la posición a la que se ha supuesto un significado provisional puede poco a poco, y durante la lucha misma, convertirse en un fortín casi inexpugnable, en cuyo abandono no se piensa ya. Hasta este posible momento la Sanidad debe también haber logrado organizar perfectamente el terreno.

Se puede revertir lo dicho; ningún fortín es absolutamente inexpugnable. Se puede llegar quizás a abandonar las mejores fortificaciones. Una posible retirada debe también por ello figurar en el plan de la Sanidad; el conocimiento del terreno situado hacia atrás puede alguna vez al Jefe de Sanidad prestar buenos servicios. Y, finalmente, no hay que olvidar que la defensa no es un fin en sí mismo, y que la Sanidad, aun durante las fortificaciones más estables, debe prepararse constantemente para seguir a las Unidades en posteriores ataques.

VI. El personal

Hemos ya mencionado al principio que para los trabajos de la «fortificación sanitaria» se emplea personal de origen diverso. Si los ingenieros forman escaso número y debe la propia Infantería preocuparse de las obras de fortificación, la Sanidad puede esperar poca ayuda: ella debe llegar por sus propias fuerzas. Pero aun si las fortificaciones las realizan en su mayoría los ingenieros o las tropas de

reserva exclusivamente destinadas a este fin, la Sanidad tampoco puede esperar la completa realización por estas fuerzas de los trabajos sanitariamente necesarios. Ni es preciso: la Sanidad tiene sus reservas propias—los Grupos de Sanidad de Brigada y los Batallones de Sanidad de Cuerpo de Ejército, donde los hay—que, si son justamente valoradas, pueden ser empleadas en diversos sentidos. Y uno de sus empleos más importantes es precisamente su colaboración en la fortificación sanitaria. Un progreso considerable en tal sentido significaría la propuesta hecha por nosotros en otro lugar de creación de Compañías mixtas de sanitarios-zapadores dentro de los Batallones de Sanidad. Esta propuesta se podría completar con la creación de Secciones de sanitarios-zapadores en cada Grupo de Sanidad. Pero aun tal como estos son ahora, pueden participar en las obras de fortificación de una manera eficaz.

No hacemos divagaciones teóricas; en un frente de posición temporalmente muy prolongada, la Sanidad ha asumido casi completamente la creación de su fortificación. Hemos creado nosotros mismos los P. de S. de Batallón y de Compañía, nuestros refugios, las obras de higiene en las trincheras; participamos en el acondicionamiento de las trincheras de evacuación; en casos de apuro, como en un diluvio, se han creado grupos de choque de sanitarios sacados de los Grupos de Sanidad de Brigada, que han sido enviados a ayudar a las compañías. Claro que todo esto es difícilmente posible si los trabajos se han de realizar en tiempo relativamente corto. Sin embargo, la Sanidad puede siempre holgadamente asumir la construcción de sus P. de S. por sí misma y, parcialmente, las obras de higiene. Los trabajos se realizan bajo el control técnico de los ingenieros y con las herramientas por ellos prestadas; a la vez, el médico controla, por su parte, los trabajos realizados por los ingenieros y que afectan a la Sanidad.

VII. La Sanidad durante los trabajos de fortificación

No hay que olvidar que las tropas deben ser también sanitariamente asegura-

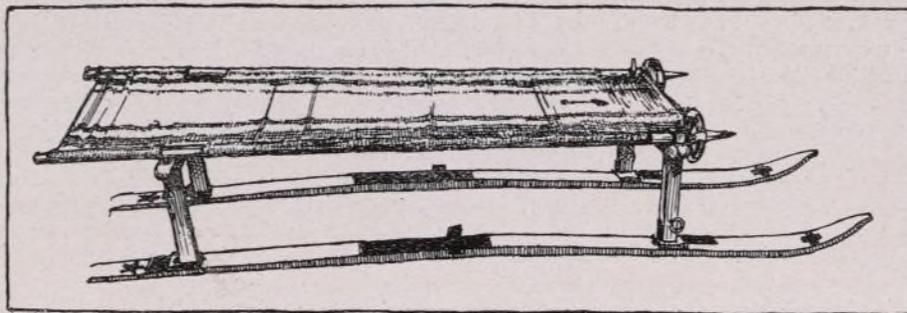
das durante los trabajos de fortificación. Si los trabajos se realizan por unidades de línea, no hay problema: la Sanidad de las unidades respectivas se preocupará de los fortificadores. Tampoco hay dificultad si hacen la obra unidades compactas de ingenieros: éstos tienen su propia Sanidad, que sólo debe estar en contacto con el escalón sanitario superior más cercano. Pero si los trabajos de fortificación se realizan por grupos especialmente destinados a este fin, que, además, no son a veces militarmente definidos, entonces la ayuda sanitaria debe venir de fuera. Es obligación de cada Jefe de Sanidad, no importa de qué escalón, el preocuparse de la seguridad sanitaria de las unidades de fortificación en su sector. Si se tiene en cuenta que en estos trabajos participan a veces masas considerables, y si se piensa que estas concentraciones son objetivos valiosos a la aviación enemiga, debemos convenir en la necesidad de esta preocupación.

*

La lucha defensiva significa para la Sanidad un trabajo duro. Verdad es que la atención a las bajas casi nunca tiene que ser tan grande como en las ofensivas, pero en cambio los problemas se multiplican en lo que concierne a la organización del terreno y su solución no ofrece menos dificultad que la lucha ofensiva. También el número de bajas puede ser, por la calidad de las armas modernas, bastante considerable. La Sanidad puede llevar a cabo su tarea tan sólo si ha hecho lo posible en la organización sanitaria del terreno. Esta permite el máximo desarrollo de la iniciativa personal, tanto en la satisfacción de las pequeñas exigencias higiénicas como en la solución creadora de las tareas técnico-constructivas. El médico que hace este trabajo airoosamente encontrará en él una gran satisfacción personal, una satisfacción cuya raíz está en la seguridad de haber hecho todo lo necesario para hacer la vida de nuestros combatientes en las trincheras más segura, soportable y aún más agradable. Y esto es una fuente no pequeña de la moral combativa para nuestros soldados.

O. G.

MEDIOS SANITARIOS DE TRANSPORTE DEL EJERCITO ROJO EN LOS PRIMEROS ESCALONES



Camilla sobre esquis

Consideraciones sobre algunos CASOS DE ANEURISMAS

Por E. DIAZ GOMEZ, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Base de Murcia.

Exponemos en este trabajo una breve referencia de los casos de aneurismas que, hasta la fecha, llevamos operados en nuestro servicio de neurocirugía. Aunque estas lesiones no entran propiamente dentro del campo de la neurocirugía, les damos cabida en nuestro servicio porque en su mayoría llevan asociadas lesiones nerviosas, y en aquellos casos en los cuales esta posibilidad no se presenta, siempre tienen un gran interés para nosotros desde el punto de vista del estudio de la acción de las intervenciones sobre el simpático en dichas lesiones; bien como tiempo previo de tratamiento, bien para remediar algunas de las complicaciones que después de estas operaciones pueden presentarse. Esto aparte de ciertos casos en los cuales la operación sobre el aneurisma plantea interesantes problemas de índole neurológica; tal como sucede en los aneurismas de las carótidas primitiva e interna y de los cuales tenemos algunos casos muy interesantes.

Tenemos que hacer la declaración de que este pequeño trabajo no es sino una nota previa para dar a conocer algunos de los resultados que hasta la fecha hemos obtenido, dejando para más adelante otro trabajo más completo y con más acopio de datos, sobre todo en lo referente al aspecto neurológico. El intenso trabajo clínico que sobre nosotros pesa nos ha impedido hacer una cosa: incluir en el mismo las historias y diarios clínicos tan extenso como hubiera sido nuestro deseo.

A continuación hacemos una enumeración de los casos tratados por nosotros:

1.º Fernando Gutiérrez.—Gran aneurisma de la plopítea izquierda rota desde unos diez días. Pierna fría, edematosa, con pie y dedos violáceos. Grandes dolores. Operación: el día 1.º de junio de 1937. Disección de la región, vaciamiento de una enorme cantidad de coágulos, identificación del saco y de la arteria y resección del saco y del trozo de la arteria correspondiente entre dos ligaduras. Desaparición del edema; pierna y pie caliente con color normal, pero continúan los dolores. Después de esto se aprecian claramente síntomas de interrupción del ciático. Después de varios tratamientos de yodo, calcio, iontoforesis, etcétera, y en vista de que no recuperaba gran cosa es operado el día 8 de diciembre de 1937, encontrando un nervio íntegro, pero comprimido, por la cicatriz. Gran mejoría de los fenómenos sensoriales, recuperación parcial de los movimientos.

2.º Jeweczack Michail.—Aneurisma arterio venoso de la femoral derecha en el conducto de aproximadores. Sintomatología de irritación de nervios safeno y femoral. Ligero edema de la pierna. Operación: Disección de la región, resección del aneurisma y de los trozos subyacentes de las arterias y vena (día 4 de julio de 1937) y liberación de los nervios adheridos al saco. Desaparición del edema; curación.

3.º Mistal Gisbert.—H. a. f. en hombro derecho, con interrupción del nervio radial y circunflejo. Operación sobre el plexo el día 25 de agosto de 1937. Se encuentra un aneurisma arterial de la axilar con los elementos del plexo adheridos a las paredes del saco. Liberación de los nervios (éstos están en muy buen estado, solamente con perineuro inflamado) y resección del saco entre dos ligaduras. Gran mejoría; recuperación considerable del radial.

4.º Manuel Baseras Nieto.—H. a. f. con o. e. en la región cervical derecha y o. s. en el mentón, con fractura del maxilar inferior. Aneurisma de la carótida derecha del tamaño de una manzana con considerable expansión y soplo y que se extiende

desde el nivel del cartilago tiroides hasta por dentro del ángulo del maxilar. Síntomas neurológicos negativos. La fractura del maxilar es tratada por el doctor A. Pascual Murcia. Operación el día 25 de agosto de 1937. Anestesia local, disección de la región encontrando un saco aneurismático de tamaño considerable que se extiende hacia arriba desde un poco por debajo de la bifurcación carotídea. En vista de la imposibilidad de hacer una operación radical, practicamos una simpaticectomía de la carótida primitiva seguida de la resección de un trozo de la misma de unos dos centímetros, entre dos ligaduras de seda y una ligadura de la yugular interna. El curso post-operatorio es excelente; el herido no acusa ninguna alteración de orden neurológico y el saco deja de latir y se reduce considerablemente de tamaño. En este estado se mantiene durante un mes, al cabo del cual reaparece de nuevo el latido y el saco, que había disminuído de tamaño, vuelve a recuperar el que tenían antes de la operación. Segunda operación el 22 de noviembre de 1937. Como su fractura de maxilar derecha marchaba mejor y se le había quitado el dispositivo de bloqueo, que primitivamente llevaba, practicamos una anestesia general con el cloroformo. Puesta al descubierto la región la ligadura de la carótida se mantiene en excelente estado. Disecando el saco encontramos un grueso vaso arterial que desemboca en aquél, procedente de la porción postero-interna del cuello y cuyo origen no podemos identificar. Ligadura del mismo. El saco deja de latir. Después de esto podemos hacer un aislamiento y estirpación del total del saco, operación laboriosa, pero no excesivamente difícil. Curación.

5.º Cándido Noguera.—Aneurisma arterio-venoso de la poplítea derecha de tres meses de fecha. Dolores, la pierna fuertemente flexionada y el pie edematoso. Operación el 4 de septiembre de 1937. Disección de la región y resección del saco con las porciones correspondientes de la arteria y de la vena. Mejoría del edema y ligero aumento en extensión de la pierna. Se forma un hematoma que al evacuarlo origina una herida de curación muy lenta. Como la proteinoterapia y el tratamiento específico (Wassermann positivo), etc., no mejoraban gran cosa la marcha de la lesión se practicó una gangliectomía lumbar el 13 de diciembre de 1937. Cuando dejamos de ver al herido en el mes de enero su herida estaba casi cerrada y la anquilosis de la rodilla había disminuído mucho.

6.º Manuel Chiva Dols.—Aneurisma de la femoral izquierda rota. Operación de urgencia el 10 de septiembre de 1937. Disección de la región, evacuación de coágulos, identificación del punto hemorrágico y resección de un trozo de la femoral, común con la porción proximal de la femoral profunda correspondiente al aneurisma. A los tres días nueva hemorragia que es operada por mi ayudante, Dr. Elso, encontrando que la sangre procedía del trozo distal de la femoral profunda. Ligadura de la misma y taponamiento. Queda un edema de pierna y una herida de cicatrización muy lenta, complicado todo esto por la formación de numerosos abscesos en el muslo. A los tres meses gangliectomía lumbar. Desaparición del edema y cicatrización de la herida. Actualmente el herido está en nuestro servicio de nuevo, pudiendo andar sólo con un bastón y en estudio para tratarle una interrupción de la crural que le ha quedado.

7.º Baltasar Campo.—H. a. f. en el brazo izquierdo, con aneurisma de la humeral en su tercio medio y síntoma de interrupción del mediano, cubital, braquial cutáneo interno y músculo cutáneo. Operación el 22 de octubre de 1937. Aneurisma arterial del tamaño de una ciruela, de paredes gruesas a las que están adheridos los nervios. Liberación de éstos; el músculo cutáneo tiene que ser resecado en una longitud de unos cinco centímetros; mediano y cubital muy alterados con neurinomas en el punto

en que estaban adheridos a la pared del saco. Braquial inflamado, pero sin interrupción. Resección del saco entre dos ligaduras, teniendo que limitarnos a esto por la larga duración de la intervención (dos horas y media) y el mediano estado del herido. El miembro, después de la operación, queda caliente y con un mejor funcionamiento de la mano. Visto meses después, lo encontramos un poco mejorado, pero como la extensión de las lesiones nerviosas hacía un poco problemática la utilidad de una intervención (agravado esto por las retracciones y anquilosis de los dedos y muñeca que ya existían antes de la operación) se le propuso para expediente (1).

8.º Eckert Antoine.—Fístula arterio-venosa de la femoral en triángulo de Scarpa derecho. Operación previa de gangliectomía lumbar el 20 de noviembre de 1937. La pierna que estaba muy fría antes de la operación y ligeramente edematosa recobra una temperatura y un volumen normales. Igualmente se produce una disminución del tamaño del aneurisma y una reducción considerable del trill. Operación el 16 de diciembre de 1937: encontramos una fístula pequeña entre la arteria y la vena con aumento considerable del grosor de esta última. Resección de la fístula, sutura de la pérdida de sustancia arterial y resección del trozo correspondiente de vena (no pudimos suturar ésta por tener la pared muy friable). Después de la operación la pierna está caliente con buen pulso en la pedia, habiendo desaparecido unos ligeros síntomas de irritación del crural que antes acusaba. Curación.

9.º Julio Nuez.—H. a. f. en el hombro derecho con síntomas de complejión del plexo braquial y aneurisma de axilar. Operación el 21 de enero de 1938: disección de los elementos del plexo que estaban adheridos al saco, resección de un saco de aneurisma arterial de tamaño de una gruesa aceituna previa simpaticectomía del trozo proximal de la arteria; gran mejoría. Pendiente de un nuevo examen para terminar de tratar sus fenómenos neurológicos.

10. José Margarit Carles.—H. a. f. en la región cervical derecha a dos centímetros por encima de la clavícula y o. s. en el homoplato derecho. En el hueco supra clavicular derecho se aprecia una tumoración pulsátil del tamaño de una pequeña manzana y con fuerte soplo. Síntomas de complejión del plexo braquial. Mano fría y sin pulso en la radial. Operación el 1 de marzo de 1938: se encuentra un saco aneurismático que desborda por encima de la clavícula, sesil y aparentemente procedente de la subclavia. Arranque de la carótida en la región sin lesión; la yugular interna estrechada a ese nivel por adherencias. Todos los tejidos de la región estaban muy inflamados, esclerosos y sangrantes. Estado general del operado y anestesia medianos. Nos limitamos a pasar una cuádruple ligadura de seda muy gruesa por la base del saco apretándola muy poco a poco y con grandes precauciones hasta que el saco deje de latir. El curso postoperatorio fué bueno, y después de un par de meses, a partir de la operación, persistía en el hueco clavicular un nódulo duro y sin latido. Los fenómenos plexuales un poco mejorados. Visto hace pocos días continuaba igual. Se le propuso para tribunal.

11. Antonio Perales Cuenca.—H. a. f. en hombro izquierdo con un síndrome de interrupción de los mediano y cubital; cicatriz en hueco infraclavicular; mano cianótica y sin latido en la radial. Aneurisma en la axila. Operación el 2 de marzo de 1938: aneurisma del axilar alto, del tamaño de un huevo de paloma, arterial con los nervios del plexo englobados en las paredes del saco. Disección de los nervios y liberación de los mismos. El mediano y cubital están muy alterados, rojizos y acintados en una extensión de unos cinco a seis centímetros. Resección del saco, previa simpaticectomía del segmento central de la arteria. Al terminar la operación la mano está más caliente y presenta mejor color que antes de ella. Vuelto a ser examinado en el mes de julio encontramos una mano caliente con los mismos fenómenos de interrupción de los mediano y cubital agravados por una causalgia en la mano y una anquilosis de dedos y muñeca. Se le practica una estelectomía el día 1 de julio de 1938. En la última exploración habían desaparecido los dolores

en absoluto; tenía la mano más suelta de la anquilosis y presentaba mejoría en la sensibilidad. Se le instituye un tratamiento médico (yodo, iontoforesis, baños calientes, etc.),

12. Federico García.—Aneurisma de la femoral ancha en el extremo del conducto de las aproximaciones. Síntomas de irritación del crural. Gangliectomía lumbar previa el día 9 de diciembre de 1937. Operación el 10 de marzo de 1938: aneurisma arterial del tamaño de un huevo de gallina con las ramas del crural englobadas en la pared del saco. Disección y liberación de los nervios y resección del saco con el segmento de la arteria correspondiente. Curación de sus trastornos vasculares. Actualmente de nuevo en nuestro servicio (después de un tratamiento con iodo, calcio, etc.), marchando sin ninguna ayuda y en estudio para el tratamiento de sus síntomas de crural que persisten aunque atenuados.

13. Joaquín Izquierdo.—H. a. f. en el tercio superior del brazo izquierdo con aneurisma de la humeral; síndrome de interrupción de los mediano y cubital; causalgia y la mano contracturada «en piña». Operación el 14 de marzo de 1938: disección de la región; aneurisma arterial del tamaño de un huevo de paloma, con los mediano y cubital incluidos en las paredes del saco. Disección y liberación de los nervios; el mediano muy comprimido y deshilachado, el cubital se encuentra en buen estado, pero presenta inflamación en el perineuro. Resección del aneurisma con el trozo correspondiente de la arteria, previa simpaticectomía del segmento proximal de la humeral. Después de la operación la mano está caliente y un poco más suelta. La causalgia disminuye los primeros días, pero reaparece después, continuando la contractura y apareciendo pigmentaciones en la mano. El 14 de abril se le practica una estelectomía. A los tres meses nos encontramos con la desaparición de la contractura y de las pigmentaciones. Gran mejoría en el trofismo de la mano. Curación casi completa de los fenómenos de interrupción del cubital; los del mediano continúan en el mismo estado. Se le indica la conveniencia de que vuelva a nuestro servicio para un tratamiento ulterior de sus trastornos en la esfera del mediano.

14. José Sánchez.—H. a. f. en el tercio inferior de la cara interna del muslo izquierdo; orificio de salida en la cara posterior del muslo (cicatriz operatoria de extracción de metralla). Gran hinchazón del muslo; hematoma, pierna y pie frío y edematosos. Disección de la región del conducto de los aproximadores; gran hematoma con muchos coágulos e infiltración hemática de todos los tejidos. Encontramos un saco de aneurisma roto, procedente de la femoral. Estirpación del mismo con resección de un trozo de la femoral; previa simpaticectomía. A pesar de esto, sigue saliendo sangre del fondo de la herida; vemos que procede de una gruesa rama colateral arterial dependiente de la femoral profunda. Ligadura de la colateral. Se cohibe la hemorragia. En los días posteriores desaparece el edema; la pierna y el pie recuperan su calor normal y después de un curso postoperatorio un poco largo (por la lentitud, que activamos con proteínoterapia, de la herida en cicatrizar), abandona nuestro servicio marchando con facilidad y sin síntomas neurológicos perceptibles.

15. Pedro Campillo.—H. a. f. a unos tres dedos por debajo de la clavícula y orificio de salida en la región escapular del mismo lado. Tumor pulsátil del tamaño de una naranja en el hueco infraclavicular izquierdo y síntomas de compresión del plexo braquial con causalgia y grandes atrofas y anquilosis de dedos y muñecas. No pulsa la radial. Puesta al descubierto la lesión mediante sección de la clavícula y pectorales, nos encontramos con un aneurisma arterial de la subclavia, con un saco bilobulado con grandes adherencias a las ramas del plexo y numerosas colaterales arteriales. Ligadura previa de las subclavia a unos cuatro centímetros por encima del saco (previa simpaticectomía) otra ligadura por debajo y resección del saco, muy difícil y laboriosa en atención a las muchas colaterales que tuvimos que ligar y lo difícil que fué liberar los elementos del plexo braquial íntimamente ligados a las paredes del saco. Los nervios estaban muy alterados, rojizos, acintados y deshilachados en sus puntos de mayor adherencia. Sutura de la clavícula con hilo de plata y de los pectorales con catgut. Se practicó la operación el día 26 de junio de 1938. Después de ella la mano estaba caliente y en los días sucesivos observamos una desaparición de los dolores. Curso postoperatorio un poco largo por la formación de un

(1) En este caso pensamos en la posibilidad de emplear injertos de nervios, según la técnica de Gossel, con la cual hemos obtenido resultados apreciables en algunos casos. No lo llevamos a la práctica por no disponer en aquel momento de stock de médulas preparadas.

hematoma en la herida que supuró por la intolerancia de la clavícula al alambre de plata que hubo que extraer algunas semanas más tarde. Visto posteriormente encontramos el brazo y la mano calientes con los dedos un poco más sueltos, pero con los fenómenos plexuales aproximadamente en el mismo estado. Dado lo difuso y extenso de las lesiones se le propone para tribunal.

16. Fernando Martínez Cid.—H. a f. en el hombro derecho con lesión del plexo braquial, en especial de la rama interna del mediano. Operación el 2 de agosto de 1938. El plexo es puesto al descubierto mediante la sección de los pectorales. Mucha sangre. Al hacer la liberación de los elementos plexuales encontramos un aneurisma del tamaño de una pequeña ciruela, situada inmediatamente por debajo de la clavícula. Gran hemorragia por rasgadura del saco en su parte inferior y que cohibimos con gran dificultad. Sección de la clavícula para tener más campo; resección del saco entre dos ligaduras de la subclavia. Conseguimos liberar la rama interna del mediano que estaba adherida al saco; el resto de los elementos del plexo tenemos que dejarlos sin tratar por estar englobados en una ganga de tejido fibroso muy sangrante y además por la larga duración de la operación (dos horas). Sutura de la clavícula con catgut grueso cromado y de los pectorales con catgut hispamer del núm. 4. Curso post-operatorio bueno; brazo y mano calientes; mejoría de sus síntomas del mediano. Actualmente en tratamiento.

17. Marcelino Sánchez Ortego.—H. a f. en el cuello atravesando éste lateralmente al nivel de la tercera vértebra cervical. Lesión del plexo braquial izquierdo y aneurisma arterio venoso de la carótida en el lado derecho. No se aprecia tumoración y sí un trill muy fuerte. No hay síntomas en relación con su lesión carotídea. Operación el día 4 de agosto de 1938. Puesta al descubierto la región carotídea con incisión a lo *Crile*, pero sin seccionar la punta del mastoide, encontramos una fístula arterio venosa entre la parte externa del bulbo carotídeo, de un tamaño normal, y la yugular interna muy dilatada y con una curiosa tremulación producida por el paso de la sangre arterial a través de la fístula. Previa simpaticectomía, ligadura temporal de la carótida primitiva y de las c. interna y externa, en éstas sin tocar la túnica periatral. Cuádruple ligadura y sección de la yugular por encima y debajo de la fístula. Aislamiento del neumogástrico; resección a raíz de la fístula del saco venoso que tenía unos cuatro o cinco milímetros de diámetro. Sutura de la pérdida de substancia del bulbo carotídeo con dos suturas continuas de seda, quitando entonces las ligaduras temporales y viendo que no salía sangre por la sutura. Reconstrucción de los planos sin drenaje. Curso post-operatorio perfecto; el herido marcha del hospital al mes de ser operado con su herida cicatrizada y sin ningún trastorno; con permiso para volver más adelante para ser tratado de sus fenómenos del plexo.

18. José Grifé.—Aneurisma arterio-venoso (?) de la femoral izquierda en el triángulo de Scarpa. Hacemos este diagnóstico por el gran trill que se percibe muy fuertemente. Gangliectomía lumbar previa el día 21 de julio de 1938. Después de la gangliectomía, el aneurisma reduce bastante su tamaño; el trill continúa igual. Operación el 10 de agosto de 1938: encontramos que de la femoral surge un saco externo del tamaño de una gruesa aceituna. Las venas femorales están muy dilatadas y no podemos realmente identificar si existe comunicación arterio-venosa o no. Por dentro existe un saco un poco mayor, de paredes gruesas y que se insinúa entre las fibras del adductor. Resección de un trozo de la femoral entre dos ligaduras, con los dos sacos y por debajo del arranque de la femoral profunda. Ligadura de las dos venas femorales a consecuencia de una rasgadura de las mismas al aislar el saco. A los dos días hemorragia por la herida que se cohibe fácilmente con un taponamiento de Coaguleno. A los siete días erisipela en los bordes de la herida. Aislamiento y suero antiestreptocócico. A los nueve días gran hemorragia, que es asistida por mi ayudante doctor Sierra, encontrando un gran foco y vasos friables que se ligan con gran dificultad. Fiebre alta (39°) y «exitus», al día siguiente.

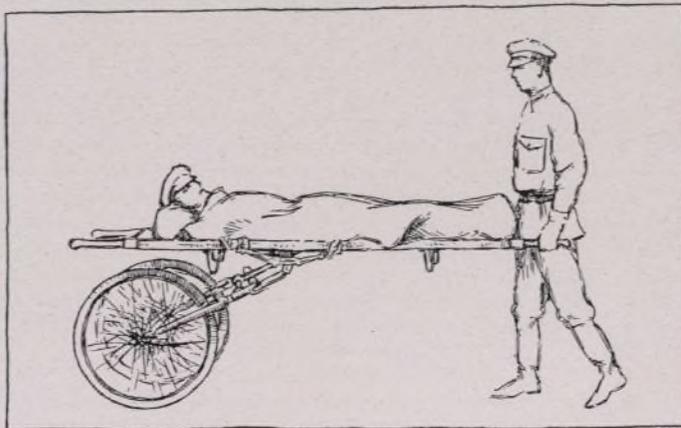
19. Antonio Marí.—H. a f. en hombro izquierdo con aneurisma arterio-venoso en el arranque de la humeral y síntomas de interrupción parcial de los radial y braquial-cutáneo interno. Operación el 11 de agosto de 1938; puesto al descubierto el plexo, previa sección de los pectorales, encontramos una fístula arterio-venosa en el comienzo de la humeral y adherida a la radial, la cual presenta a este nivel un pequeño neurinoma. Liberación del nervio; resección del neurinoma y sutura. Liberación del resto de los elementos del plexo y resección de la fístula, con las porciones correspondientes de arteria y vena. Reconstrucción de los pectorales con catgut. Después de la operación, la mano está caliente y con movimientos más fáciles. En la actualidad continúa sometido a tratamiento de baños calientes en la mano, masaje, etc. Comienza a mejorar la interrupción del radial.

20. Francisco Flores.—Aneurisma de la poplítea derecha. Sin tomas de interrupción del ciático; dolores en el trayecto del mismo en la pierna; edema y frialdad en la pierna y el pie e imposibilidad de andar. Gangliectomía previa el día 28 de junio de 1938. Después de esta operación desaparecen los dolores y el edema; el herido puede andar con una muleta, y el aneurisma disminuye de volumen. Operación del aneurisma el 12 de agosto de 1938. Se encuentra aneurisma arterial con un saco bilobulado del tamaño de dos pequeñas ciruelas. Resección del segmento de la arteria con el saco; ligadura venosa. Curso post-operatorio bueno; tan sólo alterado por la formación de un hematoma que se evacua. Actualmente en tratamiento y con la herida cicatrizada; comienza a andar bien, salvo la dificultad de la interrupción del ciático.

20. Juan Guzmán Sánchez.—Aneurisma de la tibial posterior de la pierna izquierda con síntomas de irritación del tibial posterior y edema en el pie. Gangliectomía lumbar previa el día 16 de agosto de 1938. Desaparición de los dolores; disminución de tamaño del aneurisma. Operación de éste el día 7 de septiembre de 1938. Disección de la región; el aneurisma tiene un saco del tamaño de una patata pequeña y está situado en el espacio interóseo, desbordando de allí hacia el borde interno de la pierna. La arteria, fusiforme en el punto de inserción del saco, está rodeada de numerosas varicosidades venosas. Resección del trozo de arteria, dejando el fondo del saco «in situ», después de impregnar sus paredes internas con una solución de formol; resección y ligadura de las varicosidades venosas. Curso post-operatorio bueno; solamente se forma un hematoma que se evacua y la herida está en este momento casi cicatrizada. Desaparición de los síntomas de irritación del tibial posterior.

(Continuará)

MEDIOS SANITARIOS DE TRANSPORTE DEL EJERCITO ROJO EN LOS PRIMEROS ESCALONES



Camilla sobre ruedas

Hacia una mejor organización en el tratamiento de los fracturados

Por J. M.^a MASSONS, Jefe de Equipo Quirúrgico

Se ha dicho repetidas veces que el porvenir de un fracturado depende de la conducta del cirujano en los primeros momentos. No insistiremos, pues, en este casi axioma. Sólo pienso resaltar la importancia que tiene la evacuación con su paso por el segundo escalón y su tratamiento definitivo en un hospital del llamado «interior».

Veamos, ante todo, lo que suele ocurrir.

El fracturado—como no sea para amputarle—no es atendido con la rapidez con que se atiende a los heridos de abdomen y cabeza, y pasa de largo, casi siempre, el primer equipo quirúrgico. Pasadas bastantes horas—de ocho a veinticuatro—, una parte de los cirujanos—sordos y ciegos a la experiencia (1)—siguen suturando sistemáticamente todas las fracturas abiertas. Otros desdeñan la inmovilización, limitándose a aplicar al traumático unas férulas de Cramer, o lo que es peor, una gotiera en canal, y así son evacuados con más o menos rapidez al interior.

Para los efectos del tratamiento de los fracturados, hay dos clases de hospitales del interior: los de gran capacidad con su equipo quirúrgico y abundancia relativa de material y personal adiestrado y los hospitales instalados en el indispensable convento desalojado de poblaciones de diez a veinte mil habitantes, y regentado—claro está—por los mismos médicos locales «militarizados».

En los grandes hospitales, aparte de las divergencias en la manera de mantener las reducciones, la conducta es muy parecida de unos a otros, aunque en muchos casos el fracturado se desdeña por ser de resultado poco brillante y de curso interminable, y el cirujano dedica la atención preferente a otros heridos.

En los pequeños hospitales, a los que concurren todos los heridos del pueblo—pues para ello son reclamados

(1) En los veinticinco meses que llevo actuando, siempre en equipos quirúrgicos, y excepción hecha de los heridos de mano, cabeza y genitales, no he visto más que dos o tres suturados que vayan prendidos «per primam». Creo que esto es muy elocuente y muy claro.

diligentemente—(sic) y otros que, por azares de evacuación les toca en suerte, la cosa cambia. En efecto, ¡cuántas contracturas de hombro en adducción, cuántos pies equinos, acortamientos formidables de fémur, no son la consecuencia del tratamiento dirigido por un excelente internista, pero que olvidó, o no recibió en la Facultad, unas cuantas normas de ortopedia!

No exagero al ponderar la abundancia de *secuelas evitables*—pues todas las apuntadas lo son—, sino que este criterio es compartido por Tribunales Médicos ante los cuales en demanda de inutilidad, por ellos y sólo por ellos, acuden muchos heridos.

Para remediar esto propongo lo siguiente, y adelanto que, por parte del Ejército de Levante, hemos empezado—con limitaciones—a ponerlo en práctica:

1.º En el Hospital de Evacuación de Ejército funcionarán uno o dos equipos quirúrgicos—según la actividad del frente—encargados de poner a los heridos en buenas condiciones para que lleguen al interior. A tal efecto, inmovilizarán y operarán los que lo necesiten y vigilarán el *citrò* port-operatorio de los operados en el frente. Esta es la labor que actualmente realiza el equipo quirúrgico del que describe, en el Hospital de Evacuación del Ejército de Levante, donde atiende a todos los fracturados y exclusivamente a ellos.

2.º Los fracturados se evacuarán únicamente a unos cuantos hospitales del interior donde funcionen equipos quirúrgicos de traumatología, que, por ser especialistas y pocos, podrán estar en contacto con los cirujanos de vanguardia, disminuyendo la separación absurda entre Sanidad del frente y de retaguardia.

Aparte de estas ventajas, esta organización permitiría régimen aparte para aquellos fracturados que pueden andar, los cuales al aplicarles un trato intermedio entre cuartel y hospital, en un establecimiento que yo llamaría «Hospital de cura ambulatoria», se beneficiarían de una constante ausencia de la atmósfera hospitalaria (sólo necesitan la cama y el local para dormir) y beneficiarían a la Sanidad con un ahorro de personal, ya que no requieren ni la visita médica diaria ni el cuidado continuado de las enfermeras, descongestionando al mismo tiempo las clínicas especializadas.

Hernia diafragmática estrangulada

POR J. M. MADINAVEITIA Y F. CABANILLAS

Herido de metralla en costado izquierdo a nivel de la novena costilla, línea paraaxilar posterior.

Fué dado de alta quedando con molestias gástricas, de vómitos, etc., por lo cual es diagnosticado de úlcera gástrica.

Ingresa en la sala con aspecto normal, presentando al poco rato un estado típico peritoneal, con pulso filiforme a más de cien por minuto, facies peritonítica, sudor frío, vientre no duro, pero con bastante resistencia en él, con macidez hepática no borrada, y a percusión ligera cantidad de líquido peritoneal o intestinal.

Inyectados suero, etc., no se consigue reanimarlo, viendo cómo decae el pulso, aumenta el sudor frío y comienzan los vómitos negros a las diez horas del comienzo

del ataque. Fallece a las doce horas de comenzado el ataque.

Verificada la autopsia encontramos peritoneo de aspecto normal sin contenido ni gas en él. Asas intestinales de aspecto normal. Vesícula, colédoco y pancreas normal. El epiploon asciende por delante del estómago, y siguiéndolo vemos, como de costumbre, que nos conduce al sitio de la lesión. Se trata de una hernia estrangulada del estómago a través del diafragma. En ella penetra el estómago doblado, incluso su curvatura menor, casi a nivel de la inserción de la sinistra y algo del epiploon.

Habiendo sacado el estómago y el epiploon, encontramos que tiene dos anillos correspondientes al anillo diafragmático por donde penetró, completamente isque-

miados, y el resto del estómago estrangulado tenía un color negruzco, de sangre extasiada. Explorado todo el estómago, no encontramos en él ni en el duodeno señal alguna de úlcera ni de estrechez.

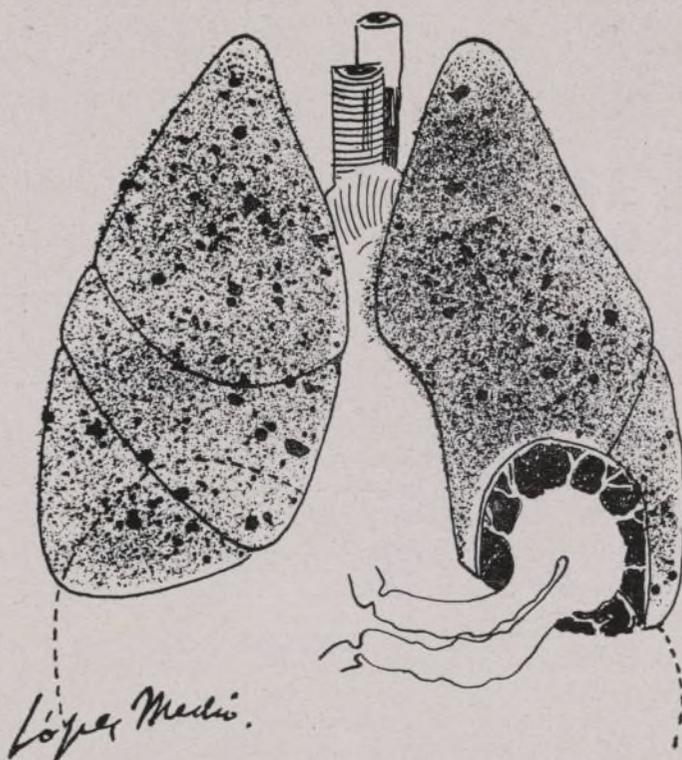
¿Como se produjo esta rotura del diafragma? Indudablemente cuando recibió la metralla se rompió la costilla novena y el diafragma, el cual presenta una abertura de unos 10 centímetros, presentando por encima un bloque de adherencias bien formadas que impiden en el momento actual penetrar en cavidad libre pleural y tan sólo ascender unos 15 centímetros, como había hecho el estómago.

La historia del paciente la tenemos incompletísima, por lo cual no conocemos la forma en que se produjo la rotura, y sí tuvo, como indudablemente debió haber ocurrido, la presentación de una neumonía de la base o de un derrame pleurítico.

Este caso nos lleva de la mano a la tan discutida sintomatología radiológica diferencial entre la hernia y eventración radiológica. Habíamos quedado en que la hernia no podría penetrar en tórax durante la inspiración y que la eventración sí. Vemos con nuestro caso que se trata de una eventración, ya que tenía roto pleura, diafragma y peritoneo, penetrando en tórax el estómago libremente. Lo único que no tiene explicación clara es la causa de que se hubiera estrangulado el estómago esta vez, ya que indudablemente los períodos que padecía de molestias gástricas con vómitos eran debidos también a estrangulaciones momentáneas gástricas. Por lo tanto, es un caso que no había sido bien estudiado en vida y que nosotros diagnosticamos también mal al pensar que se pudiera tratar de una perforación, pero no seguimos la idea por carecer de gas peritoneal, dolor violento en su comienzo y dolor generalizado en todo el vientre.

Tiene también este caso de interés el que de haberlo llegado a operar nosotros, no hubiéramos conseguido nada, pues aunque hubiéramos podido evitar la estrangulación momentánea, no se hubiera mantenido la sutura

del diafragma y se hubiera repetido la hernia estrangulada de nuevo. Esto pensando en el mejor de los casos,



de que hubiera soportado la intervención, cosa poco menos que imposible dado su estado de debilitación.

También es interesante judicialmente, ya que se trata no de un caso civil, pudiéramos decir, sino de una muerte consecutiva a un traumatismo de guerra.

PERFORACION INTESTINAL

POR J. M. MADINAVEITIA

Muchacho de 31 años, herido de metralla el 10 de agosto de 1938 en varias partes del cuerpo, y teniendo una metralla penetrante a nivel de la cresta ilíaca izquierda, formando túnel, que sondamos bajo la piel, hasta la línea alba, pero que no penetra. Es reconocido por mí a las siete horas de ser herido, presentando vientre blando, no doloroso a la presión, sin estar borrada la macidez hepática ni tener contenido abdominal. Pulso normal. En vista de su buen estado general le dejamos en observación.

El día 15 (a los cinco días de ser ingresado) presenta una fistula estercorácea por la entrada de la metralla de cresta ilíaca izquierda.

En vista de lo cual decidimos intervenir al día siguiente, cuando la fistula se haya formado del todo. En anestesia general abrimos el túnel de la metrallita, túnel estrecho, en vías de cicatrización, que corre de izquierda a derecha, alcanzando la línea media. Desde aquí la fistula continúa en túnel ascendiendo por línea media hasta por encima del ombligo. Allí existe un asa intestinal pegada a peritoneo parietal y perforada. La cual desbrindamos cuidadosamente y suturamos con catgut y lino para luego cerrar la herida por planos.

Mejora nuestro operado, volviendo a empeorar el tercer día, y vemos se vuelve a establecer la fistula estercorácea, y dos días más tarde se abre toda la cicatriz produciéndose una peritonitis que termina por matar al herido el día 31 (a los quince días de la operación).

Hecha la autopsia encontramos probable peritonitis tuberculosa, con asas adheridas a pared abdominal, hígado, etc., y lo primero que se perforó debió ser una úlcera

intestinal, que ha cerrado bastante bien, habiéndose vuelto a abrir otra úlcera intestinal contra peritoneo junto a la sutura de la pared y producido la nueva fístula y la peritonitis.

¿Se pudo haber actuado mejor salvando la vida del herido? Yo creo que no, si tenemos en cuenta que se trataba de un tuberculoso de vientre con úlceras en él. Si el primer día se hubiera operado, nos hubiéramos encontrado al desbridar el trayecto de la metralla que no penetraba en vientre, y siguiendo la técnica de siempre hubiéramos cerrado sin abrir peritoneo. De lo contrario, si contra nuestra costumbre hubiéramos abierto el peritoneo, tal vez al encontrar las úlceras hubiéramos podido suturarlas teniendo mayor éxito.

¿Pero es que vamos a laparatomizar los heridos de vientre por si tuviesen algo operable? Yo, por mi parte, sigo en la idea de que las laparatomías no sólo no son inocuas, sino que tienen por lo menos la mortalidad de tiempo civil, aumentada con las complicaciones inherentes a la guerra (traumatismo, emoción, agotamiento, etc.), todo lo cual hace que su mortalidad aumente grandemente. No creo que nadie tenga una cifra suficiente de laparatomías negativas, como para que podamos establecer su mortalidad en estos momentos. En tiempo de paz se llegó al 2 por 100, y ahora es fácil que alcance mucho más del doble.

Por lo tanto, en otro caso semejante, si no tengo más datos clínicos en que pueda basar un diagnóstico exacto, me veré en la obligación de cometer la misma falta, sabiendo que vale más no operar que operar por si hubiese algo dentro.

SOBRE EL TRATAMIENTO ABIERTO DE LAS HERIDAS ABDOMINALES

POR EL DR. R. DIAZ SARASOLA

Pocas cuestiones han suscitado tan apasionados debates en el ámbito médico como la de aceptar o denegar el tratamiento abierto en determinadas enfermedades abdominales. Y como durante la actual guerra nos hemos encontrado frecuentemente enfrentados con circunstancias análogas, creemos oportuno hacer una breve revisión histórica de este problema; citar, aunque sea compendiosamente, algunos ensayos personales de cirugía experimental, y, finalmente, a título de referencia anecdótica, relatar algunos historiales clínicos.

A todos los aceptadores, precipitados y entusiastas de un nuevo concepto clínico y terapéutico, les podrá parecer que incurrimos en un misoneísmo aquellos facultativos que no nos dejamos «arrastrar» hacia una nueva doctrina, sin un previo examen crítico y sin que exista una valoración clínica y biológica estrictamente objetiva y totalmente desapasionada. Entretanto, seguiremos siendo fieles a algunos de los clásicos apotegmas del conocimiento médico. Varios de ellos se remontan a los orígenes de la Medicina, como tal Ciencia; tal es el *ubi pus ibi evacua*; en consecuencia, deducimos de éste una aplicación racional y práctica, cual es el drenaje llamado «curativo»: para el «preventivo» podríamos formular en paráfrasis otro bien conocido: *in dubis drena*.

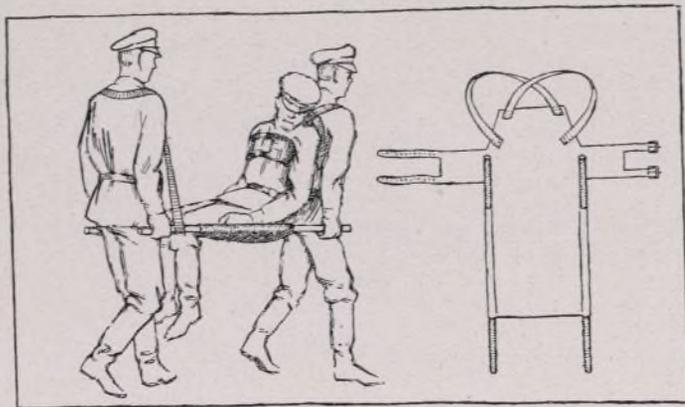
Estos dos cánones de la práctica quirúrgica son seguidos en todas las intervenciones extraabdominales. En definitiva, se trata de comprobar si a la luz de las modernas adquisiciones biológicas, la cirugía abdominal, por las peculiares condiciones y propiedades del peritoneo, puede considerársela, *sine documento*, como a cualquier otra región y otra serosa del organismo. En otros términos, prescindiendo de momento de todos los argumentos que aducen lo anti-drenajistas (permítase el neologismo), cuales son: la infección secundaria, las lesiones inherentes a los desplazamientos, las adherencias, las

eventraciones, etc., hay que proponerse comprobar categóricamente si, efectivamente, el peritoneo es capaz de defender, por sí solo, o neutralizar todas aquellas infecciones actuales, residuales o latentes de los órganos que tapiza. Recordemos también que *Wagner* asigna a la superficie total del peritoneo una extensión casi tan vasta como la de la piel: 1.700 contra 22.000 cm. de los tegumentos externos.

De sobra conocidas son las dos funciones que se atribuyen al peritoneo: la de *absorción* y la de *exudación*; y, también, el que se haya atribuido al peritoneo diafragmático la mayor parte del poder de absorción a través de unos supuestos «estomas». Esto condujo a situar tanto a los enfermos como a los operados de abdomen en la llamada posición de *Fowler*.

Mas los conocimientos fisiológicos modernos difieren de estos criterios; así leemos en *Jore* que «la cavidad peritoneal es un problema y la absorción del contenido por el peritoneo es otro». De este modo se establece una distinción entre la absorción del peritoneo, como tal serosa, por una parte, y el de las sustancias contenidas en la cavidad peritoneal por otra. El simple hecho de que una determinada sustancia pase de la cavidad abdominal a otra región del organismo no presupone en absoluto el que haya sido absorbida por el peritoneo, ya que es posible el que la serosa peritoneal no participe de «un modo activo este traslado» (1). Por lo tanto, sería más exacto decir «absorción de la cavidad peritoneal» y no «absorción por la serosa peritoneal». Estas afirmaciones están basadas en la absorción y «traslado» de «gránulos de colorantes», suspensiones, etc. Por lo que antecede, está demostrado hoy en día que la lámina serosa peritoneal no es absorbente; por el contrario, todas las sustancias introducidas en su cavidad pasan al aparato circulatorio por intermedio de vasos linfáticos y sanguíneos. Incluso, clínicamente, existe una enfermedad en la cual se realiza un contacto directo entre una serosa peritoneal en condiciones anatómo y fisiológicamente, y una enorme cantidad de líquido; se trata de la cirrosis hepática con ascitis. Si por la supuesta función absorbente de la membrana peritoneal pueden pasar al torrente circulatorio con tanta mayor facilidad y rapidez podrían pasar, por sus características físicas, los líquidos ascíticos. Si existiesen los supuestos «estomas», capaces de permitir el paso de suspensiones sólidas, pasarían con mayor facilidad y rapidez los exudados líquidos. Que la ascitis depende de una inflamación del peritoneo ha sido afirmado, sin pruebas tangibles, por *Talma* y *Klopstock*; mas *Jore* afirma que aquellas alteraciones anatomopatológicas que se observan en el peritoneo en tales casos (como son las

MEDIOS SANITARIOS DE TRANSPORTE DEL EJERCITO ROJO EN LOS PRIMEROS ESCALONES



Camilla de trinchera

(1) Traducción literal.

antiguas cirrosis con ascitis) son la consecuencia, mas no la causa. En definitiva, cualquier alteración patológica e inmediata del peritoneo, frente a procesos patológicos, queda deshechada; para comprobarlo basta recordar el ejemplo de la rápida aparición de gran cantidad de líquido en la cavidad abdominal, consecutivamente a una trombosis de la vena porta. Pues bien; en estas circunstancias el peritoneo está en condiciones normales, pero el líquido no es reabsorbido. Es decir, que el peritoneo, como el resto de las serosas, no se sustrae a sus propiedades de una membrana dializante.

FUNCION EXUDATIVA.—El mayor recurso defensivo y natural del peritoneo reside, esencialmente, en los fenómenos circulatorios anejos a toda inflamación: «exudación y fagocitosis», a los cuales van unidas sus propiedades bacteriolíticas, cuya potencialidad sigue las leyes generales de las defensas contra las infecciones. Y así llega a afirmar *Murphy*, respecto a la inflamación y absorción del peritoneo, que se asemejan en todo a los procesos que suceden en las más estructuras del organismo; inmediatamente después de la ablación, laceración o escoración de un segmento orgánico, la absorción y la fagocitosis es intensa y rápida; mas conforme avanza el tiempo en el proceso defensivo, los vasos linfáticos van repleccionándose de leucocitos, la circulación es más lenta y la absorción es menor en cuantía, hasta llegar a tal punto en el cual la proliferación celular y el edema imposibilitan una absorción eficaz. Estos fenómenos pueden constatarse «de visu», tanto en las «paredes de los grandes abscesos como en los estratos circundantes a las heridas en período de granulación». Es decir, todo tiende a unificarse en la patología de la «inflamación en general», de la cual no es una excepción el peritoneo. En cuanto a la discusión de si son los vasos linfáticos o los sanguíneos los que participan en la absorción de los exudados, la opinión ha llegado a ser unánime. Participan ambos sistemas; más preferentemente el sanguíneo. Y *Murphy* dice textualmente que «la cavidad abdominal no es una excepción en el conjunto orgánico, y que, como las demás cavidades, su serosa tiene sus oscilaciones de actividad y de pasividad; sus poderes defensivos no son mayores ni menores que los de las demás serosas y órganos, y que en su cavidad pueden utilizarse los drenajes como en otra cualquiera».

Justificada la idoneidad de los drenajes en la cavidad abdominal por las anteriores consideraciones, creemos fútil el tratar de defender la preferencia de uno determinado; sobre si convienen los tubos de goma, los rollos de gasa o el saco de *Mickuliz*. En la mayor parte de los casos nosotros utilizamos la mitad de un tubo de goma de recias paredes envuelto en gasas estériles o, simplemente, los restos de un guante de goma, siempre seccionándolo longitudinalmente para lograr mayor abertura. El drenaje de *Mickuliz* lo empleamos a guisa de una mezcla de drenaje y taponamiento y nos va bien en las heridas mixtas de vísceras parenquimatosas y huecas. El comentario sobre los drenajes preventivos corresponde, más bien, a la cirugía de paz; ejemplo, apendicitis

gangrenosas o supuradas retrocecales, colecistitis purulentas, etc., lo cual no quiere indicar que no tengan sus indicaciones en la cirugía de guerra. También conviene hacer constar que el tipo de drenaje guarda una cierta relación con los tres estratos abdominales. En el inferior se recurre a la colpotomía posterior o a la punción del fondo de saco de *Douglas*. En el plano medio, prescindiendo del drenaje preventivo posterior o curativo en las apendicitis, nos parece superfluo en las intervenciones sobre el yeyuno o el intestino grueso. Mas *Patel* y *Cadena* hacen una excepción sobre este último. Nosotros no abomamos en su opinión, basada exclusivamente en la abundante flora bacteriana que existe en su lumen, así como la presencia de material estercorácea. La literatura médica abunda en casos de fístulas estercoráceas producidas por esfacelos parietales, condicionados por un drenaje colocado sobre la sutura parietal del grueso.

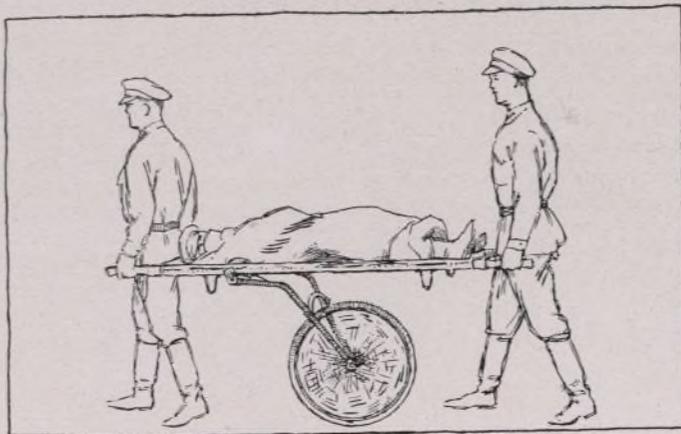
En el estrato superior tan sólo hay dos órganos que pueden suscitar motivo de drenaje (el bazo está exceptuado): el estómago y el hígado.

Existe un órgano del cual no tenemos ninguna experiencia personal; la escuela francesa es partidaria de un drenaje con «exteriorización»: en las pancreatitis agudas; sobre todo en aquellas que pueden cursar con esteatonecrosis, y en las cuales indican la conveniencia del drenaje y la exteriorización por vía posterior (*Ody*).

Es en las heridas del sistema hepático-vesicular en donde radican las más dispares opiniones. Atribuyen unos las hemorragias secundarias a las maniobras que se realizan para retirar el drenaje (opinión un tanto inexplicable porque los exudados facilitan su salida); otros el peligro de una infección de las vías biliares extrahepáticas. Afortunadamente, tenemos en nuestro archivo personal brillantes historias, y antes de sentar opiniones adversas hay que meditar que en cirugía de guerra toda herida está teóricamente infectada (arrastre de introducción en el trayecto de fragmentos de los vestidos personales, tierra, imposibilidad de una higiene metódica del cuerpo, etc.). Corrientemente, hemos recurrido al drenaje de gasas; tan sólo en dos casos al de *Mickuliz*.

(Continuará.)

MEDIOS SANITARIOS DE TRANSPORTE DEL EJERCITO ROJO EN LOS PRIMEROS ESCALONES



Camilla sobre una rueda

A los internistas A. Z., L. G. y J.—Esta es la contestación a varias cartas no escritas, la contestación a una actitud de tipo general.

Camaradas especialistas de medicina interna: existe un hecho que puede ser sintomático de algo desagradable. Con una sola excepción, en nuestra revista no se ha publicado aportación alguna de ningún internista sobre las experiencias de su trabajo. Desde el punto de vista del periódico, desde un punto de vista estricto, no podemos pasar más allá de atribuir a la casualidad este hecho. No obstante, creemos que se nos puede permitir una opinión generalizadora y lo consideramos un deber por nuestra parte. En efecto, hechos así no son nunca obra de la casualidad, y en este caso, hay motivos suficientes para llegar a la conclusión de que obedecen a causas muy concretas.

Se subestima en general al enfermo frente al herido, se subestima, en general, al médico de guerra frente al cirujano de guerra. Se subestima, en general, una labor frente a otra. Nada más fatal para nuestra Sanidad. Este sólo dato—el 40 por 100 de enfermos sobre las bajas totales en nuestras últimas estadísticas—basta para dar claridad al problema de la importancia de la medicina interna y de sus especialistas de guerra. Pero la subestimación es un hecho.

A los dos años de guerra, cuando cualquier cirujano ha llegado a reunir las experiencias en conceptos—buenos o malos—sobre las características que la guerra da a su trabajo; cuando, por lo mismo, la prensa sanitaria se ve alimentada de continuo con aportaciones que procuran reflejar conceptos y sistematizar esas experiencias, nos encontramos con el hecho de que, por parte de los internistas, la aportación es pobre, pobrísima.

No quisiéramos aventurarnos, pero se nos hace muy difícil creer que en esta subestimación de que hablábamos no tengan una parte de culpa los propios internistas.

Si en la medicina interna, en tiempo de guerra, existiese de una manera definida esa fuerte corriente que lleva a otros sectores de la Sanidad a estudiar su propio trabajo para sacar consecuencias, sería muy rara esa despreocupación que muchos de estos especialistas tienen por escribir sus experiencias.

Porque, naturalmente, dejamos a un lado la conocida razón de que la guerra sólo da incomodidades para trabajar. La medicina interna no se hace precisamente

B U Z O N

en las trincheras, y en muchas enfermerías hay condiciones suficientes para desarrollar una labor. La pobreza de bibliografía es muy inferior de hecho a la que se dice; tampoco es decisiva cuando no se tiene un amor propio excesivo, lo mismo que no ha sido decisiva en nuestra sanidad la pobreza bibliográfica para crear, a pesar de ella, una organización sanitaria sólida y eficaz.

Aunque desde el punto de vista estricto del periódico y basándonos sólo en esta falta de colaboración, repetimos que sería muy arriesgado atribuirlo a algo más que a casualidad, y aunque desde esta redacción no podemos saber a fondo si en esa subestima arriba citada tienen parte directa los mismos internistas, nuestro contacto con la Jefatura de Sanidad nos permite creer que, por lo menos, tenemos una gran parte de razón.

Parece ser que la despreocupación científica y militar de muchos de nuestros especialistas es un hecho. Se echa de menos un trabajo metódico y seguro, una sistematización a base de las diversas experiencias, un estado concienzudo de las mismas, una preocupación por llevar metódicamente historias clínicas. Hay mucho aún de la consulta antigua de los tiempos de paz: mucha pildora, cataplasma y tratamiento individual incoordinado. En cambio, no el trabajo de estudio suficiente.

A este grupo unimos también los especialistas en enfermedades infecciosas, que aunque parecen demostrar un mayor interés, no llegan tampoco a colocarse a la altura que las exigencias actuales reclaman de ellos. Por suerte en nuestro Ejército no se han producido grandes epidemias, por suerte y por un trabajo profiláctico no malo. Pero, ¿dónde está el material sobre las pequeñas endemias que hubiera podido ser abundante?

Las crecientes dificultades técnicas inevitables hoy en los trabajos tipográficos se han dejado sentir también en la confección de nuestra Revista, retrasando considerablemente la salida de este número. Nuestros lectores sabrán hacerse cargo de estas deficiencias que, constantemente, procuramos subsanar.

No cabe duda, al cabo de dos años, y contrariamente—o en mucha menor cantidad, al menos—a lo que ocurre en las cuestiones quirúrgicas y de organización, nuestra

Sanidad no ha llegado a fijar los conceptos firmes del problema de los enfermos de guerra. Porque no podemos creer que una extrema modestia o un orgullo extremo diferencien precisamente el internista de todos los demás, hasta el punto de guardar completísimos ficheros y materiales excelentes e importantes—los hay con esa pretensión en todos los campos de nuestra Sanidad—y que esto no se vea en la menor generalización.

Conceptos y normas sobre las epidemias y endemias, sobre enfermedades diversas, sobre los hospitales y su funcionamiento, sobre la recuperación de enfermos.

¿Existen?

Los internistas tienen la palabra.

Escuelas de Sanidad. Varias escuelas de Sanidad funcionan ya dentro de las Unidades de nuestro Ejército. En nuestra revista no han dado, sin embargo, todavía señal de vida. Y desde aquí queremos hacerles un llamamiento cariñoso para que colaboren en ella enviándonos material publicable sobre la vida diaria de las escuelas y experiencias en ella vividas.

No deben olvidar que constituyen los núcleos de los que podemos esperar noticias muy útiles e interesantes para nuestro trabajo sanitario futuro, así como para crear entre ellas mismas una emulación sana, a base del cambio de experiencias.

Camaradas de la Sanidad de la 70 División.—Justificadas vuestras quejas acerca de la irregularidad con que os llega nuestra Revista. Son justificadas, y vamos a intentar justificarnos a nuestra vez. La culpa no puede decirse que haya sido nuestra. Para el reparto de nuestra revista tenemos que contar con medios de transporte que no son propios y los cuales tienen posibilidades unas veces mayores y otras menores de llevar a cabo la misión que han de realizar. De aquí las irregularidades. Por nuestra parte hacemos todo cuanto podemos y os aseguramos que de ahora en adelante haremos más aún. Casi estamos seguros de que no os tendremos que quejar otra vez de no recibir nuestro periódico. Esperamos que tampoco nosotros tendremos que repetir la pregunta que ahora os hacemos. Camaradas de la Sanidad de la 70 División: ¿Cuándo os vais a decidir a colaborar de un modo continuado en nuestras páginas?

Para todos un saludo de esta redacción.

Distancia de los hospitales al frente

En el número 8 de LA VOZ DE LA SANIDAD ha aparecido un interesante artículo del Dr. Benedid, y en el que, junto a conceptos que están en el ánimo de todos los médicos militares, junto a apreciaciones que son una realidad y una práctica corriente en la Sanidad de nuestro Ejército, se vierte alguna idea que no puede quedar sin una respuesta. No es afán polémico el que nos mueve a escribir estas líneas, sino precisamente la idea directriz que guió al Dr. Benedid al escribir su artículo: el mejoramiento de nuestro servicio sanitario.

Conformes en que los Equipos quirúrgicos de vanguardia debían situarse en lugares donde pueda hacerse un trabajo efectivo y en condiciones de máxima seguridad. Pero sin marcar límites de 40 kilómetros y, sobre todo, sin condicionar su emplazamiento a la existencia de determinados elementos, cierto que utilísimos, pero inaccesibles casi siempre. Equipos quirúrgicos hemos visto actuar nosotros en condiciones óptimas de seguridad, higiene, capacidad, etc., a distancias de 15 kilómetros del frente, y, sin embargo, en otras ocasiones, a 40 y más kilómetros, no hemos encontrado en ningún punto reunidas las condiciones necesarias. No es un error creer que la distancia del frente es un exponente de la seguridad, a no ser que la distancia se aumente en término tal que la asistencia del herido se efectúe con un retraso considerable.

Y para llegar a esta conclusión de la necesidad de la distancia, el Dr. Benedid, parte de un razonamiento demasiado oído ya, y que sería necesario desterrar definitivamente de nuestro ánimo.

Dice el Dr. Benedid, como hemos oído decir a tantos jefes de Equipos quirúrgicos: «Si, como señalo, el herido llega tarde a nuestras manos por circunstancias que no pregunto, ¿qué más da que llegue una hora más tarde, si con esto lo llevamos a 40 kilómetros más atrás, en donde se puede tener un hospital con capacidad suficiente, salas y quirófanos con ventilación, calefacción, luz y seguridad?». Si creemos que importa mucho. De esa hora más depende la vida de un herido de vientre o el miembro de un herido portador de compresor. Una hora más significa mucho para la Sanidad militar, y ésta tiene el deber de acortar tiempo. Y como no puede acortarlo a base de un mayor rendimiento de la evacuación de las primeras líneas, como ese tiempo de cinco a seis y hasta doce horas es en ocasiones imposible de evitar en una evacuación hasta el Equipo quirúrgico de vanguardia, es necesario que la ayuda quirúrgica se acerque al herido todo lo posible.

Recuerdo a este respecto un episodio de nuestra lucha en los frentes de Aragón. Se luchaba en torno a Albalácer, especialmente en Cerro Gordo, con una intensidad extraordinaria; durante dos veces en el curso del día, el enemigo logró ocupar el Cerro y otras tantas fué reconquistado por nuestras fuerzas. El hospital quirúrgico de la zona se encontraba exactamente a unos 9 kilómetros del lugar de la acción en unas condiciones perfectas de seguridad, y, sin embargo, algunos heridos tardaron en llegar doce horas el Equipo quirúrgico debido a la intensidad extraordinaria del fuego de la artillería. Retrasar más el Hospital hubiese sido dilatar aún más el margen de probabilidades de vida en estos heridos.

En otras ocasiones, al contrario, las formaciones qui-

rúrgicas de vanguardia hubieron de retrasarse considerablemente, hasta confundirse con el hospital de evacuación. Tal ocurrió durante algunas horas en la misma ofensiva de Aragón por el sector de Villaluengo. Pero estos son casos excepcionales. Como excepcionales se citan también en la experiencia de la guerra europea. Así, el general médico Bassères cita en «Le service de santé de la III^{ème} armée pendant la bataille de France», los casos en que la ruptura del frente anglo francés por el ejército alemán en la línea La Fore-Saint Quintín obligó, dada la inseguridad y movilidad de los frentes, a suprimir las formaciones quirúrgicas entre las líneas y el Hospital de evacuación. Mas no se puede tomar esto en el sentido de regla general aplicable a todos los casos y menos como hace el Dr. Benedid señalar un número determinado de kilómetros.

Hay que acercar la ayuda a los heridos en términos generales. La distancia es un factor enormemente variable y que depende de circunstancias múltiples. Estabilidad del frente, capacidad de resistencia de las Unidades, movilidad del Equipo o equipos quirúrgicos, estado de terreno en cuanto a situación y camuflaje y otros muchos son los factores que en cada caso influirían en la decisión final.

A tal objeto, con el criterio firme de asistir cuanto antes a los heridos, hace ya mucho tiempo que funcionan en algunas de nuestras Unidades las tiendas quirófanos y las tiendas hospitales. Ya contamos con muchos más de estos elementos en nuestro ejército, y esto constituye un principio de la solución del problema que el Dr. Benedid plantea.

PEDRO RODRIGUEZ PEREZ.

EJERCITO DE LEVANTE



SANIDAD

Consejos sanitarios a los combatientes

4

Cómo luchar contra el piojo

Con este título pronto saldrá a la luz la hoja número 4 de "Consejos a los Combatientes".

En ella se darán los datos elementales para explicar al soldado de nuestro Ejército los daños que le puede causar el piojo, y se le dan en la forma sencilla acostumbrada instrucciones claras para poder combatir a tan pequeño y peligroso enemigo.

Rogamos encarecidamente a nuestros médicos y sanitarios que lleven a cabo la más amplia difusión de estas hojas entre los soldados.

B I B L I O G R A F I A

Investigaciones respecto a las calidades de catgut esterilizado con una preparación de plata, llamado "Catgut oligodinámico".—G. Nordgren y A. Karlen. (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, 1938/4/ p. 133, Estocolmo).

El "Oligodyn-Catgut" posee calidades antisépticas muy fuertes. Con arreglo a los experimentos de los autores, aun bacterias de tierra han muerto en su superficie en menos de cuatro horas a la temperatura ordinaria. Su solidez disminuía impregnándole con agua o vapor; por el contrario, no disminuía si era impregnado con alcohol. In vivo se cubre muy pronto con un estrato fibrinoso que anula sus calidades antisépticas. Sin embargo, pruebas de suturas, utilizando cobayas, no mostraban supuración en ningún caso, en tanto que suturas con catgut ordinario producían supuración en la mayoría de las pruebas. La firmeza del catgut oligodinámico se disminuye más pronto—después de cinco días—que aquella del catgut ordinario, por consecuencia de una reabsorción más pronta.

Tratamiento de la Rinitis Vasomotórica con desensibilización.—Halvar Bjoerkmann. (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, 1938/1/ p. 12, Estocolmo).

El autor ha tratado, desde 1933 hasta 1936, 50 casos con inyecciones subcutáneas de novoprotina Roche, preparada a base de albúmina vegetal. Empezando con 0'1 cc., las inyecciones se repetirán dos veces semanalmente, aumentando cada dosis 0'1 cc. Dando, en suma, de 12 a 15 inyecciones, la dosis final, de 1 cc., se repetirá cada siete días. En casos de individuos hipersensibles y asmáticos, las dosis serán menores. Inicialmente, 0'01—0'05 cc., aumentándolas con toda precaución hasta una dosis final de 0'1—, 0'3 cc. Hasta el fin del tratamiento, el 60 por 100 de los pacientes estaban curados o notablemente mejorados, un 18 por 100 mostraba una mejoría y un 22 por 100 permanecía sin mejoría. En casos de reincidencia la cura puede ser repetida.

En 33 casos tratados, solamente por tratamiento cáustico con ácido tricloracético de la concha nasal inferior el resultado era menos eficaz: Un 36 por 100 curados o mejorados y el resto sin variación.

Tratamiento continuo e intermitente de la Sífilis. Informe crítico a base de las investigaciones de los americanos y de la Sociedad de Naciones.—John H. Stokes & Lida J. Usilton. (*Archives of Dermatology & Syphilidology*, 1937/35/ p. 377).

En el informe de la "Salvarsan-Comisión" del año 1935 se hallaba la contradicción entre los dos sistemas del tratamiento de la sífilis: El tratamiento intermitente (inglés-danés) y el tratamiento continuo (americano). Desde 1935 poseemos nuevo material comprobando la primacía del método americano, aportado por el grupo clínico que colabora con la Western Reserve University, John Hopkins University, Mayo Clinic, University of Pennsylvania y la University of Michigan, todos en los Estados Unidos de América. Los investigadores americanos han juzgado el material de la sociedad de naciones como insuficiente, ante todo, porque el 20 por 100 de los casos ni eran estudiados con ultramicroscopio ni serológicamente. El trabajo de este grupo clínico ha demostrado:

1.º Que el sistema continuo produce, después de tres meses de tratamiento, mejores resultados serológicos que el sistema intermitente. Este sistema muestra un retraso del "Wassermann negativo" en un 23'6 por 100 en comparación con el 11'6 por 100 de los "casos continuos".

2.º Que el tratamiento continuo no produce más accidentes clínicos que el sistema intermitente. Estos accidentes parecen, además, ser dependientes, en primer lugar, de una idiosincrasia y por eso independientes del sistema de tratamiento.

3.º Que la participación de los metales pesados (mercurio y bismuto) en accidentes clínicos era casi la misma—0'89 por 1.000 inyecciones en el tratamiento intermitente y 0'85 por 1.000 inyecciones en el tratamiento continuo.

Parece, por tanto, que el sistema americano es preferible y que, en consecuencia, también en este lado del océano debíamos renunciar al tratamiento intermitente.

Observaciones médicas en la guerra entre Italia y Etiopía.—A. Castellani. *Military Surgeon*, 1937/81/1, Londres).

El autor da una extensa estadística respecto al servicio sanitario italiano en la guerra contra Etiopía. El ejército de los invasores fascistas poseía—para la provisión de sus 500.000 hombres—135 hospitales de guerra con departamento quirúrgico, médico radiográfico y bacteriológico; 55 hospitales más pequeños, 13 hospitales especiales quirúrgicos, 15 laboratorios motorizados de rayos X, 11 laboratorios para odontología, 4 laboratorios centrales para investigaciones especiales químicas y bacteriológicas, 18 departamentos para desinfección y 139 aparatos para esterilización de material sanitario.

Además el ejército regular colonial poseía 30 hospitales en Eritrea y en el territorio de Somalia. La marina tenía 20 departamentos de hospitales en la costa y 8 buques-hospitales. Finalmente, la aviación disponía de 22 "departamentos para enfermos".

El ejército de los invasores contaba con 2.205 médicos, el ejército colonial con 120, la marina con 117 y la aviación con 42.

Por el contrario, el ejército de Etiopía no poseía ninguna administración médica comparable con el aparato de los invasores. A menudo, encantadores y magos desempeñaban el "servicio médico", según la descripción viva de la guerra por el Dr. Nystroem, ahora cónsul de Suecia, en Valencia, que actuaba como único médico "blanco" ayudando a los "negros" (*Med. St. Giorgis paa doedsritt*, Estocolmo 1937).

Castellani menciona las bajas de los italianos: 1.099 muertos entre los heridos y 599 entre los enfermos.

Naturalmente, con estos datos no tenemos la pretensión de reflejar auténticamente la Sanidad italiana en Abisinia; para nosotros la veracidad de estos datos no es mayor que la de un parte faccioso.

Problemas clínicos de la tiriotoxicosis.—Peter Mc. Eivan. (*British Med Journal*, 1938/14, mayo, Londres).

La mortalidad, a consecuencia de tiriotoxicosis en Inglaterra, se aumenta de año en año. En 1913 murieron de esta enfermedad 42 hombres y 368 mujeres; en 1936, 208 hombres y 1.488 mujeres; en suma, 1.696 personas. Este aumento se explica, según un análisis extenso del autor, por varias razones: Abuso de prescripciones de yodo; mortalidad considerable a consecuencia de operaciones; por fin, el diagnóstico más exacto que permite registrar correctamente muchos casos muertos por tiriotoxicosis, que se registraban antes bajo "enfermedades de corazón". El aumento de la mortalidad parece ser progresivo. Sería conveniente examinar las condiciones en otros países comparándolas con estas de Inglaterra.

M. H.

Los sanitarios dicen...

Analfabetismo y Sanidad

Infinidad de veces se ha lanzado la consigna en nuestra Sanidad de exterminar el analfabetismo. Se ha dicho, de una manera muy acertada, que el analfabetismo y la Sanidad son incompatibles.

Aunque sentimos ya la satisfacción de haber avanzado considerablemente en este terreno, debemos seguir nuestra lucha hasta tener la plena confianza de ver completamente iluminada de realidad esta consigna. El pueblo español tenía este don de inculcación como una de las muchas herencias que recibió del destronado régimen. Era la herencia que privaba al hombre de ser libre; y contra ella, el mismo pueblo heredero ha tenido que luchar. Formando un enorme bloque de constancia e interés, de entusiasmo y de instinto propio en lo humano, el obrero-soldado de nuestro Ejército ha sabido vencer a este enemigo.

El sanitario sabe que la cultura es un factor importante en su propia labor, incluso en la tarea más insignificante que a diario realiza. Por eso se capacita. Pero el sanitario, lo mismo que todo soldado, sabe también que esos conocimientos que ahora está adquiriendo serán mañana los que, de una manera decisiva, marquen la nueva ruta de su destino. Por eso sienten el deseo de conocer lo desconocido, de profundizar su inteligencia más de lo que hasta aquí se les había permitido.

En la labor de capacitación técnica y cultural la Sanidad ocupa un lugar de preferencia dentro de nuestro Ejército. Constantemente se ha trabajado para que el sanitario esté en plenas condiciones de poder desarrollar su labor sanitaria, y en este sentido la Sanidad continúa aun trabajando. Los cursillos de capacitación se van enlazando dentro de cada Unidad, y los frutos obtenidos en cada uno de ellos van formando entre sí capítulos de consolidación y de provecho.

Jefes y soldados sienten la misma preocupación: aquéllos la de enseñar, éstos la de aprender. De todas formas unos y otros aprenden.

Ahora debemos sentir más honda la preocupación de esa consigna, hay que intensificar en todo lo posible esta labor de cultura general para que los que estén en este caso puedan en tiempo breve desecharse por completo aquella herencia asquerosa.

Nadie puede negar el incremento constante que en el terreno de la capacitación

profesional se verifica en la Sanidad con la nación de nuevos centros y nuevas escuelas. Y en unos y otros se va elevando también el nivel cultural de todos porque todos tenemos interés en ser lo más aptos posible para la misión que se nos encomienda.

DANIEL TORRIJA

Misión del sanitario

Muchas son las obligaciones de los sanitarios según los puestos que ocupan. Al decir un soldado «Soy sanitario», no basta con que sepa llevar una camilla. Tenemos que tener en cuenta muchas cosas: El sanitario de compañía ejerce una misión característica por ser el que más convive con los soldados. Ese sanitario que ha asistido a los camaradas heridos en los momentos más peligrosos—digo peligrosos porque los ha tenido que socorrer en pleno campo de batalla—los ha tenido que clasificar atendiendo primeramente, como es natural, a aquel de más gravedad, y en esos momentos no puede haber perfección para trasladar a los heridos, porque lo interesante es retirar todos los que se pueda a sitio seguro.

Cuando pasa a otra formación, el sanitario tiene otras misiones que cumplir; bien en el Puesto de Clasificación o en un hospital, su labor pasa a desempeñar otro papel de mucha importancia. Pero para ello hace falta mucho celo en su trabajo—adquiriendo sobre todo sólidas ideas

sobre el traslado del herido para que éste sufra lo menos posible—. Los relevos y cambios de lugar porque los sanitarios pasan, traen consigo ese deber: habituarse y capacitarse rápidamente, estar preparados para cumplir perfectamente las diversas tareas que los distintos lugares de trabajo les ofrecen.

Todo esto se refiere a los cambios que puede tener el sanitario: mientras que en combate hubo que hacer primeras curas, clasificar, etc., en el hospital toda su misión cambia en el sentido de transporte de heridos a quirófanos o su evacuación. Para ello, todo el interés y el cuidado que se ponga es poco: todos sabemos que los heridos, cuanto menos movimiento se les haga, irán mucho mejor; y esto se refiere, sobre todo, a los hospitales de evacuación, donde en muchos casos se hace de una manera improvisada, lo indispensable para el traslado del herido. A veces con la manera de actuar nuestra, podemos agravar una herida y ocasionar muchos perjuicios. Esto ocurre cuando el interés no impulsa lo suficiente en nuestras venas. Si nos ponemos frente a un herido, debemos considerar que la sangre que él vertió fué sangre generosa para defender nuestro suelo. Esto nos basta, por nuestra parte, para estudiar en los escalones por que pasemos las diferentes características de nuestro trabajo, dentro siempre de la fe ciega en nuestra misión y la fe ciega en la victoria.

ABDON TOLEDANO,
Sanitario.

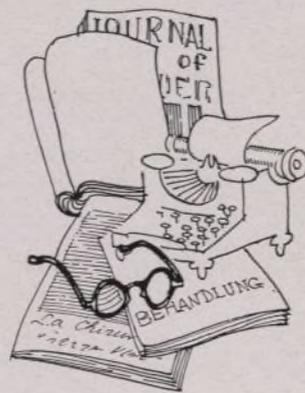
BIBLIOTECA DE LITERATURA MEDICA EXTRANJERA

Ponemos en conocimiento de todos los compañeros que se interesen por esta clase de literatura, que se está llevando a cabo la formación de una modesta biblioteca de literatura médica extranjera en nuestro Hospital de Evacuación.

Rogamos a todos los médicos que poseen literatura de este tipo que vean la posibilidad de hacer a esta biblioteca en formación aportaciones de la misma. Las revistas se encontrarán a disposición de todos los compañeros que las reclamen, con las naturales garantías para su conservación y buen uso.

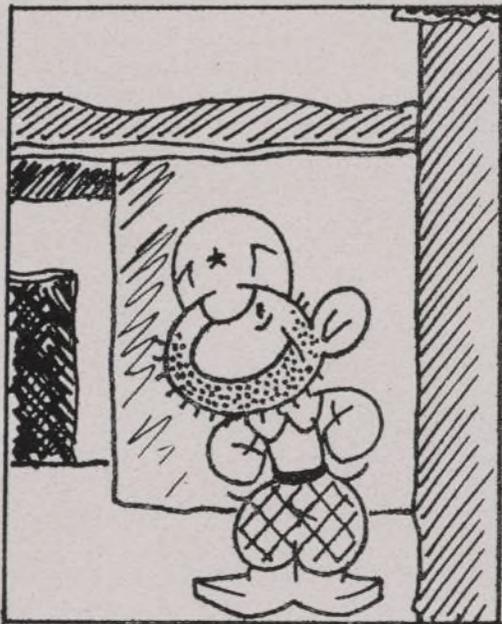
Las aportaciones pueden enviarse a la redacción de nuestra Revista, plaza de la República, 3, o al camarada R. Díaz Sarasola, en el Hospital de Evacuación, responsabilizado en la creación de esta biblioteca.

Esperamos de todos el mayor interés hacia esta nueva fundación que obedece a un deseo expresado multitud de veces por muchos camaradas.



Nuevo puesto de socorro inaugura este ceporro

1 El puesto, recién montado, todavía no se ha estrenado.



4 Sale diligentemente y pronto encuentra un cliente.

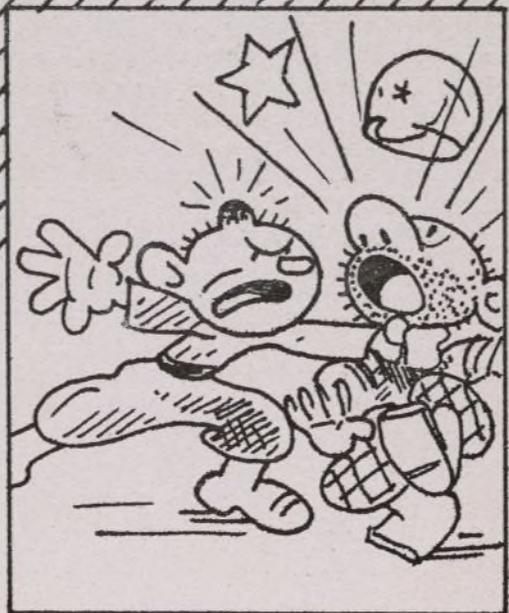
2 No llega ningún herido y Canuto está aburrido.



3 Tiene una idea colosal para el puesto inaugurar.



5 Pero la cosa cambió y el puesto, él lo inauguró.



Contemplaciones sobre nuestra Sanidad

HACE ya tiempo que nuestra Sanidad ha superado los estadios de improvisación y de empirismo puro. Los tiempos en que cada cual organizaba—más frecuentemente, improvisaba—, según sus experiencias más o menos ricas, han pasado. Las experiencias de la guerra en más de dos años se plasmaron en prescripciones, normas de organización; en una palabra, en una forma de trabajo considerablemente uniformada ya en nuestra Sanidad.

Acaso habrá alguien que ponga en duda el que nuestra Sanidad sea un producto de esta guerra, que sea casi exclusivamente una creación de médicos civiles con uniforme militar. El antiguo Ejército quizás no nos ha dado otra herencia más insignificante que la dejada en el terreno de la Sanidad Militar. Fuimos a la guerra con unas migajas de conocimientos y los desperdicios de una tradición.

Ahora tenemos aquí el resultado vivo y en funciones, llevado por hombres con más conocimientos ya, y también con alguna tradición propia. Este resultado les llega a parecer a algunos casi inmutable; tanto, que incluso no se dan cuenta cuando el aparato falla en algún punto—dos años fueron también suficientes para la aparición de una nueva rutina, ese dañoso subproducto del trabajo unilateral—. Sin embargo, el producto principal no es aún tan inmutable. Ni por su edad, ni por su funcionamiento—conviene recordar de vez en cuando, que se ha creado casi por completo ante nuestros ojos y por nosotros decisivamente, para quedar libres de esa rutina y ver nuestro producto en su mutabilidad y la necesidad de su constante perfeccionamiento—. Pues, claro está, el trabajo no se ha acabado. El resultado es distinto a como era hace un año, como dentro de un año será otra cosa que ahora—más perfecta, naturalmente—. Ahora bien: ¿Cuáles son las fuentes de donde nutrir nuestros adelantos futuros?

Ante la historia del desarrollo de la Sanidad se podría pensar muy bien que ella es un producto «genuinamente» español. Al principio del año pasado, algunos de nosotros pensábamos todavía así. Desde entonces hemos venido a ser más cultos. Hemos empezado a leer, y no sólo en castellano, para enterarnos de cómo es la Sanidad Militar en otros países. Nos hemos enterado de cómo fué la Sanidad de la Guerra Mundial; conocemos la forma de organización contemporánea de la Sanidad francesa; tene-

mos conocimientos de la Sanidad del Ejército americano; tenemos algunas ideas de la actual Sanidad de guerra alemana, y algunas cosas más. Y estas lecturas nos llevaron a la conclusión decepcionante de que no habíamos inventado la pólvora. Nos hemos dado cuenta de que varios conocimientos, intuitivamente o por la necesidad, «inventados» y aplicados por nosotros, eran ya sabidos por otros. Y esto, tanto en cuestiones de organización y medidas sanitarias, como en lo referente a los medios de trabajo de la Sanidad. Después de haberlo comprobado así, hemos cogido—conscientemente ya—algunas cosas de fuera. Pero a pesar de ello, nuestra Sanidad tiene su propia cara.

Si no inventamos la pólvora, la perfeccionamos. Y encontramos algunas formas nuevas en su aplicación. Poseemos experiencias que no puede tener ninguna otra nación en todos los terrenos militares y en el de Sanidad también. Sobre nuestro país están fijos los ojos amigos y enemigos para aprender más de la guerra. ¿Vamos a ser *nosotros* precisamente los menos capaces de sacar enseñanzas de la triste realidad de ser un objeto experimental de guerra del fascismo extranjero? No. Somos capaces; lo hemos demostrado hasta ahora y también en la Sanidad de guerra. ¿Que no hemos sacado *todas* las enseñanzas posi-

bles? No. ¿Que hemos cometido faltas? Sí. ¿Que nuestra Sanidad no es perfecta, que necesita reparaciones? Naturalmente. Pero, en primero y en segundo lugar, de la fuente poderosa de nuestras propias experiencias, tan caramente compradas.

Sería hoy para nosotros inimaginable un intento de transformar nuestra Sanidad en una copia de la de un país ajeno, cualquiera que fuese. Un intento así tampoco podría corresponder a las necesidades de nuestro Ejército, y nuestra misión no es otra que acomodarnos a ellas y servir sus intereses.

Entendamos bien: nada más lejos de nosotros que aspirar a una Sanidad española pura, «racial». Estamos dispuestos a recoger todo lo útil y conveniente, aun de la mismísima abuela del diablo; y aun de los mismísimos fascistas, nuestros más mortales enemigos.

Pero el pilar fundamental del desarrollo de nuestra Sanidad ha sido hasta ahora lo que hemos visto, experimentado y vivido nosotros. Y esto no puede ser en el futuro de otro modo.

G.

