

# LA VOZ

de la

# SANIDAD

DEL EJERCITO DE LEVANTE

## S U M A R I O

Hacia nuevas perspectivas, *Editorial*. — Escuelas, *Izquierdo-Buero*. — ¿Cómo mejorar la evacuación de los fracturados?, *Dr. J. M. Massons*. — Sobre el tratamiento abierto de las heridas abdominales, *Dr. R. Díaz Saraso/a*. — Algunas particularidades del problema palúdico en nuestro Ejército, *A. Alonso*. — Comentarios sobre el diagnóstico «Infección intestinal», *R. Jordá Alonso*. — Heridas del raquis, *Dr. J. Escobar*. — Tratamiento operatorio de las heridas de guerra en las extremidades, *Dr. Rodríguez Arias*. — Escuela de Sanidad. — La Sanidad de Compañía en las marchas, en los campamentos y en los acantonamientos, *A. P. Rodríguez Pérez*. — Temas de discusión sobre paludismo, *Dr. J. Sastre*. — Periódicos murales. — Los Sanitarios dicen... — Entre Goya y nosotros, *Buero*

*Aguafuerte de Goya*. — *Historieta de López Rubio*. — *Esquemas de Buero*.

## UNA ESTAMPA DEL JARAMA



La Sanidad Militar ayuda a la Sanidad Civil en la labor de higiene rural.

AÑO I

DICIEMBRE DE 1938

NÚM. 11

## HACIA NUEVAS PERSPECTIVAS

EL servicio de Sanidad se calcula en los Ejércitos por encima de las necesidades normales diarias. Fiel reflejo del cuidado que nuestro Gobierno tiene por el hombre, por el ciudadano en armas, es la solicitud con que se preocupa diariamente por nuestros servicios. Sanidad de lujo en cuanto a medios; servicios hospitalarios dotados con largueza son los nuestros.

Durante los combates, el Servicio trabaja intensamente; nuestras estadísticas, con índices de curación no alcanzados en pasadas guerras, hablan mejor que todo lo que digamos.

En la actualidad nuestra Sanidad amplía aún más sus perspectivas. Fortalecida por las quintas, con las experiencias de los duros meses pasados en combates continuos, aprovechamos más los momentos de calma—preludio de nuevas luchas—encauzando nuestras energías hacia la superación por el estudio y la enseñanza. Informes de pasados combates son estudiados para utilizarlos en los próximos. Escuelas de sanitarios y de médicos, propaganda sanitaria en las Unidades, entrenamiento diario para no caer en el anquilosamiento, forman hoy parte de nuestra actividad. Pero esto ni nos es suficiente ni puede serlo en ningún momento.

Aun ayer gran parte de nuestros sanitarios, gran parte de nuestros técnicos, trabajaban en lucha sorda y tenaz en la Sanidad rural y ciudadana. Traen todavía en la retina la visión de las dificultades de esta lucha de siempre, acrecida en la actualidad por las movilizaciones, por las dificultades de transportes, por la sustitución en los trabajos del hombre por la mujer.

Misión nuestra es también ayudar a la Sanidad rural en los momentos de relativa calma. El servicio de Sanidad Militar tiene hospitales en los pueblos y no carecemos de medios para su funcionamiento. La población rural debe disfrutar y utilizar esta Sanidad. Ya en el Jarama, después de los combates de 1937, la Sanidad Militar vacunó pueblos enteros; nuestros servicios de Higiene fueron puestos al servicio de

los pueblos en que estaban encuadrados. Se dictaron y ayudaron a cumplir normas higiénicas.

En nuestro Ejército ocurre igual hoy: los partes sanitarios nos dicen no sólo de medidas higiénicas en el Ejército; nos hablan también de las medidas dictadas, de acuerdo con la Sanidad Civil, en los pueblos de vanguardia. Hablan de vacunaciones masivas de las poblaciones rurales.

Se impone una ampliación de perspectivas en este terreno. La lucha contra la mosca, la lucha por impedir la contaminación de aguas, no debe ser sólo de las Unidades Militares. Es común a los campesinos, y es misión nuestra ayudarles con propaganda, con hombres, con medios.

No olvidemos que las experiencias de pasadas guerras

nos hablan claramente. Las epidemias comenzaron siempre en la retaguardia; continuaron por los ejércitos. La conclusión surge sola: intensificación continua de trabajos comunes, de propaganda común, de medidas sanitarias comunes entre militares y civiles.

El camino emprendido completará y perfeccionará aún más nuestro servicio de Sanidad. No basta hacer Sanidad Militar, no es suficiente nuestra capacitación; debemos ser también la vanguardia sanitaria de las poblaciones rurales que conviven con nuestros soldados en los acantonamientos; que conviven permanentemente con nuestros hospitales. Sólo así podremos continuar con el magnífico balance higiénico que nuestra Sanidad presenta a los treinta meses de guerra, hasta el fin de la misma.

## ESCUELAS

Hemos girado una visita a algunas de nuestras Escuelas. Las Escuelas de capacitación para sanitarios en los Cuerpos empiezan a regularizar sus funciones, y al par que nos felicitamos por ello, debemos contribuir a que esta regularización sea lo más eficaz posible, por medio de algunas sugerencias y orientaciones que creemos de importancia, iniciando así una labor cordial de crítica y de ayuda.

Algunas Escuelas funcionan; otras, paradas momentáneamente por causas diversas, se disponen a hacerlo. Pensando, sobre todo, en aquellas Escuelas que van a comenzar ahora, nos interesa dejar bien claro un problema fundamental de orientación.

Los cursillos deben ser cortos—unos veinte días—a base de una cantidad mínima de alumnos—unos tres por Brigada—. Las razones para hacerlo así son evidentes: se trata de hacer Escuelas de tipo intensivo que permitan la celebración de muchos cursillos, con vistas a una capacitación urgente de todos nuestros sanitarios de vanguardia. Pero como al mismo tiempo esto se debe hacer sin descongestionar excesivamente las Unidades de su personal sanitario, el número de alumnos debe ser reducido. Cualquier solución a base de más alumnos o más tiempo no es tan práctica. Se trata de hacer Escuelas *sobre la marcha* de la guerra: Escuelas de guerra. Aspectos secundarios como son la facilidad de un aparato escolar a base de un número reducido de alumnos, así como el poco tiempo que estos pierden el contacto con sus Unidades, abogan a favor del concepto de una Escuela de guerra. Por otra parte, la experiencia nos ha demostrado que veinte días son suficientes para capacitar a un sanitario de Compañía en sus funciones, si disponemos para ello de un programa adecuado.

Y en lo que a los programas se refiere—aspecto de vital importancia para la buena marcha de las Escuelas—se pueden hacer también consideraciones generales importantes. Es fácil caer en un defecto: Hacer bocetos de programas más que programas auténticos. Y teniendo en cuenta que el «quid» pedagógico de las Escuelas está en *qué cosas* y *de qué modo* hay que decirlas al sanitario de Compañía, en función de la efectividad de la labor de éste; teniendo en cuenta que el desarrollo del programa suele correr a cargo de diversos camaradas—médicos muchas veces—, y que a éstos, por su práctica profesional, no se les puede exigir el sentido pedagógico que el programa no tenga, y que es necesario no confiar al posible sentido pedagógico de nadie el desarrollo de tan importante labor, sino controlarlo y asegurarlo todo lo posible; por todo ello, en fin, creemos que se debe procurar una acertada sistematización—con tendencias a la unificación—de los programas.

No basta con que el programa toque en líneas generales todos los aspectos necesarios: «Hemostasia», «Primera cura», «Vendajes», «Higiene», «Guerra química», etc. Es necesario articular cada uno de estos temas en múltiples subdivisiones que impongan por sí mismas al conferenciante la línea pedagógica a seguir y los aspectos a tratar.

También es interesante que los temas médico-sanitarios del programa se desarrollen por diversos camaradas técnicos del Cuerpo—dando por sentado que el programa es bueno—. Si en la Escuela hay prácticamente un solo profesor, aseguraremos quizá algo la efectividad de una orientación pedagógica única; pero, en cambio, desinteresaremos a los Jefes y Oficiales del Cuerpo de la labor de la Escuela y propenderemos a la rutina. Para evitar todo ello, no sólo—como decíamos—es conveniente un profesorado extenso, sino, además, la celebración de reuniones periódicas de los profesores, para cambiar impresiones sobre la Escuela y sus posibles mejoras. Es sabido que lo que no se le ocurre a uno se le puede ocurrir a otro. Si el programa de una Escuela—por ejemplo—tiene un defecto inicial considerable, tal como que entre sus temas no figure «El Triage», punto fundamental de la Sanidad *en todos sus escalones*, un cambio de impresiones puede corregir este defecto u otro cualquiera.

Y para terminar, la última norma y la que creemos más conveniente. Debemos procurar un *control sistemático* y un *estudio constante con vistas a la metodización*, por parte de las Jefaturas superiores. Nada hará marchar mejor una Escuela que el control del aumento de eficacia de la Sanidad de primera línea debido a la labor de la Escuela, hecho por medio de los Jefes sanitarios de Brigada y por la inspección personal de los Jefes de Sanidad de Cuerpo. Con este control, las posibilidades de corregir errores o introducir mejoras en la Escuela se multiplican al máximo. Y en lo referente a la Jefatura del Ejército sobre los Cuerpos, el mismo control concienzudo y sistemático sobre los programas y las Escuelas en general impulsará doblemente la eficacia de éstas. Todos sabemos que los problemas sanitarios de hoy no requieren sólo entusiasmo, sino también método. Metodizar debe ser nuestro lema, porque el entusiasmo es seguro. Y si el mayor porcentaje de entusiasmo lo dan—debido a su mayoría—los sanitarios, los Oficiales y Jefes tienen que poner en cualquier labor—las Escuelas, por ejemplo—la mayor cantidad de método posible; una metodización a la que se haya llegado por el estudio concienzudo y constante de los problemas.

Hemos visto en las Escuelas de nuestros Cuerpos, por razón misma de su juventud, algunas cosas no logradas del todo desde el punto de vista de las orientaciones arriba indicadas. También hemos apreciado resultados positivos. Todo ello es secundario: lo decisivo es que las Escuelas empiezan a funcionar, y que si logramos todos unir al entusiasmo y al sentido de la responsabilidad que las ha creado, un control justo de su labor, funcionarán mañana mucho mejor. Estamos seguros que en la consecución de todo esto, la propia vitalidad de los Cuerpos constituirá el elemento fundamental.

Para aumentar la metodización iniciada, para contribuir con nuestro esfuerzo al esfuerzo loable de nuestros Cuerpos de Ejército, van estas líneas.

IZQUIERDO. BUERO.

# ¿Cómo mejorar la evacuación de los fracturados?

Por el Dr. JOSE M.<sup>a</sup> MASSONS, Jefe de Equipo Quirúrgico

En un artículo publicado en esta Revista hacíamos referencia a las deficiencias existentes en la organización para el tratamiento de nuestros fracturados. Pero nuestro artículo tenía una visión limitada; no nos referíamos para nada a los defectos—y en su consecuencia a las mejoras a introducir—de que adolece la evacuación del fracturado, en el intervalo comprendido entre la línea de fuego y el Hospital de Evacuación de Ejército.

¿Cuál es la misión del P. de S. o del P. de C.? Para lo que se refiere concretamente al herido y al cirujano, hacer que aquél llegue en las mejores condiciones a nuestras manos.

Y esto no se hace a la perfección, ni mucho menos. Nos han llegado fracturados de fémur sin inmovilización ninguna, y la mayor parte de los traumáticos estaban mal inmovilizados, de tal manera que los movimientos del transporte provocaban vivos dolores en ellos.

Uno de los principios fundamentales—y sin duda alguna el más importante—del tratamiento de los fracturados es la inmovilización del foco traumático. Y este principio, de indudable eficacia en el curso de la fractura y de magníficos efectos sobre el psiquismo del lesionado, puesto que le alivia el dolor, puede y debe ser aplicado correctamente en el P. de C.

A este efecto, nuestra Jefatura—a la que preocupan extraordinariamente los problemas que plantea la Traumatología—tiene en preparación un cursillo para los sanitarios de los P. de C. y de S., a los que se instruirá debidamente para que coloquen de una manera correcta las férulas de inmovilización, tras haber hecho el médico el diagnóstico de fractura. Así llegarán nuestros fracturados al hospital Base de Evacuación en las mejores condiciones.

Para resaltar la importancia que para un fracturado la inmovilización tiene, solamente diremos que nosotros aplicamos un escayolado al acabar de intervenir una fractura abierta e inmovilizamos correctamente con férula de Cramer en cuanto llegan al servicio, aquellos fractura-

dos con heridas en sedal—y por tanto que no se intervienen—a los que sabemos que vamos a tardar unas horas en colocarles el escayolado de evacuación. Si esto lo practicamos en fracturados que han de esperar unas horas en una cama, ¿qué menos puede hacerse para los que han de sufrir un largo viaje por carreteras en mal estado muchas veces?

Sobre la sugestión que se nos hizo en el sentido de organizar equipos de escayoladores en los P. de C., creemos se trata de una idea no viable, toda vez que nosotros no comprendemos que se practiquen escayolados sin un quirófano al lado que lleve a cabo la profilaxis de la infección de los fracturados que *después* se inmovilizan. Si se crease tal equipo, aislado de los medios quirúrgicos, tendría que limitarse a escayolar las fracturas que no se han de intervenir, los sedales, precisamente los que menos lo necesitan y los que mejor toleran una evacuación.

Dada la distinta conducta que seguimos con los fracturados en sedal y los abiertos, sería conveniente que en los P. de C., tras haber inmovilizado correctamente a los fracturados, escribiesen de un modo visible «fractura en sedal» en la ficha de evacuación de aquellos que tuviesen los orificios de entrada y salida diminutos y no presentasen ninguna complicación. Esto facilitaría grandemente nuestra labor, ya que dedicaríamos nuestra atención preferente a los casos de fracturas con gran herida, pudiendo los otros, bien inmovilizados, esperar a que un alto en el trabajo permitiese escayolarles para su evacuación.

Resumiendo:

Primero. Creemos indispensable para mejorar la evacuación de los fracturados que éstos sean inmovilizados de un modo eficaz en los Puestos de Socorro o a lo sumo en el de Clasificación.

Segundo. Que para facilitar la labor de los Equipos Quirúrgicos, sería de desear se hiciese constar en la ficha si la herida es en sedal.

## SOBRE EL TRATAMIENTO ABIERTO DE LAS HERIDAS ABDOMINALES

Por el Dr. R. DIAZ SARASOLA

### II

PERITONITIS APENDICULAR.—Es en esta región, en la cual se ha registrado el mayor número de controversias entre los partidarios y los abolicionistas del drenaje preventivo. Por nuestra parte, lo hemos realizado en cuantas ocasiones ha estado indicado, según los argumentos que militan en su apoyo y que han sido ya relatados; bien es verdad que han estado en contraposición con varias escuelas: por ejemplo, entre las más recientes, la de *Marchini*. Dudamos, además, de la pretendida eficacia de los antisépticos químicos: por ejemplo, plata coloidal (argirol), éter, alcohol yodado, etc. Hace largo tiempo que están en desuso, bien fundamentado, por las probables alteraciones que pueden ocasionar, no sólo en las células endoteliales del peritoneo, sino también en las reticuloendoteliales (S. R. E.) que existen en el p. visceral (S. R. E. de los omentos). La frecuente retroposición del apéndice condiciona el acceso por vía lumbar; en es-

tos casos el drenaje, por su situación topográfica, esto es, por el declive, reúne todas las garantías para realizar eficazmente lo que esperamos del drenaje preventivo, logrando la evacuación rápida y total de las colecciones purulentas.

Mas siendo, en sentido genérico, partidarios del cierre absoluto («per primam») en las peritonitis apendiculares circunscritas, abonando en este sentido la creación de una inmunidad local progresiva, esto no quiere decir que en estas circunstancias estén incluidas las peritonitis difusas, especialmente las condicionadas por la brusca perforación del vermiforme, con el probable vaciamiento de su contenido purulento en la cavidad abdominal. En este caso, pueden servir de pauta las condiciones anatomopatológicas específicas, las cuales señalarán al cirujano si es laudable la sutura total del abdomen. Para juzgar la indicación nos basaremos en las dificultades que presupone la apreciación «in actum» del grado de gravedad que puede imputarse a los transudados, basándose tan sólo

en su color y olor (con oposición a algunos A.), puesto que pueden contener, tanto bacilos relativamente benignos, por ejemplo el *b. coli*, como los anaerobios que anidan en el contenido fecal. Es precisamente la perforación apendicular la que requiere una indicación de momento, de caso, y en la cual no pueden dictarse normas concretas.

A este respecto conviene recordar los argumentos que se aducen en pro del cierre, apoyándose para ello en el poder defensivo del peritoneo, y, opuestamente, cuando se drena a través de la pared abdominal, la especial labilidad del tejido conjuntivo frente a las infecciones piógenas. Y es una aceptación genérica la que afirma que tanto los músculos, las aponeurosis y, sobre todo, el tejido celular subcutáneo, son «débiles vecinos» (*Pauchet*), por no poseer mecanismos defensivos que puedan parangonarse con los que posee el peritoneo. Mas no pueden admitirse en absoluto tales afirmaciones, ya que es muy probable que en esta discordancia entre el peritoneo y los elementos constitutivos de la pared abdominal no se haya tenido en cuenta el que la tan deplorada labilidad del tejido conjuntivo sea más bien ocasionada por la frecuente y fácil formación de hematomas subcutáneos o subfasciales por una deficiente técnica en la hemostasia, bastante frecuente en los A. que operan con anestesia local de la pared; pues es de todos sabido que suele ser responsable de una vasodilatación consecutiva a la vasoconstricción que es corolario inmediato a la anestesia con novocaína-adrenalina, y que por su escasa intensidad puede pasar inadvertida. Un hematoma, por minúsculo que sea, es casi siempre asiento de una infección, y esto podría explicar en parte la pretendida labilidad, que no debe referirse a una especificidad congénita, sino a una complicación habitual.

### III

**SISTEMA HEPATO-BILIAR.**—Es, quizás, en donde se reúnen las circunstancias para realizar las oportunas observaciones, de las cuales se pueden deducir los mejores datos para argumentar en pro y en contra de los drenajes preventivos, tanto por las peculiaridades anatómicas de la región como por la naturaleza de las afecciones que en ellas asientan. Por lo que respecta al drenaje curativo, hay que reconocer que existen múltiples divergencias: las supuraciones inherentes al hígado, bien las que se presentan en las infecciones parenquimatosas de etiología hematógena (hepatitis agudas supuradas, hepatitis subagudas como accidentes episódicos de la fase septicémica de varias enfermedades infecciosas), bien las que están caracterizadas por una supuración consecutiva a una angiocolitis, bien las que dependen de la infección secundaria de quistes parasitarios (equinococo), tendremos que aceptar en todos los casos la indicación de un drenaje que evacúe las colecciones purulentas. También variará la naturaleza de la intervención, incisión del saco accésual o marsupialización de la cavidad cística, respectivamente, frente al absceso o al quiste equinocócico supurado, tanto a la colecistotomía como a la hepatocotomía; mas en todos los casos el drenaje será una norma que no se puede derogar.

Estamos frente a un problema sujeto a discusión: escoger entre la colecistectomía y la colecistostomía; nos proponemos comprobar las ventajas de esta última en los últimos tiempos, «mutatis mutandi», recurriendo al procedimiento de *Kehr*. Como no es el momento de explayar los motivos que inducen a la aplicación de las normas impuestas en la cirugía de paz, haremos un breve resumen de los conceptos que inducen la aplicación de las mismas en la cirugía de guerra.

a) El Drenaje curativo: en las intervenciones abdominales motivadas por infecciones piógenas de tipo supurativo de las distintas vísceras situadas en los tres estratos (inferior, medio y superior), tanto las que son circunscritas como las que son difusas, debe reconocerse su utilidad por su valor en auxiliar al peritoneo en la defensa contra la virulencia de los gérmenes, virulencia imposible

de justipreciar y valorar clínicamente más peligrosa para la vida.

b) Mas sí es unánime el reconocer por inderogable su adopción en las peritonitis difusas, con la explícita finalidad de evitar el peligro de la absorción de toxinas por parte de la serosa peritoneal; y el reconocimiento de su institución en las toxemias gravísimas. Entonces debemos considerar como táctica prudencial la utilización del drenaje preventivo, incluso en las formas circunscritas (sobre todo para la apendicitis purulenta y perforada, en la cual todavía goza el peritoneo, por las especiales naturalezas del germen huésped, de un cierto poder de inmunidad local).

c) El drenaje preventivo utilizado como complemento obligado tras las grandes exeresis viscerales, puede conocerse como superfluo en aquellos casos en los cuales los órganos en cuestión, por la naturaleza de sus elementos, no nos permiten afirmar la absoluta seguridad de las suturas, seguridad capaz de garantizar posibles alojamientos de gérmenes en los espacios vacíos; en estas últimas condiciones están comprendidas todas las intervenciones sobre las vías biliares, en las cuales la presión secretora biliar, aumentada por las alteraciones del sistema canalicular, tanto intra como extrahepático, implican el peligro de «fugas» a través de los espacios del nudo de cierre del cístico, o de los de la sutura del colédoco, con la consiguiente complicación fatal de la colerragia.

A título de información, y con el fin de brindarlo a los colegas a quienes interese este cautivante problema que todavía, según nuestros conocimientos, está en «tela de juicio», creemos oportuno exponer un esbozo del problema de patología experimental que tenemos en estudio:

### PARTE EXPERIMENTAL

En vista de que las argumentaciones basadas en la observación clínica han mostrado la existencia de zonas que, por sus condiciones peculiares, son favorables a la adopción del cierre abdominal, hasta el punto de servir de base para la adopción del tratamiento «cerrado», y

como esta conducta todavía parece muy discutible en las intervenciones que se realizan en las vías biliares extrahepáticas, por la temible complicación de la colerragia, creemos de interés, mientras existan dificultades para lograr un material de necropsias clínicas suficientes para deducir la «causa mortis», tratar de reproducir, todo lo más posible, las condiciones clínicas citadas en experiencias sobre animales, con el fin de observar las modificaciones que sufren los contenidos después de la ligadura del cístico en las colecistectomías y coleccistitis provocadas,

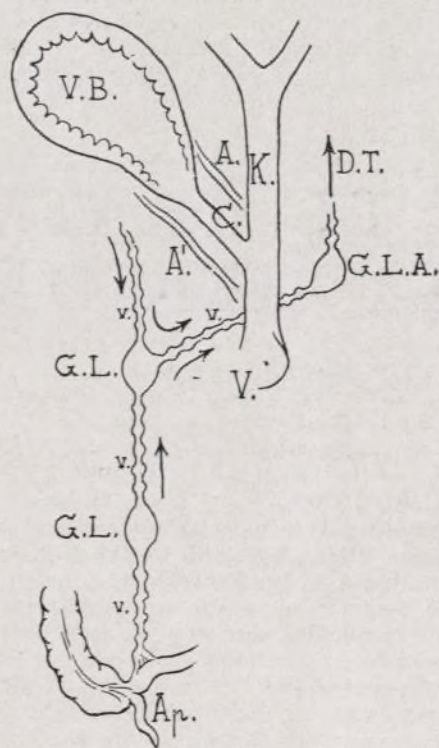


FIGURA 1  
V. B., Vesícula biliar.—K., Colédoco.—A. y A', Arterias císticas (r. de la hepática y de la gastroduodenal, respectivamente; esto permite, por circulación colateral directa preexistente, respetar la vitalidad nutritiva de la vesícula del perro, aun destruyendo una de ellas).—C., Cístico.—G.L., Ganglios linfáticos.—G.L.A., G. linfático preaórtico.—Ap., Apéndice.—v., Vasos linfáticos.—V., Ampolla de Vater.—D. T., Conductos torácicos.

seguidas de un cierre total de las paredes abdominales. En la primera serie se trata de provocar colescistitis agudas, en la segunda, la terrible peritonitis biliar. Para ello nos hemos servido (Fig. 1) de perros de media talla, con abdomen bien desarrollado, y en los cuales es fácil el abordaje de vesícula biliar, la cual, como es de sobra conocido, se encuentra profundamente alojada sobre un lecho labrado entre sus múltiples lóbulos, y que puede lograrse también en la relaparatomía con la mayor normalidad de las condiciones anatomo-patológicas del órgano en cuestión: Esto ha sido plenamente logrado a partir del quinto experimento. Huelga decir que en cada experiencia se dispone de otro animal testigo, para comparar los resultados y las alteraciones anatomo-patológicas observadas en el microscopio.

El plan de las experiencias se ha desarrollado del modo siguiente:

En narcosis etérea se procede a la laparatomía del animal. Se busca la vesícula biliar, ocluyendo temporalmente el cístico antes de proceder a la introducción de gérmenes. En la primera experiencia se procede al vaciamiento de la vesícula con una aguja de inyecciones hipodérmicas

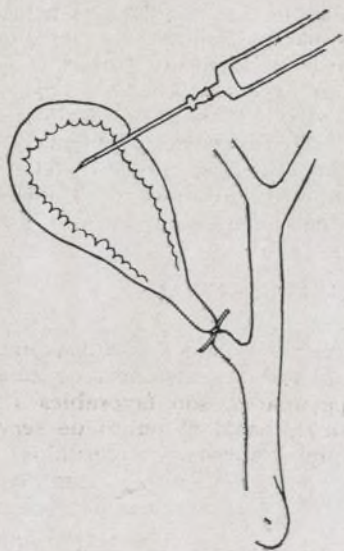


FIGURA 2

1.ª variante.

Serie 1.ª: Ligadura del cístico.—Inyección intracavitaria de un cultivo de microbios (*Staf. aureus*—*B. Coli*.—*B. Eberth*) de 2000000 p. cm<sup>3</sup> (1/2 cm<sup>3</sup>).—Cierre total del abdomen.—Relaparatomía a los 15-20 días.—Colecistectomía.—Sacrificio del animal.

Serie 2.ª: Ligadura del cístico.—Inyección intramural (como en la fig. 3) de una gota de cultivo de idéntica composición al de la 1.ª serie, concentrado 8 veces más.—Cierre total del abdomen.—Relaparatomía a los 15-20 días.—Colecistectomía.—Sacrificio del animal.

de unos veinte días) para practicar la colecistectomía y ligar el cístico con un nudo quirúrgico de seda, seguido, también, de sutura total del abdomen. A una distancia media de unos quince días se sacrificaba el animal para verificar el contenido del cístico. A partir del quinto animal, se han variado las condiciones técnicas del experimento, en el cual, después de la introducción de gérmenes en la vesícula, se ha procedido a realizar un estenosamiento del cístico, estrangulándolo levemente con un colgajo del omento mayor (Fig. 3); en la relaparatomización se comprobó la dehiscencia del nudo del cístico, seguida de una colerragia mortal.

Las vesículas extirpadas han sido sometidas al examen histológico de sus tejidos y el bacteriológico de su

contenido, habiendo logrado en más de la mitad de las experiencias realizar una reproducción lo más aproximada posible al cuadro clínico humano: En vista de los resultados obtenidos en la primera serie, nos parece que la inoculación intramural es la que realiza lesiones de colescistitis típicas, claramente reconocibles, «visu» y microscópicamente. La presencia de los gérmenes en la bilis y la naturaleza de las lesiones han demostrado que el *b. coli* es el que provoca lesiones más intensas y más análogas a las que se registran en el hombre que las de los demás gérmenes; verosímelmente, por la predilección especial que tiene este germen para con la vesícula biliar, la cual está en estrecha interdependencia con la circulación linfática intestinal y, especialmente, con la del apéndice. La realización más intensa se logra asociando las dos mitades; mayormente cuando el estasis biliar provocado mediante la obstrucción temporal del cístico condiciona un remanso biliar. Las lesiones anatomo-patológicas son las que se observan en las inflamaciones agudas, sobre todo en los de la primera serie. En los relaparatomizados se han logrado registrar alteraciones colescistíticas de tipo crónico, especialmente la forma escleroatrófica; en estas circunstancias la mucosa presenta fases de proliferación lujuriosa de las papilas e intensa infiltración linfocelular; con segmentos destruidos, restando en estas zonas un estrato único constituido por tejido conjuntivo.

Tras este breve resumen de unos ensayos de patología experimental, que en el momento presente no están ultimados, deduciremos valiosos datos aplicables a la clínica, si pensamos que, después de una escrupulosa revisión de las principales vías biliares, sobre todo en aquellos casos en los cuales comprobemos la existencia de estasis, lo que presupone un trastorno en la circulación biliar, el aumento de la presión intracanalicular puede vencer la resistencia de las suturas o de las ligaduras con el consiguiente flujo hacia la cavidad peritoneal. Y no es lícita la afirmación de Nordmann al decir que siempre que se realiza una colecistectomía o coledocotomía debe procederse a la canalización externa del colédoco, puesto que se puede comprobar que el aumento de la presión intracanalicular presupone la secuela de una colangitis intrahepática, difícil de vencer. Colangitis, estasis biliar, hiperpresión intracanalicular, son factores que deben tener presente los que abogan por la abolición del drenaje preventivo y por la simple canalización de las vías terminales.

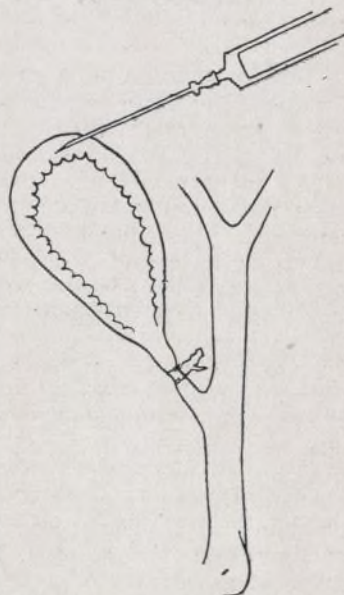


FIGURA 3

2.ª Variante.

Serie 1.ª: Estenosamiento del cístico con una fibra de tejido orgánico.—Inyección intracavitaria (como en la fig. 2) de un cultivo de microbios (*Staf. aureus*.—*B. Coli*.—*B. Eberth*) de 2000000 p. cm<sup>3</sup> (1/2 cm<sup>3</sup>).—Cierre total del abdomen.—Relaparatomía a los 15-20 días.—Colecistectomía.—Sacrificio del animal.

Serie 2.ª: Estenosamiento del cístico con una fibra de tejido orgánico.—Inyección intramural de una gota de cultivo de idéntica composición al de la 1.ª serie, concentrado 8 veces más.—Cierre total del abdomen.—Relaparatomía a los 15-20 días.—Colecistectomía.—Sacrificio del animal.

¡No hay que tratar nunca por el calor los miembros entumecidos por el frío!

# Algunas particularidades del problema palúdico en nuestro Ejército

Por A. ALONSO, Jefe de la Sección de Higiene y Epidemiología del E. de Levante

Sin perjuicio de publicar en su día una memoria detallada sobre el brote palúdico del verano de 1938 en nuestro Ejército, creemos útil publicar para nuestra revista algunas particularidades observadas en este brote.

En plena actividad combativa este frente, en la primera mitad del verano próximo pasado empieza a presentarse a nuestros soldados una gran cantidad de procesos febriles e infecciosos que, por la variedad de sus tipos clínicos, son diagnosticados de múltiples entidades nosológicas, siendo los diagnósticos más frecuentes los de paludismo o «infección intestinal». Se nos planteó, por tanto, el problema de analizar este fárrago de diagnóstico, así como de organizar la evacuación, hospitalización y tratamiento de los infecciosos.

Venciendo múltiples dificultades conseguimos montar una red de Centros de Clasificación de enfermos infecciosos con personal competente y material de laboratorio necesario, con la característica que nosotros traíamos del Ejército de Maniobra de sobriedad, eficacia y movilidad. En otra ocasión escribiremos todo el funcionamiento del servicio de epidemiología; por ahora nos limitamos a decir que por lo que al paludismo respecta, estos

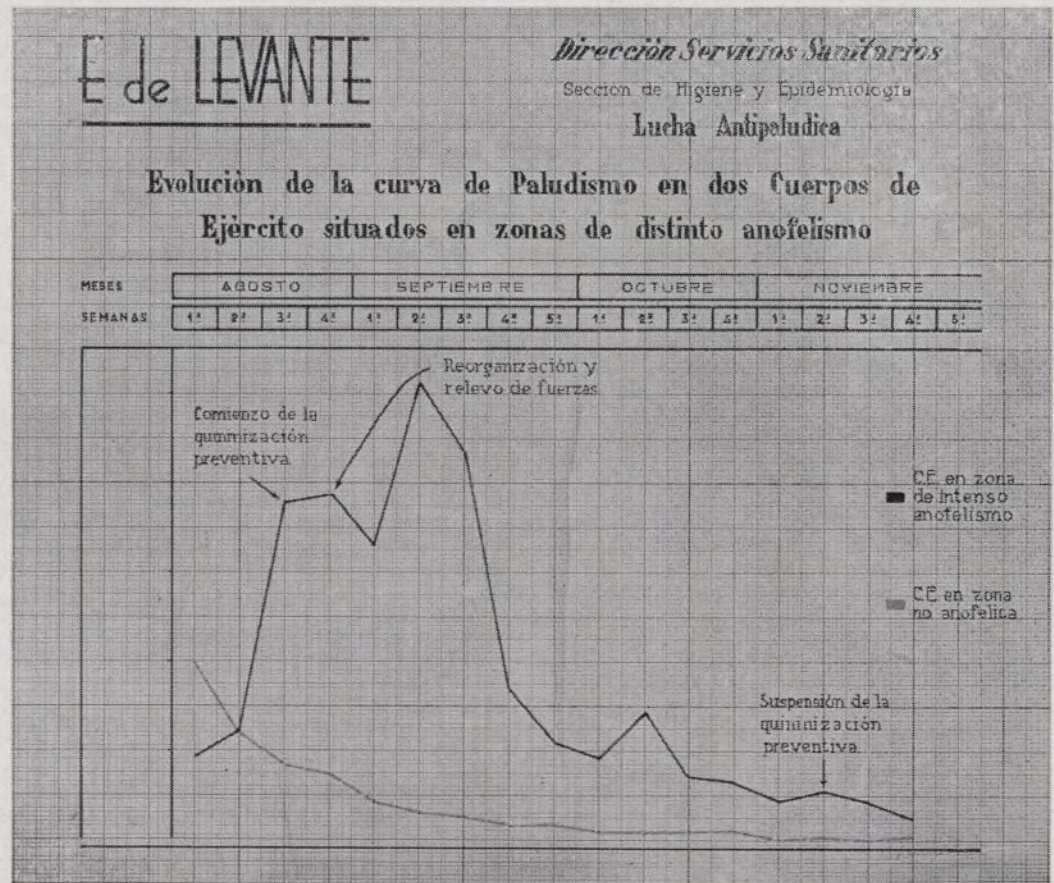
Centros eran verdaderos Dispensarios Antipalúdicos, donde se diagnosticaba microscópicamente absolutamente todos los casos hospitalizando y tratando los palúdicos en dicho Centro, recuperándolos directamente a su Unidad.

Esta red de Dispensarios empieza a funcionar primero de modo incompleto, hasta que a primeros de agosto queda totalmente instalada, siendo, por tanto, desde esa fecha que nosotros estamos en condiciones de hacer una estadística real de enfermos palúdicos.

Debemos consignar que estos Centros no se limitaban al diagnóstico y tratamiento de enfermos palúdicos, sino que realizaban lucha antipalúdica integral, teniendo, por tanto, sus equipos de entomólogos que pronto consiguieron averiguar las zonas de anofelismo en los distintos sectores de nuestros frentes.

Así las cosas, pronto pudimos darnos cuenta: 1.º Del volumen real del problema palúdico. 2.º Qué Unidades estaban más afectadas, cuáles menos y cuáles nada. 3.º De la extensión del anofelismo en la zona ocupada por nuestro Ejército, así como de su intensidad en donde era positivo. 4.º De que no había paludismo en la población civil. 5.º De que el paludismo procedía de soldados palúdicos del año anterior y que sufrían aquí su clásica recidiva primaveral. 6.º De que la morfología epidémica en cada sector iba a depender de la existencia o no de anofeles, así como de su cuantía.

A primeros de agosto teníamos dos Cuerpos de Ejército intensamente afectados, pero su problema era totalmente distinto, porque uno, el que más casos estaba dando, estaba instalado en una zona casi anhidra y, por tanto, carente de anofeles, y el otro, a pesar de dar menos casos, estaba instalado en zona de intenso anofelismo. El



primero daba en la primera semana de agosto tal cantidad de casos (véase gráficas) que produjo la natural alarma en sus mandos, pero estudiado el problema nos apresuramos a tranquilizarles, pues resultó que los casos procedían de una sola de sus Divisiones y que ésta hacía unos quince días había estado ocupada en zona de intensa endemia palúdica, y traída a nuestro frente destinándola a una zona en que no existen anofeles. Equivale el caso que estudiamos al de un navío cuya tripulación acampa durante unos días en una isla intensamente palúdica, haciéndose a la mar antes de que se produzca caso alguno y en alta mar, entre los doce-veinte días a partir de su estancia en la isla, esto es, una vez pasado el período de incubación palúdica, la tripulación empieza a ser diezmada por el paludismo. Claro es que no habiendo anofeles en alta mar es natural que el brote palúdico se extinguiera por sí solo una vez sean tratados los palúdicos que hubieren de presentarse.

Esto fué justamente lo que nosotros pronosticamos y esto es lo que, como puede verse por la gráfica, ha pasado. El número de casos baja rápido y persistentemente hasta extinguirse.

Mucho más serio ha sido el segundo caso, esto es, el del Cuerpo de Ejército instalado en zona de intenso anofelismo y a que se refiere la otra gráfica. Aquí se da el caso de una pequeña cantidad de palúdicos del año ante-

rior que tiene su recidiva primaveral en una zona de intenso anofelismo. El número de casos aumenta alarmantemente, se estudia el problema para intentar yugular el brote y nos encontramos con que, dada la especial característica de las aguas del sector, donde anidan los anofeles no se puede hacer lucha antilarvaria, no quedándonos otro recurso que practicar la quinización preventiva. La emprendemos con gran desconfianza en el éxito, pues ha fracasado en casi todos los Ejércitos, aun en los más disciplinados, como el Ejército alemán de Macedonia en la guerra europea, y ha fracasado porque no se logra conseguir que los soldados tomen la quinina sistemáticamente, por lo que el éxito del problema no es de orden sanitario, sino puramente militar.

Se quininizan las Unidades más afectadas en la tercera semana de agosto y, efectivamente, empieza a bajar el número de casos, pero a consecuencia de un cambio de Unidades se infectan otras nuevas y en la segunda semana de septiembre se produce un enorme ascenso, como puede verse en la gráfica; se termina por quinizar prácticamente a todo el Cuerpo de Ejército y efectivamente se produce un descenso vertical del número de casos en la tercera, cuarta y quinta semana del mes de septiembre. Quizá algún malariólogo acostumbrado a observar que en las zonas palúdicas de España baja enormemente el paludismo en el mes de octubre, crea se debe a la estación y no a la quinina el descenso del número de casos, pero estudiado minuciosamente el problema he-

mos podido comprobar que aquí el otoño, y por tanto la disminución de anofeles, no se produce en octubre, pues esta zona de la costa, de clima húmedo y cálido, tiene en octubre tantos mosquitos como en septiembre, produciéndose el descenso de ellos con el relativo frío de noviembre.

Es animador lo ocurrido con la quinización en este Cuerpo de Ejército, pues aparte de servirnos de experiencia para como hemos de organizar en esta zona la lucha antipalúdica de la campaña próxima, puede figurar como alto exponente de la conciencia y disciplina de este Ejército de la República que consigue éxito como éste, siendo así que otros Ejércitos de más empaque y petulancia han fracasado en él. Citamos, para demostración del interés con que los mandos acometieron el problema, el caso de un jefe que, con las tropas formadas ante él para repartir el rancho, se tomaba los comprimidos de quinina disueltos en agua para ejemplo de todos. Podemos asegurar que de la manera como iba ascendiendo el paludismo en esa zona, si no se hubiera hecho por todos este esfuerzo se hubiera producido una verdadera catástrofe sanitaria sólo homologable con la de las antiguas y desgraciadas campañas coloniales.

Otro detalle de nuestra epidemia ha sido un brote de unos cien casos ocurridos en una zona ocupada por nuestro Ejército a unos mil quinientos metros sobre el nivel del mar; como esto ha ocurrido en el mes de septiembre, los anofeles se han extinguido rápidamente en las noches frías de octubre, por lo que el problema ha desaparecido.

## Comentarios sobre el diagnóstico «Infección intestinal»

Por teniente médico R. JORDA ALONSO

Aunque son muchos los problemas a comentar en el campo de la Medicina Interna, el orden cronológico nos lo debe dar su importancia, y por tal motivo es éste, a nuestro juicio, el primero que debemos abordar.

En la práctica diaria de la Medicina es indudable que nos vemos forzados muchas veces a echar mano del «cajón de sastre»; el diagnóstico preciso es imposible en ocasiones por la limitación de nuestros conocimientos; otras porque los procedimientos de diagnóstico no están a nuestro alcance siempre, y no nos es posible aclarar una cuestión con los pocos o ninguno con que podemos contar en determinados momentos; y, finalmente, nos solemos encontrar con cuadros de enfermedad que, por no estar establecidos aún por completo con sus características definidas, ya que son en sus comienzos comunes a varios procesos, nos impiden calificar el síndrome con el nombre concreto de una entidad nosológica.

En todos estos casos es indudable también que habrá siempre una frase más o menos feliz que, a reserva de ulteriores averiguaciones, nos permita sentar un diagnóstico de aproximación.

Pero no es menos cierto que de modo excesivo, por no calificarlo de abuso, se utiliza en demasiadas ocasiones el diagnóstico de «infección intestinal», disculpable si se utiliza por las causas que hemos señalado y como «cajón de sastre» más o menos justificado, pero que no podemos en modo alguno aceptarlo como «diagnóstico en firme», que es como suele usarse con demasiada frecuencia, y que en este caso nos vemos obligados a calificar este hecho de «monstruoso», criterio por nuestra parte que es el que nos sugieren estos comentarios.

La frase «infección intestinal» como diagnóstico de un proceso definido no se utiliza en ningún país más que en el nuestro, y es verdaderamente asombroso el ver cómo un diagnóstico, que no ha podido leerse en parte alguna, porque ningún libro ni tratado de enfermedades infecciosas lo describe, se ha extendido tanto en la práctica diaria de la Medicina, y se ha hecho tan de uso común entre «nuestra clase médica», que todos nos entendemos perfectamente cuando se utiliza, a pesar de estar por completo «vacía» de sentido clínico.

Suele diagnosticarse de «infección intestinal» todo proceso febril a los pocos días de su comienzo, en el que se observan como manifestaciones: fiebre, lengua saburral, pulso más o menos frecuente y molestias abdominales con o sin vómitos o diarreas.

¿Motivo por el cual se hace este diagnóstico? Tal vez la creencia de que uno de los muchos gérmenes habituales del intestino ha exaltado su virulencia y ha dado lugar a este cuadro primeramente local, y de aquí sus manifestaciones abdominales, y más tarde general, reflejado en el aumento de la temperatura.

Insistimos en que esto es de todo punto inadmisibles por muchísimas razones:

1.<sup>a</sup> Aun aceptando esta patogenia, el término «infección intestinal» no es el más apropiado, puesto que su traducción literal, «intestino infectado», es un estado normal del organismo y no patológico, toda vez que el intestino únicamente se encuentra libre de bacterias durante la vida intrauterina, siendo en cambio necesario lo esté a partir del alumbramiento por cuanto el papel «fisiológico» de las bacterias intestinales a lo largo de la vida es indispensable.

2.<sup>a</sup> La mayoría de los cuadros como el descrito que se diagnostican de «infección intestinal», no se deben a esta patogenicia, sino a gérmenes venidos del exterior, y que, teniendo como puerta de entrada las primeras porciones del aparato digestivo, utilizan la pared intestinal para su penetración en la corriente linfática o sanguínea, momento en que, de no ser destruidos o cuando menos contrarrestados, constituyen enfermedad; y en este caso, tan apropiado sería el nombre de infección intestinal como el de infección bucal, por ser éste el punto real de entrada en el organismo si se atiende a esta razón para el diagnóstico, cosa que a nadie se le ocurriría.

3.<sup>a</sup> El cuadro local de intestino que apreciamos tampoco nos justifica tal diagnóstico, por cuanto la mayoría de las veces, por no decir todas, tal síndrome se debe al tratamiento seguido por el enfermo antes de ser visto por nosotros, máxime en nuestro país (único en el que esto ocurre), en que no se concibe acudir al médico cuando se tiene fiebre sin antes haber purgado al enfermo, sometiéndole al propio tiempo a la consabida dieta láctea y administrarle además unos cuantos enemas, iniciativas todas que, conjuntas, justifican con creces el cuadro local, si no la fiebre, motivo inicial de estas conductas.

4.<sup>a</sup> Nuestra experiencia, en contra de cuanto se ha descrito, nos ha hecho ver que la fiebre tifoidea, prototipo por excelencia de proceso de esta índole, para los que diagnostican «infección intestinal», si no se modifica su cuadro con conductas tan poco apropiadas como funestas (y nos referimos a las purgas enemas y dieta láctea), cursa la mayoría de las veces con estreñimiento, sin gorgoteo de la fosa ilíaca derecha, ni diarrea de puré de guisantes, ni molestias intestinales como veremos en su día, pues de dar todo esto no es en los comienzos precisamente, a pesar de ser éste un proceso, netamente demostrado, no sólo de penetración de gérmenes a través de la pared intestinal, sino de localización, además, de éstos en diversas porciones del intestino precisamente.

5.<sup>a</sup> El mayor porcentaje de procesos así calificados son verdaderas fiebres tifoideas, como se comprueba más tarde, pero que no se establecen entonces y a continuación del otro proceso, sino que lo son desde el comienzo, concurriendo la falta de signos típicos en los primeros días con las consecuencias de la conducta terapéutica y dietética a que nos referimos en el párrafo anterior. Esto cuando no se trata de otros procesos, similares en un principio a la tifoidea y de muchísimo peor pronóstico, como ocurre con las granulias, con o sin meningitis tuberculosa, fiebre de Malta, fiebre recurrente, sepsis, etc., etc.

6.<sup>a</sup> Otras veces se trata de procesos con una localización orgánica que, con una exploración minuciosa (a cuyo defecto por la causa que sea atribuimos el «no diagnóstico») lograríamos precisar de modo más racional, como ocurre con la Endocarditis lenta, Neumonías, Pleuritis, Reumatismo agudo febril, Tuberculosis en sus diversas formas de brotes agudos febriles desde la infiltración primaria hasta los brotes febriles de los cavitarios, pasando por las adenopatías activas, etc., etc.

7.<sup>a</sup> Finalmente, suele tratarse, y es lo más frecuente, de procesos febriles agudos, banales, del tipo de la faringitis a «frígore», amigdalitis, enfriamiento agudo, etc., sin manifestaciones locales de órgano afecto que llamen la atención sobre él y con un cortejo de intestino en cambio, debido a tratamientos anteriores.

Se nos podrá argüir que en la clínica mejor dotada nos encontramos, y es cierto, con procesos febriles simi-

larés en un todo a la fiebre tifoidea y demás procesos del grupo tífico, que no dan las reacciones propias de este grupo, diferenciándose tan sólo de ellos en su evolución más corta, alrededor de quince días de duración, y que es a estos síndromes a los que se califica de «infección intestinal».

Tampoco en estos casos creemos justificado tal diagnóstico por las múltiples razones expuestas más arriba. Nosotros, ante estos casos, que solemos sorprender con relativa frecuencia, pensamos: 1.<sup>o</sup>, que no hemos hecho una exploración cuidadosa en los primeros momentos para sorprender los signos locales de una faringitis, bronquitis, etc., que por ser pasajeros no podemos ya encontrar cuando, confiados de estar en presencia de un proceso tífico, nos contesta el laboratorio con una negatividad absoluta; 2.<sup>o</sup>, que el enfermo ha llegado tarde a nosotros y no da ya manifestaciones; suele ocurrir venga éste a la clínica a los ocho días de enfermedad, cuando todo ha pasado, y cura por completo con cinco o seis estancias más a nuestro lado y sin tratamiento alguno. La no observación del cuadro durante los primeros días nos imposibilita de dar muchas veces un diagnóstico, y 3.<sup>o</sup>, que si así como de ordinario solemos hacer solamente aglutinaciones a cuatro gérmenes, Eberth, Paratífus A y B y Melitensis, las hiciéramos a más, a alguno de los muchos más que, patógenos, pueden anidar en el intestino, tal vez pudiéramos entonces precisar más el diagnóstico.

Por eso nosotros, ante estos cuadros, calificamos el proceso de «Síndrome febril de bacteriología desconocida», con lo cual creemos haber obrado correctamente en cuanto a nuestro papel diagnóstico, aunque no así en cuanto al epidemiológico, puesto que nuestra perplejidad es supina si se nos aborda acerca de su contagiosidad posterior, por lo que se refiere a medidas a tomar con estos enfermos como posibles «portadores de gérmenes».

En concreto, por cuanto acabamos de apuntar, consideramos tan «vejatorio» para «nuestra clase médica» el uso de tal diagnóstico, que nos congratularíamos con que se entablara una polémica profesional, en el terreno de la discusión cordial desde luego, para llegar a una conclusión en este tema, puesto que lograr borrar del campo de nuestros diagnósticos éste, por el simple criterio nuestro, aunque autorizado por nuestra modesta experiencia tanto anterior como durante la guerra, en la clínica de enfermedades infecciosas siempre, sería demasiado pedir, pero debiera ser, en pro de la dignidad y decoro profesional de los médicos españoles.

## DE LA SANIDAD DEL INTERIOR



En un hospital de Levante,