

BOLETIN DEL CIRCULO MEDICO- QUIRURGICO



3ª Agrupación
del 1º C.E.

Sumario

- | | |
|----------------------|---|
| Dr. La Villa: | «Quince meses de Odontología en la guerra». |
| Dr. Prada: | «Noticias fisiológicas y pruebas acústicas para descubrir la sordera simulada». |
| Dr. J. López Alonso: | «Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las fracturas malleolares». |
| Dr. Contreras: | «Historia Clínica». |

año I

16 de Diciembre de 1937

nº 2

**Boletín del Círculo
Médico - Quirúrgico
de la 3.^a Agrupación**

Ext
rúr

A
Jefe
C
la si

Q

ner
actu
el v
ella

al c
ten
nos

esta
un
has

loc
un
nú

sei

m

sa
ha

Extracto de la Sesión celebrada en el Círculo Médico-Quirúrgico de la 3.^a División el día 1.^o de Diciembre de 1937.

A las seis de la tarde se constituye la sesión bajo la presidencia del Dr. Pertejo, Jefe de Sanidad de la 3.^a División.

Concedida la palabra al Dr. La Villa, Odontólogo de la 26 Brigada, dió lectura a la siguiente comunicación, titulada:

Quince meses de Odontología en la Guerra

Dr. La Villa.

Invitado por el Jefe de Sanidad de la 3.^a División, vengo a este Círculo a exponer los problemas y soluciones que he encontrado durante los quince meses de mi actuación; pero como me da un plazo muy corto, no se si podré incorporar en ellos el verdadero sentido que quiero darles; hablamos de muchas cosas y cada una de ellas puede ser tema de otros tantos.

Uno de los que más me llamó la atención fué mi fichero. Llamaremos mi fichero al que tenía empezado antes de la guerra; un fichero de consulta particular, que contenía 1.500 fichas y que tardé en confeccionar seis años. Este fichero puede enseñarnos mucho, por lo pronto nos habla del tiempo transcurrido, seis años.

Durante mi actuación en la guerra, también he querido hacer un fichero y con esta intención pedí informes a la Jefatura del Sector, y con fecha de 6 de Julio recibí un oficio en el que me decían que se estaba estudiando el modelo de ficha pero hasta la fecha no se ha encontrado solución.

A pesar de todas las dificultades, el fichero funciona desde que estamos en una localidad en que no he tenido más que comprar las fichas en la imprenta. Y tengo un fichero no ilimitado como el de una consulta particular, sino, uno limitado al número de hombres de la Brigada: 3.000

Los dos ficheros expuestos, funcionan normalmente; el primero particular, costó seis años de trabajo y el segundo oficial, un mes.

Todos conocemos las enseñanzas que encierra un fichero, y lo que generosamente reporta a quienes lo maneja.

A esto le daremos algo de importancia; en la actualidad, hace un mes, tengo un sanitario estudiante de Medicina y futuro Odontólogo, él es quien le maneja y le hace. ¿Aprende algo?

Tengo entendido que escasean los Odontólogos, este sanitario con la práctica que tiene hecha en las Clínicas de su padre y del Seguro Médico, con la experiencia de este fichero, está más que capacitado para regir una Clínica de esta naturaleza.

De esta manera el rendimiento de la Clínica se ha extendido, fructificando con el complemento de esta capacitación.

¿El trabajo realizado en esta Clínica es completo? Aquí es donde el silencio tengo que hacerle forzoso, a mi juicio es incompleto y casi innecesario.

Porque según están dotados todos estos equipos, no se puede terminar la obra, por lo tanto o dotarlos bien o quitarlos.

El mayor contingente de pacientes lo forman, aquellos que su enfermedad radica en la necesidad de un trabajo de prótesis; en general se puede decir que no se padece de la boca, pues en los quince meses de mi actuación he tenido 4 ó 5 con placas, piorreás, ninguna; y de otra naturaleza, ninguna.

Por lo tanto, mi actuación en más de 4.200 asistencias, se ha limitado a Tratectomías, curas de caries, que no he podido completar por carencia de material y las extracciones necesarias, procurando abstenerme de hacerlas cuando podría haber posibilidades de curación. De otra manera los resultados para el futuro hubieran sido funestos.

Pero a causa de no completar las curas de caries, con el empaste definitivo, los dolores reinciden y las bajas se repiten en los mismos individuos periódicamente.

Este problema en realidad no existe, aislado por que se une a la falta de prótesis ya que las muelas enfermas son en su gran mayoría pilares de estos trabajos, y se harían en conjunto las dos cosas.

Si se quiere completar el estado sanitario de la Brigada, ha de solucionarse este complejo problema, ¿cómo? de las siguientes maneras:

1.º—Facilitando un taller de prótesis, donde se puedan mandar los trabajos aquí preparados, o dándonos medios de poderlos encontrar.

2.º—Dotando al equipo de dicho taller y proporcionando un protésico, que colabore.

Y una vez admitida una de las dos soluciones, mantener contacto en el primer caso con el taller donde quiera que se encuentre y facilitar el enlace con él.

En el segundo caso, facilitar los medios de proveernos del material necesario como lo hacen en otras Brigadas, en que ya está organizado.

Resumiendo lo tratado se puede decir: que el estado sanitario de la boca dado lo limitado del trabajo es perfecto, y los que no han pasado por la consulta (causa muy fácil de corregir) vienen con flemones que prontamente son curados.

CONCLUSIONES.

1.º—Estos equipos o se les dota bien, o se les quita.

2.º—El estado sanitario puede ser perfecto, necesitando para dicha perfección a lo sumo tres o cuatro meses de trabajo en tipo de serie, para que desaparezca el Odontólogo como unidad permanente.

Esto dicho con interrogación, es decir que se queda un poco en la experiencia práctica que nos proporcione un equipo bien dotado.

Dr. Yagüe: La colaboración interesantísima de los Odontólogos en la actual guerra ha venido a demostrar la necesidad tanto tiempo sentida, de crear el Cuerpo de Odontólogos de Sanidad Militar. El camarada La Villa no ha tratado la materia a que se refiere su comunicación más que desde el punto de vista médico. Hubiera sido interesante haber escuchado su opinión sobre la gran actuación que puede tener la Odontología en la guerra actual por lo que se refiere a la cirugía protésica. Indudablemente, las características de la contienda que sostenemos no son las mismas que las de la guerra europea de 1914-1918. La guerra de trincheras que finalizó el año 1918 contribuyó enormemente a la presencia de considerable número de heridos de cara y sobre todo de boca, que eran los más temibles, hay un gran desenvolvimiento de cuanto se refiere al tratamiento protésico y de heridos de región estomatológica. En nuestra contienda actual, por la característica de los combates en lo que nosotros hemos podido ver, sobre todo durante los combates de Brunete, en que pasaron por este Hospital numerosos heridos, pudimos apreciar en el servicio de clasificación que el número de heridos de boca era bastante inferior al que se mencionaba en las estadísticas europeas. Quizá los compañeros Odontólogos de las Brigadas 33 y 34, afectos a esta División y que entonces tuvieron sobre sí todo el peso de los heridos citados nos pudieran dar más detalles sobre esta comparación estadística. La impresión nuestra, en general, es de que alcanzaron a un 2 por 1000.

Es muy interesante también destacar—yo siempre voy a referirme, claro está, a los compañeros que más han estado en contacto con nosotros, por lo que ruego al camarada de la 26 Brigada no lo tome en consideración—la labor que han realizado los Odontólogos de la División respecto a despistajes y señalamientos de procesos sifilíticos por manifestaciones de boca. Han sido bastantes, quizás pasen de una docena, los informes que se nos han enviado al servicio nuestro de piel y venereo, señalados como procesos sifilíticos en actividad. Asimismo es interesante la aportación de estos camaradas ayudándonos a conllevar lo mejor posible el tratamiento bismútico, evitando los procesos de estomatitis que se han presentado por la utilización de dichos productos, quizás no todo lo bien tolerados o bien preparados que se deseaba.

Yo quisiera oír la opinión de los compañeros sobre la conveniencia de emplear los preparados arsenicales polivalentes en los procesos infectivos de boca.

Me congratulo mucho de la aportación del camarada de la 26 Brigada a esta reunión y, como yo he obtenido excelentes resultados con la aplicación de esos preparados, espero les hayan obtenido igualmente mis demás compañeros.

El Dr. Rivera: Mi intervención ha sido provocada por las palabras del compañero Yagüe, al decir que ha sido pequeño el número de heridos de boca en esta guerra en comparación con la Europea. Existe la costumbre de establecer parangón entre ambas guerras al referirnos a heridos y, a mi juicio, debe tenerse en cuenta que desde entonces han transcurrido 20 años y que la intervención de la Aviación, que

en aquella época era muy reducida, actualmente juega un papel importantísimo, habiéndose podido comprobar aquí sus terribles consecuencias.

He de decirle al compañero Yagüe que en el servicio de cirugía del Monasterio era raro el día que no se nos enviaban tres heridos de boca por cada cien que ingresaban, muchos a consecuencia de granadas. De modo que si a estos añadimos los ocasionados por la Aviación y los muertos a consecuencia de traumatismo consecutivo obtendremos un porcentaje de cierta importancia.

El Dr. La Villa pronuncia unas palabras para manifestar que el no mencionar en su comunicación los heridos de boca es debido a su imposibilidad de llevar un control estadístico, ya que estos heridos, cuando se producen, son llevados inmediatamente a los puestos de Batallón. Muestra su conformidad con las manifestaciones del Dr. Yagüe.

Nociones fisiológicas y pruebas acústicas para descubrir la sordera simulada

Dr. Prada

El camarada Pertejo recabó mi incorporación a estas conferencias, haciéndome la sugerencia de que pronunciase algunas palabras acerca de la simulación de sordera. El tema me parece muy bien y, naturalmente, no sé si estas cuartillas que he preparado y voy a leer estarán a la altura de los grandes conocimientos en materia de oídos de los que me escuchan. Yo pido por adelantado perdón si éstos son demasiado elementales. Dicen así:

El móvil que me guía este trabajo, dedicado a compañeros ajenos a la Otología, es el de que pueda tener alguna utilidad en su práctica profesional cuando no puedan apoyarse en el consejo de un especialista.

Naturalmente que para que hagamos una afirmación absoluta de que la sordera es de naturaleza orgánica, no podemos prescindir de una Otoscopia detenida y por ella informarnos de la integridad, o por el contrario, de las lesiones anatomo-patológicas que existan.

Pero cuando, por la razón que fuese, la Otoscopia no es realizada, es cuando las pruebas de audición serán la única defensa para evitar el fraude.

Por todos es conocido que el sonido se propaga a los centros auditivos por dos vías, una llamada aérea, y otra designada transmisión osea.

Tanto la vía aérea, como la vía osea concurren ambas transmisiones hacia el oído interno, donde se encuentra alojado en el interior del caracol el «órgano de Corti» y de dicho órgano, por los nervios cocleares llegan a los centros auditivos cerebrales.

La transmisión aérea del sonido, o de la palabra, es la vía normal, así como la más perfecta. Las vibraciones sonoras transmitidas por el aire son recogidas por el pabellón de la oreja, y encaminadas a través del conducto auditivo externo hasta llegar al tímpano. Esta membrana acústica se encuentra separando el oído medio o caja timpánica del exterior, y por tanto, sometida a dos presiones aéreas diferentes; cuando la permeabilidad de la trompa de Eustaquio se encuentra alterada.

Ahora bien, la regularidad de la tensión de la misma, no sólo es determinada por dichas presiones, sino principalmente por un músculo denominado tensor del tímpano, el cual, con sus contracciones, defiende al órgano sensible de los ruidos exagerados; la contracción de este musculito va unificada igualmente con la acción de otro, designado con el nombre de «músculo del estribo». Es una observación corriente, para descubrir la correlación refleja que estos músculos tienen con los músculos

palpebrales cuando nos hiere un ruido violento, simultaneamente se cierran los ojos, o cuando menos, se observa una ligera contracción de ellos; igualmente, cuando bruscamente se ocluyen los ojos, percibimos un ligero chasquido en ambos oídos, consecuencia de las contracciones de los musculillos intratimpánicos.

La vibración del tímpano no sólo es transmitida por la cadena del huesecillo sobre la ventana oval, donde sabéis descansa la platina del estribo, sino también por el aire existente en el interior de la caja, el cual a su vez hace vibrar la membrana situada de una manera oclusiva, en la ventana redonda, que comunica igualmente, con una espira del caracol.

La transmisión del sonido, desde la caja a la ventana redonda, es en realidad de verdad la que apropiadamente podemos designar como vía aérea, ya que las vibraciones sonoras recogidas por el tímpano y transmitidas por la cadena de huesecillos es impropio designarla como transmisión aérea, según describen todos los Tratados de Otología, pues en todo caso sería una transmisión mixta, aérea y osea.

Por transmisión osea entendemos las transmisiones sonoras por intermedio del esqueleto cráneo-facial.

Esta transmisión es mucho más imperfecta que la primera, pero de todos modos sumamente aprovechable, y tan es así, que una parte de los aparatos acústicos para sordos utiliza esta vía osea, por ejemplo el llamado Sonotone, que transmite a través de la apófisis mastoidea mediante un vibrador adaptado a ella.

Por lo anteriormente expuesto comprendemos que existen gran número de enfermos con destrucción total de tímpano y huesecillos y la audición, tanto por vía aérea como por vía osea, es suficientemente aprovechable.

Una vez que las ondas sonoras alcanzan la endolinfa contenida en el caracol membranoso, imprimen a este líquido una vibración de sus moléculas, las cuales en su progresión llegan a impresionar las células sensoriales del «Órgano de Corti». Dos son las teorías actuales de como son impresionadas; las propiamente llamadas células basales y de Deiter del llamado órgano de Corti, en sus dos partes primordiales conocidas por los nombres de lámina basal y téctoria. La primera teoría y más antigua es la conocida por el nombre Helmtz.

Esta teoría supone que los sonidos al desgrosarse, cada uno hace vibrar por separado las células sensoriales correspondiente al mismo sonido. Esta teoría se basa en el conocido experimento de que si hacemos vibrar un diapasón en el interior de la caja de un piano abierto, solamente entraría en vibración la cuerda correspondiente a la nota de dicho diapasón vibrando al unísono. Es decir, que si el diapasón por ejemplo es correspondiente al «Do» natural de 128 vibraciones, únicamente la cuerda que vibraría en el piano sería la afinada a dicha nota. Esta teoría a pesar de ser tan sugestiva no ha sido admitida por todos los Fisiólogos, oponiendo a ella otra no menos ingeniosa y verosímil.

Dicha teoría, difiere totalmente de la anterior, puesto que afirma que los corpúsculos flotantes en la endolinfa conocido por el nombre de otolitos y corpúsculos auditivos, al entrar en vibración, para cada nota, se agrupan sobre la lámina basal,

donde se encuentran, como anteriormente he indicado, las células sensoriales auditivas formando figuras caprichosas y diferentes, para cada nota un sonido. Esta teoría la explica con el siguiente experimento: Si sobre una lámina vibrátil colocamos, cubriendo con polvillo de una salvadera, y la hacemos entrar en vibración hiriéndola con el sonido producido con el arco de un violín, observaremos que cuando cese la vibración el polvillo que anteriormente habíamos extendido de una manera uniforme, se agrupará formando caprichosísimas figuras totalmente distintas para cada sonido que haya hecho vibrar la lámina donde se encontraban.

Estas diversas modalidades son designadas con el nombre de forma nodales.

Las vibraciones desde el Organo de Corti son propagadas a los centros auditivos cerebrales mediante los nervios cocleares, rama, como es sabido, es una de las que se bifurca del VII par.

De esta breve descripción de fisiología auditiva, se comprende, es insuficiente hablar de propagación aérea y propagación osea sin mencionar lo que yo designo propagación endolinfática, o más propiamente dicho, propagación líquida del sonido.

La simulación de la sordera (prescindiendo, como antes dije, de la exploración Otoscópica que todo especialista hace) puede ser descubierta mediante las pruebas de audición y sólo mencionar las encaminadas a tal fin.

Las dificultades de audición son consecuencias de lesiones localizadas bien en las partes integrantes que transmiten el sonido por vía aérea, como por ejemplo, lesiones del oído medio, trompa de Eustaquio, etc., etc. o bien por afecciones radiantes en el órgano noble de percepción del sonido (por ejemplo, oído interno, nervios o centros auditivos) claro es que hay ocasiones, en que la afección es tan extensa que abarca a ambas porciones. Es natural que las pruebas de audición se fundan principalmente en esta diferenciación de transmisiones aérea y osea y el enfermo que intenta simular fácilmente se contradice en la exploración.

Sordera completa no simulada de un oído o de ambos.—Al examen de la palabra el sordo real, procura adivinar lo que le decimos por el movimiento de los labios, el simulador, cuando finge sordera total, no presta atención en el movimiento de nuestros labios, insistiendo en que nada comprende. Cuando disimuladamente producimos un sonido intenso sin que el enfermo se aperciba, el simulador inevitablemente efectúa una ligera contracción de los músculos palpebrales.

Las pruebas del diapason, resultan en relación con la no percepción del sonido, tanto por vía osea como por vía aérea.

Por lo general, este no es el caso que frecuentemente se nos presenta, ya que los pacientes solo aseguran estar rebajada su audición. Las pruebas que realizo son las siguientes: para la *voz cuchicheada*, previamente les ocluyo los ojos, y de este modo resulta para ellos sumamente difícil dar los mismos resultados afirmativos o negativos a idénticas distancias en los casos de simulación; iguales resultados obtenemos con el reloj y sobre todo con el acúmetro.

La inmensa mayoría de las disminuciones de la audición, como consecuencia de otorreas crónicas por lo general, se encuentra rebajado el límite auditivo por trans-

misión aérea, por ello el *diapasón reloj* o *acúmetro* se percibe mejor apoyado en la apofisis mastoidea que colocado por delante del oído, esto mismo acontece en la inmensa generalidad de otopatías secas, bien de naturaleza catarral, esclerósicas o osteo-espongiosicas. Como el simulador desconoce la *prueba de Rinne* se contradice por suponer que lo que no oye por delante del oído, mucho más difícilmente deberá oirlo por detrás. Lo mismo acontece con la *prueba de Weber* que como es sabido, al colocar el diapasón vibrante sobre el vértice de la cabeza, se lateraliza la audición del mismo, precisamente hacia el oído que menos oye y siempre los simulantes contestan al contrario, también es interesante la *prueba de Bing*, según la cual un diapasón vibrante colocado sobre la mastoide se reforzará la perfección del sonido en un oído normal cuando se ocluya herméticamente el meato auditivo, este refuerzo de sonido no lo experimentan los pacientes con afecciones reales de su aparato de transmisión. La *prueba de Swabach* es inútil en estos casos, puesto que como igualmente se funda en aumentos de la percepción del sonido por vía osea, resulta que un diapasón débilmente vibrante no es percibido por un sujeto normal al aplicarle sobre el vértice del cráneo, en cambio sí es perceptible, cuando esté afecto de cualquiera de las modalidades de otitis anteriormente mencionadas. Para todas estas pruebas de diapasón debemos utilizar el de 128 vibraciones. Yo también me valgo para desenmascarar a los simuladores de la siguiente artimaña: Esta tiene por fin confundir a los que tratan de engañarnos. Me valgo de un fonendoscopio cuyos dos auriculares los introduzco en ambos oídos del sujeto a examinar, llevando hacia atrás del mismo, los tubos de goma y la platina o tambor fonendoscópico. Aplico al mismo, bien un diapasón vibrando o un reloj de robusto golpeteo. Seguidamente le invitaremos a que nos diga, por qué oído mejor lo percibe, y nosotros, mediante una pinza de Pean pinzaremos alternativamente y por separado, cada tubo del mismo, con lo cual conseguiremos que las vibraciones no alcancen al correspondiente oído. Este experimento, y sin que el sujeto se perciba, se repetirá diferentes veces, e incluso pinzando los dos tubos auriculares a la vez. El enfermo que realmente lo es, las afirmaciones que nos haga siempre estarán de acuerdo con nuestra maniobra, mientras que el disimulador se contradecirá con bastante frecuencia.

Como habréis observado, casi todas las pruebas de que os he hablado han sido encaminadas para descubrir la sordera simulada de las afecciones oticas de transmisión por ser ellas el 90 por 100 de las otopatías observadas en sujetos jóvenes, y que fácilmente pueden inducirnos a un error de interpretación, puesto que las sorderas consecutivas a lesiones del órgano de percepción, bien del laberinto, nervios auditivos y centros cerebrales con independencia de encontrarse asociadas a sorderas de transmisión, el interrogatorio del enfermo referentes a enfermedades padecidas en su infancia (meningitis, tifus, sífilis, etc. etc.) puede darnos puntos de orientación.

Como se comprenderá, y como dije en principio, estas exploraciones no pueden ser aseguradas de un modo absoluto, sin realizar una otoscopia minuciosa y sólo a título de información previa, pueden ser tenidas en cuenta por el médico no especializado. Como resumen de todo lo expuesto, a mi juicio es la palabra tanto en voz

alta como en voz cuchicheada, el mejor medio para medir la capacidad auditiva en los afectos de disminución de su agudeza auditiva, puesto que ella es igualmente utilizable para las lesiones de transmisión y de percepción, y además que lo que nos interesa en los sujetos examinados, es, no solamente que oigan el sonido, sino que distingan y entiendan claramente las palabras; práctica que deberá ser realizada manteniendo cerrados los ojos del examinado.

Como resumen diré, que en la práctica de diez y seis meses de guerra, enfermos que decían ser sordos totales, no he podido comprobar ningún caso. Existen, sí, simuladores que aumentan la sordera—la mayoría de los que me mandan—y es una cosa bastante entretenida verles vacilar y desmoralizarse al ser descubiertos. Y nada más.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento de las fracturas maleolares

Dr. Jesús López Alonso.

Vamos a presentar un caso de fractura bimalleolar y supramaleolar que si bien por su curso, no tiene interés, presenta en cambio, en su tratamiento, algunas alteraciones en la rutina terapéutica de las fracturas.

Sujeto de 23 años de edad, bien constituido, con unas amnesias que no prejuzgaras, que un día cae, con el caballo de quien era jinete, acusa fuerte dolor e impotencia funcional, de miembro inferior izquierdo, y le traen inmediatamente al hospital, en una camilla.

A la inspección se observa pie izquierdo, en valgus formando ángulo patológico con el eje de la tibia, ligera tumefacción y ausencia de equimosis.

A la exploración presenta la articulación, tibio-tarsiana con excesivos movimientos, transversales que nos hacen sospechar, estar destruida la mortaja bimalleolar.

Las exploraciones de los movimientos, son en extremo dolorosas.

Se le lleva a la pantalla radioscópica y con el Dr. Parada observamos, una fractura completa de maleolo interno, otra fractura en tibia, inmediatamente por encima de la anterior (y esta a la imperfecta visión de la pantalla, ya que este caso, para su buen estudio es tributario de la radiografía), nos pareció que no era completa y otra también en tibia encima de la anterior, caracterizada por una esquirla, con un borde fijo inferior y otro libre superior formando este con la tibia ángulo agudo.

En peroné se observa arrancamiento total del maleolo.

Posiblemente, en los movimientos ejecutados, para descalzar al fracturado de la bota alta que usaba, cambió la dirección del pie y al verlo en Rayos X, estaba en varus, lo que explica, el pronunciado descenso del extremo fracturado con relación al borde superior de la fractura y la ligera angulación del maleolo tibial fracturado, con el eje de la tibia.

Diagnóstico, fractura bimalleolar por abducción y doble fractura supramaleolar de tibia.

Dejamos de propósito el estudio del mecanismo, de la fractura, para entrar en el tratamiento objeto de esta comunicación.

Es inmediatamente escayolado, desde la articulación de la rodilla hasta los dedos del pie, en la posición clásica de estas fracturas.

El escayolado, le produce alivio inmediato de los dolores y el fracturado es objeto de rigurosa vigilancia, durante los cuatro días siguientes.

No acusó dolor ni molestia alguna, buen calor y buen color en los dedos del pie y una fiebre de 37 grados y 2 décimas en la tarde primera, apirexia en la mañana siguiente, 37 grados y 4 décimas en aquella tarde y apirexia en los días siguientes.

Se procede a levantar el escayolado a los 19 días férula de von Brum, masaje, movimientos activos y pasivos primero y progresivos ensayos de deambulación después y actualmente, desde los cuarenta días anda sin auxilio de garrota, con el pie, en incurbación plantar normal, no desviación en varus ni en valgus y perfecta fisiología de la articulación tibiotarsiana.

El primer problema, que aquí se plantea es el de la corrección e incorrección del escayolado inmediato, a las pocas horas de ocurrido el accidente.

Matti es terminante adversario y fundamenta esta actitud, en que por efecto de la fuerte hinchazón, consecutivas a la fractura, puede el escayolado precoz conducir en ciertos casos, a graves perjuicios producidos por la compresión.

Vamos a razonar, por qué creemos indicado, en las fracturas maleolares, el escayolado precoz, bien sentado previamente, que lo condicionamos, al internamiento del fracturado en una clínica y a la vigilancia repetida y cuidadosa, durante los primeros días que siguen a tal maniobra.

Todas las pseudoartrosis, son lamentables para quien las padece, pero una pseudoartrosis en las fracturas que nos ocupan es un posible fracaso, en la función de una extremidad.

La coaptación no exacta de la fractura, nos va a producir, entre otras cosas, un ensanchamiento de la orquilla articular, con su correspondiente alteración dinámica. *Kirschner*, recomienda en toda fractura su reducción precoz.

Ahora bien, una vez reducida una fractura maleolar, ¿es posible sostener una corrección, no siendo por el escayolado?

Las férulas, son a nuestro juicio, incapaces de contener los fragmentos, en esta clase de fracturas, por razón de la forma exterior de esta región.

Otro tanto y más decimos de las tablillas.

La extensión continua a lo *Kirschner*, o por otro procedimiento análogo (tracción por el esparadrapo etc.) tampoco la creemos práctica, como sistema de contención, en esta clase de fracturas.

Habrà que renunciar, por lo tanto, a mi juicio a la precoz contención de la coaptación, de no recurrir al escayolado inmediato.

La reducción en sí, dentro de la desviación angular, habitual en esta clase de fracturas, en las que hay que observar, además de la continuidad del eje del pie con el de la pierna (dedo gordo, rótula y espina iliaca anterosuperior) las maniobras digitales sobre los maleolos que nos ayudan y nos cercioran mientras se pone el escayolado, la exacta reposición de los extremos maleolares, práctica que con una tumefacción considerable, se dificulta enormemente, por impedir la inflamación, la palpación osea que no habiendo inmovilización, va a ir *in crescendo* por la mecánica del derrame postfractural, ya que tenemos dos extremos óseos más o menos sangrantes, y en movimiento, condición no ciertamente ideal, para que se verifique,

una hemostasia espontánea, amén de los pequeños dislaceramientos que su dinamismo origine, o pueda originar, en las partes blandas, nuevas hemorragias que al aumentar la hinchazón nos borren más aún, los relieves óseos y que son otras tantas causas, que van a perturbar nuestras maniobras reductivas.

El caso entonces, es terminante; habrá que esperar para la reducción e inmovilización definitiva a que baje la inflamación.

Veamos sus inconvenientes.

Actualmente se acepta, que la cicatrización ósea, pasa por una primera etapa conjuntiva, una segunda cartilaginosa, no constante y en relación con la movilidad o inmovilidad de la fractura y una tercera ósea que a su vez se divide en provisional o definitiva.

La etapa cartilaginosa se ha observado sistemáticamente en los experimentos hechos en los animales y no se ha observado con constancia en el hombre.

Leriche explica ésto por condicionar el estado cartilaginoso a la movilidad de los fragmentos, de aquí que en los animales, en los que es en extremo dificultosa la inmovilidad de una fractura, se observa la fase cartilaginosa.

Ziesler, Cornil y Coodra, dan a conocer, que a partir del cuarto día, comienza en el callo conjuntivo la noviformación ósea.

Si siguiendo el precepto clásico, tardamos tres o cuatro días en inmovilizar por el enyesado el foco de fractura, es obvio que el callo en vez de seguir exclusivamente la fase conjuntiva y ósea, pasará por la fase cartilaginosa y en esta clase de fractura, en la que si queremos impedir una rigidez articular, hemos de recurrir a la movilización precoz, creemos que con el escayolado tardío contribuimos a la formación de una posible pseudoartrosis.

Máxime en estos huesos de cicatrización torpida, ya que según la estadística de *Morits y Leisrink*, tardan en consolidar cuarenta y siete días y según *Surlt*, cincuenta y seis.

Schmidt, dice que la pseudotrosis consecutivas a las fracturas maleolares, especialmente a las del maleolo interno, no son tan raras como hasta ahora se admitía.

Kapis en un total de cuarenta y tres fracturas maleolares, vió seis pseudoartrosis de dicho maleolo.

Otro de los puntos a que quiero referirme y que está íntimamente ligado al anterior, en el resultado final de la marcha de la fractura, es el referente al tiempo que han de estar inmovilizadas esta clase de fracturas.

Forgue recomienda veinte o veinticinco días.

Magnus opina no pasar de veintiún días.

Ellmer se queda satisfecho con ocho días de inmovilización.

Nosotros, en esta clase de fracturas, como en todas, en lo referente al tiempo que debe durar el escayolado, tenemos un criterio ecléctico.

Dentro de las normas clásicas, nos arrogamos un margen de libertad, supeditado a la observación radiográfica del callo y a los datos clínicos del mismo; en general, no creemos deba tenerse mucho tiempo escayolado un miembro y recurrimos lo antes posible al masaje por diversas razones.

Dentro de la mecánica ósea, por el papel excitante del masaje sobre la sólida del callo y sobre el porvenir funcional del miembro.

En las fracturas de que nos ocupamos, por su carácter de intraarticulares, creemos deba ser la movilización lo mas precoz posible, supeditada, claro está, a las condiciones del callo.

El peligro que acecha de una sinovitis plástica por la inmovilización y por el posible traumatismo de la sinoviales vecinas y téngase en cuenta que rodean a la articulación, las vainas sinoviales de los músculos tibial anterior, del extensor propio del dedo gordo, del extensor común de los dedos del pie, de peroneo lateral corto, del tibial posterior, del flexor común de los dedos del pie y del flexor del dedo gordo.

Nuevo círculo vicioso, en que si aceptamos el estadio cartilaginoso, por aceptar así mismo, la movilidad de los fragmentos fracturados en el escayolado tardío, según la tesis sustentada anteriormente, nos vemos impedidos a la movilización precoz por el peligro de la pseudoartrosis, con las graves consecuencias en la dinámica articular que esta norma puede llevar consigo.

Además, la reposición exacta de los fragmentos, que como digo anteriormente, la creo más fácil en el primer momento, va a contribuir también a la normalidad articular, por la menor irritación de la hemartosis, por la no desviación de los fragmentos, por la homogenidad del callo, por la no hipertrofia del mismo, etc.

De los peligros que una contención defectuosa va a originar, pie equino, varus valgus, de la atrofia por inactividad, de la refleja, etc., no nos ocupamos por parecer-nos perfectas las opiniones que sobre esto expone cualquier tratado de fracturas.

Discusión.

El Dr. Paradas: Como encargado del servicio Radiológico de este Hospital desde el comienzo de su funcionamiento, quiero hacer resaltar de una manera especial la necesidad de que ante un esguince, ante el menor esfuerzo que suponga fractura se envíe al enfermo a la exploración radiológica. Yo he apreciado una serie de fracturas de maleolo que al exterior no presentaban ningún síntoma y que al llevarlas a la pantalla se observaron manifestaciones claras y terminantes de fractura. Por tanto, y yo creo que las fracturas de este tipo se hace más indispensable que en otras el reconocimiento con Rayos X y no fiarse de la exploración externa.

El Dr. San Nicolás: Para felicitar al compañero López Alonso por el caso que nos ha expuesto, pero siento tener algunos puntos de discrepancia sobre tratamiento de estas fracturas. Según la mayoría de los autores, para su consolidación es conveniente un plazo de sesenta días de inmovilización, por que todos sabemos que la formación del callo va en relación con la nutrición del hueso. Además siendo los maleolos los más distantes de la arteria nutricia, en la fractura de que tratamos ha dicho mi compañero López Alonso que es necesario un escayolado y en casos de esta índole «Tillaux» aconseja simplemente una contención, para que no haya que hacer una segunda inmovilización después.

Otras de las cosas a que se ha referido López Alonso—precisamente él lo ha dicho muy bien—es el peligro de la sinovitis plástica y dice que debe corregirse la fractura por los medios normales. Yo desearía que nos explicase cuáles son esos medios a que ha aludido.

El Sr. García (Alfonso): Me ha parecido entender que debe aplicarse el vendaje de escayola con edema y, a mi juicio, si así se hace a los cuatro o seis días de bajar la inflamación quedaría completamente holgado y la fractura sin la debida sujeción. Yo deseo se me indique si se aplica el vendaje de escayola inmediatamente.

El Dr. Morató: Algunas pequeñas sugerencias sobre su comunicación, camarada López Alonso. Ante todo, felicitarle, pues el caso que nos ha expuesto ha sido un completo éxito en cuanto a tratamiento. Ahora he de hacerle observar unos cuantos detalles. Nos ha hablado de la fractura de maleolo y nos presenta un caso que dice de fractura—bi—maleolar, cuando se trata de un caso de fractura bimalleolotibial con astillaje. Ello tiene una importancia grande, sobre todo por lo que al procedimiento terapéutico se refiere. Dice que en el caso por el tratado se presenta una separación de los fragmentos y yo he de decirle que esta separación es normal en esta clase de fracturas por la contextura anatómica. Lleva el maleolo para su fijación dos ligamentos, que son el peroné-astragalino y el peroneo-calcáneo es decir el ligamento deltoideo. Hay que tener en cuenta también el mecanismo de producción de la fractura, primer mecanismo de distensión y un segundo mecanismo de fractura, propiamente dicho. En el primero intervienen de un modo especial los ligamentos a que he hecho referencia y producen de por sí una separación del ángulo de las orquillas que forman los dos moleolos, el tibial y el peroneo. Como consecuencia de esto, uno de los dos ligamentos tiene más resistencia que el otro y se produce la fractura en el sentido contrario de la debilidad ligamentosa. Por eso, aun suponiendo el traumatismo del lado externo de la pierna, la fractura se producirá en el lado opuesto al que ha sufrido aquél. Estas condiciones anatómicas de la articulación llevan como consecuencia el hecho de que al separarse por la fractura y por la debilidad ligamentosa del lado opuesto se produzca una mayor separación del ángulo de esta orquilla, dándose entonces el pie Varus, por la luxación posterior del astragaló. Es decir, que el astragaló colocándose el pie un poco en plano de luxación, lleva aparejado un pie Varus, característico en todas las fracturas de tipo maleolar. Al producirse la fractura en estas condiciones, nos encontramos con que lo primero que hay que reducir es justamente esa luxación sin cuya reducción no hay posibilidad de una correcta fijación de los elementos fracturados. La separación de que hablo lleva aparejada otra complicación más para el tratamiento de esta fractura, y es que se produce una pequeña hidrartrosis en el espacio fracturado. Esta pequeña hidrartrosis, implica un tratamiento de un cuidado enorme para no dejar una claudicación como consecuencia de un proceso de luxación astragalina, que es lo más interesante en todas las fracturas de este tipo.

Además, hay que tener en cuenta que las fracturas al dejar entre los dos espacios del hueso fracturado una parte líquida de tipo hemático han de seguir el proceso

normal, que es el de coagulación de sangre. Esta coagulación, parece que va a estorbar la formación del callo, siendo todo lo contrario, la definen claramente todos los autores diciendo que para combatir la pseudoarticulación a posteriori de la fractura de maleolo es menester frotar los dos fragmentos fracturados para acumular sangre, a fin de que a la formación del coagulo proceda la del callo. Y no sólo esto, sino que en algunos casos se llega incluso a inyectar sangre, como aconsejan algunos autores. Como vemos, todas estas consideraciones nos llevan a la conclusión de que se trata de un proceso de restauración difícil. En la mayoría de los casos de fractura de maleolo quedará el pié con una deformación mayor o menor, pero siempre defectuoso. Es muy raro encontrar uno que quede correcto, sobre todo en los movimientos de lateralización del pié.

El camarada López Alonso ha dicho que él opina que el vendaje debe ser hecho inmediatamente. Esta teoría tiene sus defensores y sus contradictores. Las razones de unos y otros son muy fundamentales. Los que opinan que el vendaje debe hacerse inmediatamente tienen en su favor la ventaja de una mayor aproximación de esta orquilla, de la cual hay que hablar en todas las fracturas de maleolo, pero tienen un inconveniente, que es el fenómeno consecutivo a la fractura; la inflamación puede determinar una angulación de los segmentos fracturados. Yo, naturalmente, tengo que hablar siempre en plan quirúrgico, e insisto que la fractura maleolar debería ser tratada en muchos casos quirúrgicamente, haciendo un enclavamiento directo en sentido del eje, y si no puede ser directo, entonces con unos agrafes oseos enclavados en los dos fragmentos de la fractura. ¿Riesgos de todo esto? Apenas ninguno, pues el hablar de infección, que sería el único peligro, yo opino que hoy día no se debe ni mencionar eso, en este tipo de intervenciones. Nada más y todo esto—a título de sugerencias exclusivamente—es cuanto quería decirle al compañero López Alonso.

El Dr. López Alonso: Al Dr. Paradas he de manifestarle que estoy de acuerdo con sus palabras, que agradezco.

El Dr. San Nicolás ha dicho que todos los autores hablan de que se deben tener más tiempo escayoladas estas fracturas. Yo no sé a cuáles se referirá, pues le he citado aquí a Forgue, que habla de veinticinco días, a Magnus, que opina (en una Quirúrgica publicada después del año 1934) deben ser veintiún días; a Ellmer, que juzga suficiente ocho días; y a Matti, que llega incluso a decir que debe empezarse por el masaje. Por eso repito—no sé a que autores ha querido referirse mi compañero San Nicolás, aún reconociendo que la bibliografía de que disfrutamos en las actuales circunstancias es bastante reducida.

Nos ha hablado también de la sinovitis traumática y dice que no he indicado el tratamiento. Precisamente una de las causas que más la producen es la inmovilización. Por eso es por lo que nos inclinamos no por la inmovilización precoz, sino por la normal.

Al camarada Alfonso García he de decirle que la aplicación del escayolado inmediato debe supeditarse siempre a que el herido se encuentre hospitalizado y bajo una atenta vigilancia. En caso contrario, no es aconsejable en las fracturas maleolares.

Al compañero Morató le diré que si alguna sugerencia le hemos proporcionado para hablar, de ello nos encontramos satisfechos, porque ha dado lugar a escuchar una interesantísima y autorizada disertación en el trabajo que hemos presentado y hemos dedicado exclusivamente al tratamiento de la fractura, objeto de la comunicación. Lo que nos ha dicho sobre reducción de luxación nos ha parecido muy bien. En cuanto al frotamiento de los fragmentos fracturados para provocar la salida de sangre, conocemos la teoría y el tratamiento de la fractura por este procedimiento. Yo, al preparar mi trabajo, me he limitado a la pobre bibliografía que tenemos actualmente y en ella no se habla de la frotación en el tratamiento de esta clase de fracturas y yo no lo creo indicado. Ha dicho también que toda fractura debe ser tratada quirúrgicamente. Yo le pido me disculpe mi discrepancia, ya que sólo soy cirujano de afición, pero he de decirle que los autores no hablan de que se emplee sistemáticamente el tratamiento quirúrgico en las fracturas bimaolares. A mí se me ha presentado el caso que discutimos y el herido ha quedado perfectamente, sin necesidad del tratamiento de quirófano y, aunque tengo gran afición a las cuestiones quirúrgicas, opino que debe ser evitada, siempre que se pueda, una intervención. Por lo demás, no tengo más que manifestar mi agradecimiento al Dr. Morató por sus autorizadas manifestaciones.

El Dr. Parada: Aprovechando la concurrencia a esta reunión, quiero hablar de si habría posibilidad de evitar la serie de reconocimientos repetidos que se está dando en nuestros combatientes. Encargado—como antes dije—del Servicio Radiológico y de Laboratorio de este Hospital y teniendo una ficha de reconocimientos que se acerca a los 6.000 casos, me encuentro con que algunos soldados han sido reconocidos no sé cuantas veces. Hace tres días se presentó un camarada para que se le reconociese de estómago y mi sorpresa fué grande cuando al acercarle a la pantalla y antes de darle la papilla me encontré la porción intestinal repleta de sustancia opaca. Me confesó que en un plazo inferior a tres meses había ingerido 16 papillas, presentando manifestaciones de intoxicación bismútica; pero así como se dice en todos los libros que los bismúticos en dosis grandes provocan diarrea, en lugar de ello tenía un estreñimiento grande. Naturalmente, este caso me hizo pensar en la necesidad de evitar estos casos, y yo pregunto: ¿No habría posibilidad, según he visto en la Brigada Internacional, de que a los soldados de nuestra División se les dotara de una cartilla sanitaria en donde se consignase toda su historia clínica? Yo requiero de nuestros Jefes de Sanidad, que tanta actividad despliegan, pensasen la manera de dotar a cada enfermo de este documento.

El Dr. Cerdera, Jefe de Sanidad de la 33 Brigada: Para manifestar mi disconformidad con la sugerencia del compañero Parada. A los soldados, cada vez, se les están entregando más documentos (la medalla de identificación, la cédula militar, etc.), y existiendo libros de reconocimientos en los Batallones y compañías, no creo necesaria la cartilla sanitaria. En dichos libros se anotan diariamente todos los reconocimientos y por ellos debe llevarse perfectamente el control del personal enfermo y evitarse que los individuos sean reconocidos repetidas veces; son, por tanto, los Médicos de Ba-

tallón quienes pueden eficazmente corregir este defecto, aun sabiendo lo mucho que sobre ellos pesa en materia sanitaria.

El Dr. Pertejo, Jefe de Sanidad de la 3.^a División: Voy a contestar al compañero Parada, manifestándole que veo en todo cuanto nos ha dicho una necesidad y además un estímulo para todos nosotros loable. Hay que ver la forma de llevar a la práctica estas sugerencias. Yo opino que antes de nada es necesario establecer una separación entre enfermos hospitalizados y enfermos no hospitalizados. Ya en la vida civil se daba el caso del enfermo que ha sido explorado varias veces y que después de haber pasado por los peligros de una intervención ni él mismo ni sus familiares sabían el dictamen del Cirujano. Se hablaba de obligar a éste, a facilitar esta información. Esta necesidad, como es natural, se ha de sentir más aún en nuestras actividades sanitarias militares.

Por lo que respecta a los hospitalizados, está registrada la existencia de la ficha sobre evacuación en el primer Hospital por que pasa el enfermo o herido. Esta ficha sobre evacuación es un sobre en el interior del cual se incluye toda la documentación sanitaria. En el exterior figura la filiación completa y unidad a que pertenece el interesado. En este sobre, que se extiende en el primer Hospital se introduce como primer documento, la tarjeta o ficha médica de vanguardia con que el médico de posición envía al individuo al hospital, y posteriormente se va incluyendo toda la documentación hospitalaria relativa a enfermedad y hospitales por que pasa hasta ser dado de alta. Toda esa documentación se recoge en el último hospital y es obligatorio enviarla a la Sección de Estadística del Ejército. Ahora bien, de estos documentos los que por su interés lo requieren se puede muy bien hacer una copia, y entregársela al interesado para que la lleve en su poder, de esta forma podría siempre exigírsele sus antecedentes facultativos, antes de cualquier nuevo reconocimiento o al producirse una nueva hospitalización.

Respecto a los no hospitalizados, la manera de resolverlo a nuestro parecer, es la indicada por el compañero Cerdera; es decir, el Médico es el responsable de la Sanidad en su Unidad y es quien debe llevar el control de sus enfermos. El es quien debe evitar estos casos que trata de corregir con muy buena intención el compañero Paradas, desde un puesto donde no le es posible la mayor parte de las veces evitarlo. Los Médicos de Batallón deberían llevar fichas individuales donde constase los reconocimientos y hospitalizaciones sufridas, altas y bajas en el servicio con expresión de los motivos etc.; ésta a mi juicio es la mejor forma de resolver este asunto. Claro que la base principal sería evitar los constantes cambios de Médico de Batallón, pues se da el caso de que algunos no llegan a permanecer quince días en una Unidad.

Yo recojo la sugerencia hecha por el camada Paradas y veremos la manera de intentar hacer que el control de enfermos se haga más efectivo e intereso de los médicos de Batallón aquí presentes me den su opinión.

El Dr. Reseco, Jefe de Sanidad de la 34 Brigada. El soldado lleva la cédula militar de identidad, la ficha de pagaduría, lleva muchos documentos, en efecto,

pero yo creo que todos ellos podrían simplificarse en un solo carnet provisto de las hojas necesarias. El compañero Paradas nos ha expuesto el caso de un soldado enfermo de estómago que llevaba ingeridas 17 papillas, y yo he de manifestar que ello no es culpa del médico de Batallón porque seguramente éste le habrá enviado a reconocimiento una sola vez o, a lo sumo, dos por pérdida de filiación. Lo que sucede es que por los traslados de Hospital que soportan los enfermos y por no llevar el sobre sanitario les suelen hacer diversos reconocimientos, y así llegan al Batallón después de recorridos varios hospitales sin que el médico de la Unidad se entere de lo que padecen, pese a llevar el libro de reconocimientos necesarios, a toda la organización sanitaria de Batallón. Esta falta se observaría a mi juicio si cada soldado fuese portador de su carnet sanitario que, como digo, podría unificarse con los restantes documentos de identidad. Me sumo a la petición del compañero Paradas.

El Dr. Grau. Como Médico de Batallón y después de las manifestaciones del Comandante Reseco, sólo me resta decir que, ante la falta de la ficha a que ha aludido nos vemos obligados forzosamente a enviar a la exploración radiológica a aquellos enfermos de aparato digestivo, respiratorio, etc., yo por mi parte, puedo decir que todos los diagnósticos del servicio radiológico que a mi han llegado, los tengo archivados como antecedente sanitario del personal de mi Unidad a fin de evitar los reconocimientos repetidos.

El Dr. Antolín. Como Médico de Batallón, me adhiero a las palabras del camarada Grau y hago mías sus manifestaciones.

El Dr. Parada: Al pronunciar mis anteriores palabras, no estaba en mi ánimo ni fué mi intención hacer crítica; empiezo por reconocer perfectamente las necesidades que tienen, ante la carencia de antecedentes, de enviar a reconocimiento a los enfermos. Yo me he referido a la creación de la cartilla sanitaria, como medio a mi juicio, de evitar las reiteradas exploraciones a que son sometidos los enfermos. De ahí mi sugerencia de dotarles de una cartilla sanitaria mucho más difícil de perderse; cartilla, por otra parte, de gran interés para el individuo enfermo, pues al quedar registrados en ella los reconocimientos, análisis, hospitalizaciones, etc. que ha sufrido, cuando es necesario someterlas a nueva exploración ya sabemos los especialistas a qué atenderlos. Y de gran utilidad también para los Médicos de Batallón, porque así, aun siendo nuevos en la Unidad, por los frecuentes cambios a que antes se ha aludido, están en situación de poder conocer perfectamente la situación sanitaria de su tropa. Por todo ello, insisto en mi propuesta de creación de repetida cartilla.

El Dr. Contreras: Voy a decir algunas palabras sobre empleo del alcohol intravenoso en las septicemias.

Historia Clínica

Dr. Contreras.

Ingresa en el Hospital a las 4 de la tarde. Placenta retenida desde el día anterior a la madrugada. Anemia intensa. Utero blando, responde con concentraciones al masaje. Para la hemorragia había inyectado Ergotina, cuello tetanizado. Al hacer expresión uterina, se desprende placenta y pasa a vagina, pero queda adherida por algún cotiledón. Extracción manual con desprendimiento de la placenta, previa una asepsia muy relativa, dadas las condiciones del campo operatorio. En el cuerno derecho había una adherencia que se desprende al introducir el borde cubital de la mano. Inmediatamente contracción y formación del globo de seguridad. Náuseas, lipotimias. inyección de tónicos cardíacos. La temperatura del día por la mañana del día de la intervención era de 38,6. Al noveno día, aparece el escalofrío y el anuncio de la infección sanguínea. Delirio, insomnio, pulso frecuente más alto que la temperatura.

El tratamiento se hizo con absceso de fijación, proteinoterapia y la inyección de alcohol endovenoso al 33 por 100 (10 c. c.). No ha dejado de comer ningún día en más o menos cantidad, alimentación a base de gran valor calórico, purés, huevos mantequilla, leche muy azucarada, etc. etc.

Entre las muchas y poco eficaces cosas que encontramos en el arsenal terapéutico de las septicemias de todo origen, no hay que olvidar el proceder del alcohol intravenoso como farmaco que responde con resultados optimistas. Creemos que debe ensayarse con mayor frecuencia en las septicemias por heridas de guerra y concederle un puesto de preferencia en la lista de antisépticos químicos conocidos hasta ahora.

Mi experiencia en los casos puerperales me hace concebir grandes esperanzas en la curación de nuestros heridos.

El absceso de fijación con su resultado positivo, ha coincidido con la respuesta dada por el laboratorio al confirmar una evolución de pronóstico favorable.

Continuamos actualmente con el mismo tratamiento, suponiendo que el proceso septicémico está vencido y que el mantenerse esa temperatura de 38° es debida unicamente al flemón del muslo derecho. Actualmente la enferma duerme toda la noche. Tiene buen apetito y un buen estado general. El pulso se ha puesto acorde con la temperatura y los loquios son escasos e inodoros.

El objeto de presentar esta breve nota clínica es solamente para recordar y ensayar con frecuencia en esta guerra el proceder del alcohol intravenoso.

LABORATORIO

Análisis de sangre de Celedonia Pozas. Cama n.º 1. Población Civil.

Hematies.....	2.240.000 por mm ³
Leucocitos	24.375 por mm ³
Hipoglobulia intensa con leucocitosis.	

Fórmula leucocitaria simplificada.	Mononucleares.....	8
Polinucleosis	Polinucleares.....	90
	Eosinófilos.	2
	Total.....	100
(Contados 200 leucocitos)		

Esquema de Arneth... ligera desviación hacia la derecha.

Tipo A. 10 %. B. 30 %. C. 35 %. D. 21 %. E. 4 %.

El Dr. Paradas: Me parece muy bien que el compañero Contreras nos haya expuesto este caso, porque ello da motivo a que hablemos del alcohol. Fueron realmente los tocólogos los que se lanzaron más a su empleo tratando septicemias puerperales con él, pero luego no siguieron, habiendo caído los preparados de alcohol más frecuentes, en manos de los especialistas de pecho. Ya hace años que vengo cultivando esta especialidad y puedo hablar del asunto con cierto conocimiento, porque he empleado mucho estos preparados. Entre los Médicos generales existe un temor al empleo del alcohol, habiéndose hablado de algunas muertes instantáneas. Yo puedo decir que he empleado el alcohol en solución al 33 % sin haber tenido ningún contratiempo. Después se ha rebajado la dosis al 23 %, empleando el alcohol en solución de glucosa por suponerlo así menos tóxico para el hígado, pero creo que no hay nada que temer. Esta opinión mía coincide con los trabajos realizados en el Hospital Nacional por el Dr. Tapia. Yo he empleado los productos de alcohol en los casos neumónicos y abscesos de pulmón y puedo decir que el resultado que hasta ahora nos ha dado ha sido bueno. Por ello considero que no hay que tener miedo a la inyección de alcohol, pese a lo que se diga; todo consiste en inyectar lentamente. Y no digamos nada si tenemos la precaución, además, de colocar al enfermo, con la cabeza baja, e inyectarle previamente insulina. Creo que la eficacia del alcohol en los procesos sepiémicos es de una importancia enorme y creo que su empleo no está difundido todo lo que debiera estar, ya que la mayoría de los Médicos recurren a él como última solución, después de empleados todos los tratamientos, y entonces, naturalmente, ya no suele dar resultado. Empleado al principio de las neumonías, se puede incluso hacerlas abortar con solo días de tratamiento. En las bronconeumonías se obtienen aún mejores resultados, porque los focos son menos densos, como todos sabéis. Yo he visto en los tratamientos por alcohol de neumonías y bronconeumonías que sus síntomas desaparecen con muchísima más rapidez que con otros tratamientos. Y lo mismo sucede en los abscesos pulmonares, pese a que autores extranjeros, como Serseng, dice que no hay trata-

miento como el quirúrgico. Todos los enfermos de absceso pulmonar que me fueron operados, han muerto, pese a que el tratamiento quirúrgico sea el más indicado según dicho autor.

Yo he expuesto mis experiencias con el alcohol y considero de necesidad que los médicos desechen el temor a su empleo, y que en las septicemias, como el caso interesantísimo del compañero Contreras, se aplique estos preparados, por los grandes resultados que puede obtenerse.

El Dr. Yagüe: Una cosa es hablar de procesos de aparatos respiratorios y éxitos del alcohol en su tratamiento y otra cosa es hablar del alcohol en los procesos septicémicos puerperales. Yo tengo que estar de acuerdo con el Dr. Parada en lo que se refiere a los primeros, pero tengo que estar absolutamente disconforme en los procesos de tipo puerperal.

No ahora, en que han podido agudizarse más los casos de gestantes con insuficiencia hepática muy marcada, sino anteriormente hemos sido requeridos en varias ocasiones para ver de tratar pacientes que habían sido tratados con dosis algo elevadas de alcohol, y he de decir que costaba verdadero trabajo vencer la insuficiencia hepática, lo que nos inclina a pensar que el alcohol debe ser desechado en gran parte. Yo interesaría al Dr. Contreras me manifestara cómo respondió la enferma en cuanto a fenómenos de insuficiencia hepática con el tratamiento aplicado.

El Dr. Prada: Realmente estamos de acuerdo en la acción beneficiosa del alcohol pero he de hacer constar que en muchos casos de septicemias de oído en que ha sido empleado, el fracaso ha sido absoluto. Y del caso presentado por el compañero Contreras no podemos sacar una conclusión definitiva, porque, según él mismo ha manifestado, no ha empleado exclusivamente el alcohol. Mi experiencia es que su empleo siempre ha sido seguido con resultados poco alagadores.

El Dr. López Alonso pregunta al Dr. Contreras o a otro cualquiera de los presentes si tiene experiencia en el tratamiento de los septicémicos por el colargol por vía intravenosa y por el método que sugiere Müller del ácido láctico.

El Dr. Pertejo: Voy a decir unas palabras sobre los enfermos pulmonares tratados con alcohol. Yo tuve ocasión, durante dos años, de tratar más de veinte casos de neumonías y bronconeumonías con glucoetanol y etanol comparativamente con otros tratados, con salvochín y transpulmín. No dudo que obtuve mejorías en algunos de ellos, no en todos, y de exponer mi criterio un poco excéptico de que las neumonías se curan ellas poco influenciadas por los tratamientos. En algunas ocasiones en que he empleado el glucoetanol se me han dado casos en que el enfermo se moría y casos en que evolucionaba. Decir que el alcohol intravenoso sirve para abortar una neumonía o foco bronconeumónico me parece muy relativo. Es una de las enfermedades que más propiamente pudiéramos llamar consecuencia de la reacción del organismo ante la afección microbiana. Voy a referir el caso de un palúdico crónico procedente de Marruecos que se me presentó manifestándome que no se le producía el acceso en cuanto tomaba coñac. Naturalmente, yo lo tomé a broma, pero al someterle a observación, comprobé que en efecto, el acceso se detenía. Yo lo expongo como caso

interesante al hablar de tratamiento por el alcohol. Desde luego, mi opinión es que la acción del alcohol en las afecciones pulmonares es nula.

El Dr. Morató: El compañero Parada trata la cirugía de un modo despectivo que no puedo admitir. Nos ha dicho que cientos de enfermos de acceso pulmonar ha mandado a operar y han fallecido. Yo he de decirle que no se nos tenga miedo y se nos requiera a tiempo para que no ocurra que cuando intervenimos ya nada podemos hacer.

El Dr. Contreras: Al Dr. Yagüe, he de manifestarle que recuerdo un caso de una puerpera que había tenido precisamente una tosicosis gravidica y empleé el alcohol con cierto miedo, pudiendo comprobar que la enferma no tuvo el menor síntoma de peligro. Lo único que he observado es un pequeño dolor transmitido por plexovenoso traqueal.

El Dr. Morató: Se levanta la sesión ante lo avanzado de la hora, anuncia que la próxima reunión tendrá lugar el día 15 a las seis de la tarde.

e
e
a
e
-
a
l
e
-

Imprenta de la
3.^a División