BU. 1009R(1)


BIBLIOTECA PUBLICA · BURGOS ·

# MEMORIA del curso 1944-1945, presentada al Excmo. Sr. Deán y Cabildo Metropolitano de Burgos, Patrono de la Fundación, expresiva de la labor realizada por las Secciones de Cirugía General y Aparato Urinario

POR

**CARLOS ARANGÜENA GARCIA-INES**
CIRUJANO Y UROLOGO

3304

1054372
BU 1829 (4)

T 54372
C 54372

BU 10.092

HOSPITAL DE SAN JULIAN Y SAN QUIRCE

(BARRANTES)

R-2157

BIBLIOTECA PUBLICA BURGOS

# MEMORIA

del curso 1944-1945, presentada al Excmo. Sr. Deán y Cabildo Metropolitano de Burgos, Patrono de la Fundación, expresiva de la labor realizada por las Secciones de Cirugía General y Aparato Urinario

POR

CARLOS ARANGÜENA GARCIA-INES

CIRUJANO Y UROLOGO

BIBLIOTECA PUBLICA BURGOS

IMP. HIJOS DE SANTIAGO RODRIGUEZ

BURGOS

**Monumento erigido en uno de los jardines del Hospital a los Fundadores, D. Pedro Barrantes y D. Jerónimo Pardo, en el tercer centenario de dicho Centro benéfico**

1645-1945

*A la memoria de mi padre que guió mis primeros pasos de formación profesional y me transmitió el ferviente amor a la obra del Hospital de Barrantes.*

## Excmo. Sr. Deán y Cabildo Metropolitano de Burgos

*En esta fecha en que va a cumplirse el tercer centenario de la fundación del Hospital de Barrantes, institución que aúna siglos de actuación con incontables generaciones de favorecidos, no puedo por menos de comenzar esta introducción a la Memoria del curso 1944-45, señalando la grandeza y consolidación de esta Obra, la figura ardientemente caritativa de su fundador, la ejecutoria de la corporación eclesiástica que es la fuente de su vitalidad y la cantera de donde salen sus celosos administradores, y la base de su prestigio humano: los colaboradores médicos de la obra, que aportan su ciencia a esta cristiana fundación.*

*Los comienzos están ligados a la figura del fundador o, por mejor decir, de los dos fundadores: el Canónigo Barrantes, que sumando a la generosidad de la última voluntad del Abad de San Quirce, don Jerónimo Pardo, los desvelos de su vida y el tesoro inapreciable de su propia disposición testamentaria, como inspirado por aquel santo burgalés, bajo cuya advocación puso a este Hospital, San Julián, se dedicó a la asistencia de los pobres, renunciando Obispados para ello, como dice el Oleo que conservamos, y mostrando un aspecto del sacerdocio cristiano de todos los tiempos: que aun teniendo poco, reparte con abundancia, lo que no le sobra, a los que de todo carecen, a los necesitados.*

*Mas no basta a las grandes obras empezar bien. En mayor grado necesitan a lo largo de su vida conservarse florecientes, y los sostenedores de la pujanza del Hospital de Barrantes han sido hasta el día de hoy los celosos administradores salidos del Cabildo que ejerce el patronato, seguidores de las huellas del venerable fundador, cuya última personificación es la figura de Monseñor Rodero Reca, en cuya gestión ha alcanzado el Hospital de nuestros afectos la mayor prosperidad de su larga existencia.*

*Cumplido este deber para con el fundador y sus continuadores, no puedo olvidar en este día la labor de mi buenísimo padre (q. e. p. d.) en su doble aspecto de médico dedicado a la agotadora tarea de atender a cuantos dolientes han pasado durante cuarenta años por estas benéficas salas y el de maestro y guía de mi formación profesional, a quien lloro como hijo y echo de menos como compañero del cuadro de médicos de esta Casa.*

*Hoy hubiera sentido él, si estuviese presente, la satisfacción más completa de su vida al ver plasmadas en la piedra y realizadas las sugerencias expuestas en su conferencia del día de San Julián de 1942, en que hizo públicos algunos detalles ignorados de la vida de nuestros fundadores, sacados a la luz del curioso ejemplar que guardaba en su valiosa biblioteca mi llorado tío don Eloy García de Quevedo y Concellón, y proponiendo se le consagrase al fundador un busto, sustituído hoy con ventaja por el magnífico monumento que se bendice.*

*Una de las más grandes satisfacciones que he tenido en estos tristes años del declinar de la vida de mi padre, ha sido el ver que le era útil, que a medida que le iban fallando las fuerzas tenía en mí un sustituto paulatino y me transmitía su responsabilidad y su técnica operatoria.*

*En los últimos tiempos me encargaba ya de hecho de la mayoría de los enfermos, reservándose él solamente para las grandes intervenciones.*

*En el año actual, rendida completamente su salud, aun rubricó su presencia con dos intervenciones: una apendicitis y una resección de estómago, postreras muestras de su larga vida de cirujano, vencido por una implacable enfermedad, contra la que tanto combatiera en beneficio ajeno.*

*Séame, pues, permitida como expresión de filiales sentimientos, esta expansión en la memorable fecha que vamos a celebrar, pero no hasta el punto de que omita y relegue al olvido los nombres de otros luchadores de la profesión médica, asociados para siempre a este Hospital: los doctores don César Urraca, don Abelardo Carazo, don Bonifacio Gil Baños (q. e. p. d.) y don Miguel Pérez Lucas, pues todos contribuyeron a consolidar y elevar el merecido prestigio médico del Hospital que un día fundara el Canónigo don Pedro Barrantes Aldana.*

*Tengo que dar las más rendidas gracias a mi querido compañero don José Carazo Calleja, que me ha ayudado en múltiples operaciones a resolver problemas difíciles; a los doctores López Gómez y Urraca por su asistencia y consejos; a los practicantes del Hospital, don Angel Miguel y don Román Abad, que de día y de noche han colaborado conmigo en la asistencia a nuestros operados.*

*Repito las gracias por su asistencia espiritual y de todo orden al señor Administrador, don Emilio Rodero Reca; al señor Capellán, don Julito Mardones; a la Reverenda Madre Superiora y Hermanas de la Caridad, que han hecho posible nuestro trabajo.*

*Yo no he hecho más que poner mi buena voluntad al servicio de los enfermos y mi mejor recompensa son los resultados obtenidos, por lo que doy muchas gracias al Señor y a nuestros fundadores, por lo que en muchos momentos me han inspirado y ayudado.*

*Muchos han sido los autores de esta obra magnífica del año que pasa... Forman legión, la legión de la caridad..., es decir, una blanca milicia de Dios, porque no en vano sabemos por el lema que diariamente se presenta a nuestros ojos, que «Dios es caridad».*

---

# MEMORIA

## del curso 1944-1945, expresiva de la labor realizada por la Sección de Cirugía General del Hospital Clínica de Barrantes

En el presente curso se han practicado 522 intervenciones, han sido reconocidos 1.463 enfermos nuevos y se han verificado 4.390 asistencias en el Dispensario.

Vamos a ocuparnos de las intervenciones por capítulos.

### GASTRECTOMIAS

Las resecciones de estómago han sido 19, de las que 15 se practicaron por úlcera y 4 por cáncer.

Por cierto, en la efectuada el 12 de septiembre de 1944, intervino por última vez mi padre (q. e. p. d.). Una resección de estómago por úlcera de la primera porción del duodeno, en la que se hizo un Polya. Las 18 restantes han sido realizadas por el que suscribe. Los enfermos ingresan dos o tres días antes en la Clínica para prepararles para la operación. Todas las intervenciones se han practicado con anestesia local de novocaina al medio por ciento y anestesia de esplácnicos, previa inyección, una hora antes, de una ampolla de Escofedal por vía subcutánea. Las anestesias obtenidas han sido suficientes en cuatro casos y muy buenas en los otros quince, observándose que los enfermos se encontraban adormecidos durante la operación, roncando en algunos casos; es curioso que tres enfermos nos han preguntado al terminar la operación: ¿Cuándo empezamos? En todos los casos hemos colocado 5 gramos de Sulfatiazol polvo esterilizado en el peritoneo. La mortalidad postoperatoria ha sido nula. Al redactar esta Memoria no tengo noticias del fallecimiento de ninguno de ellos; los casos 9 y 10 han engordado 10 kilos cada uno; los casos 8 y 12, muy satisfechos y sin molestias, han engordado también varios. El caso 15, también contento, sin molestias. El caso 19 ha engordado 3 kilos, pero presenta algunas molestias después de las comidas, de las que está en tratamiento.

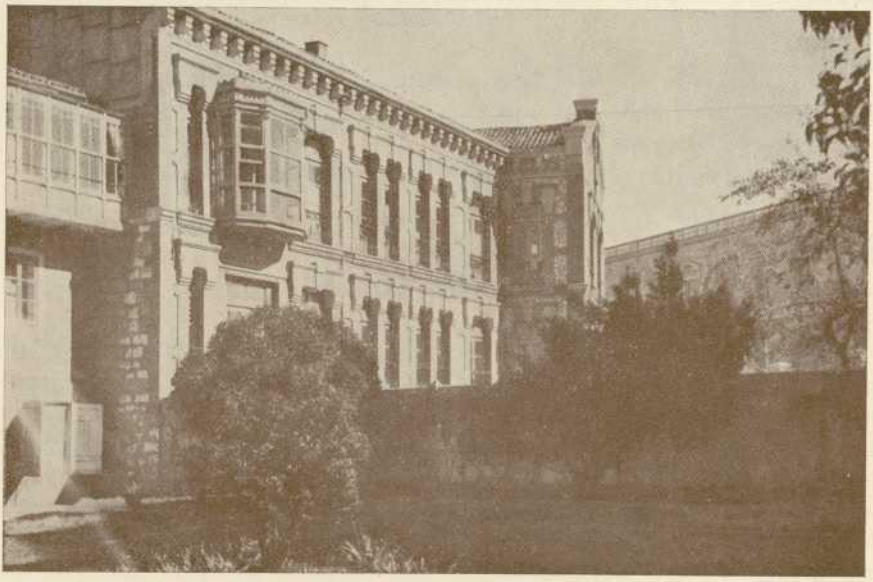


BIBLIOTECA PÚBLICA

## CASUISTICA

Caso número 1.—Resección de estómago por el procedimiento de Polya de un ulcus de primera porción del duodeno: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 2.—Enfermo con tres úlceras, una penetrante en páncreas redondeada de un centímetro y medio de diámetro; otra yuxtapilórica, que se desgarra al intentar liberarla, formando una perfora-



Hospital de Barrantes.—Fachada Sur

ción redondeada de un centímetro de diámetro; otra en encorvadura menor que adhiere y retrae la curvadura menor.

Operación muy difícil, teniendo que cauterizar los fondos de las ulceraciones y recubrirles con epiplón: anestesia muy buena, curso postoperatorio normal. Resección por el procedimiento de Polya.

Caso número 3.—Resección por el procedimiento de Polya de una tumoración de curvadura menor que adhiere a páncreas: operación laboriosa, buena anestesia, curso postoperatorio muy accidentado por una imprudencia cometida por la enferma días antes de la operación fuera de la Clínica. Había ingerido uvas negras en gran cantidad, que estaban detenidas en el intestino. En el lavado de estómago antes de la

operación no apreciamos anormalidad; en los días posteriores nos encontramos que no funciona la boca anastomótica, por lo que hacemos lavado de estómago, encontrándonos con una enorme cantidad de residuos de uva negra que obstruyen varias veces el tubo; durante tres días hacemos lavados de estómago mañana y tarde, continuando apareciendo las uvas en estado de putrefacción. Por ano también expulsa idénticos residuos. Por fin conseguimos la limpieza del aparato digestivo y el funcionamiento de la boca anastomótica.

Caso número 4.—Ulcera de estómago en curvadura menor y otra en duodeno muy grande. Resección por exclusión. Polya, buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 5.—Resección por úlcera de estómago en curvadura menor, procedimiento Billroth I: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 6.—Resección por ulcus-cáncer de curvadura menor, por el procedimiento de Polya: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 7.—Resección de estómago por úlcera duodenal, por el procedimiento de Polya: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 8.—Resección de estómago por úlcera de curvadura menor, penetrando en páncreas, procedimiento de Polya: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 9.—Resección de estómago por úlcera de la primera porción del duodeno, procedimiento de Polya: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

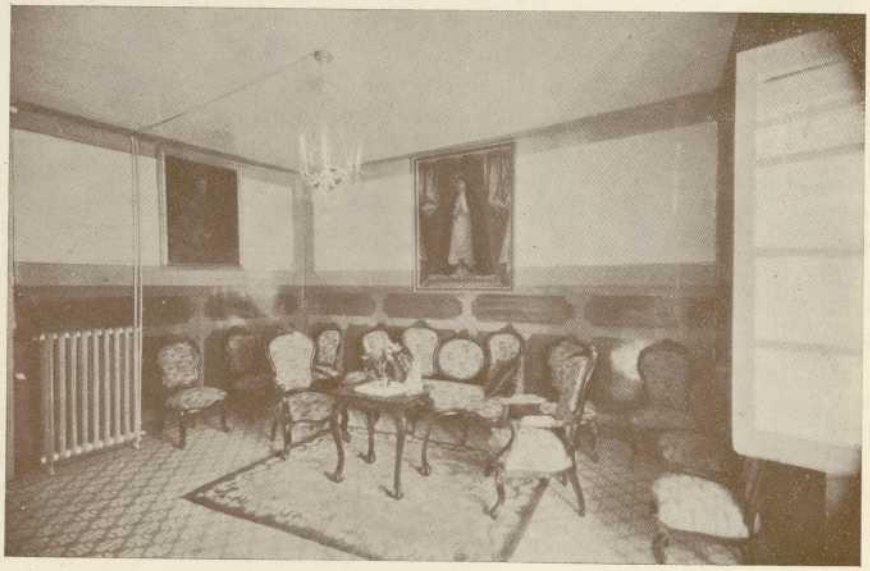
Caso número 10.—Resección de estómago por úlcera de curvadura menor, procedimiento de Polya: anestesia muy buena, curso postoperatorio normal.

Caso número 11.—Resección de estómago por úlcera gigante de curvadura menor, con gran nicho, de tres centímetros de diámetro y dos de profundidad, con enorme retracción de la curvadura menor, adherencias de intestino delgado a colon transverso, procedimiento de Polya: anestesia suficiente, curso postoperatorio normal.

Caso número 12.—Resección de estómago por úlcera de curvadura menor, con gran retracción de la misma, procedimiento de Polya: buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 13.—Resección de estómago por cáncer de curvadura menor yustapilórica que produce estenosis total desde hace un mes, gran anemia, dos millones ochocientos mil hematíes, malísimo estado

general, transfusión de cuatrocientos centímetros cúbicos de sangre la tarde anterior y cuatrocientos centímetros cúbicos durante la operación, que soporta muy bien: buena anestesia, curso postoperatorio normal; el enfermo sale de la Clínica a los nueve días de la operación, encontrándose muy contento; ha engordado 4 kilos en los primeros meses, pero hace unos días ha sido visto por nosotros con dolores e ictericia, habiendo perdido los kilos recuperados; tiene una reproducción que comprime las vías biliares.



**Hospital de Barrantes.—Sala de visitas**

Caso número 14.—Resección de estómago por úlcera de primera porción del duodeno de gran volumen. Resección por exclusión por el procedimiento de Polya: anestesia suficiente, curso postoperatorio normal.

Caso número 15.—Resección de estómago por el procedimiento de Polya por úlcera de curvadura menor, con nicho grande y epiplón adherido: muy buena anestesia, curso postoperatorio normal.

Caso número 16.—Resección con exclusión por ulcus duodenal, que produce estenosis, penetrante en hígado e indura toda la primera porción del duodeno, procedimiento de Polya: anestesia suficiente,

curso postoperatorio con fiebre los primeros cuatro días, normalizándose después.

Caso número 17.—Resección por ulcus de curvadura menor, por el procedimiento de Polya, con muchas adherencias, epiplón muy grueso y sangrante: anestesia suficiente, curso postoperatorio normal.

Caso número 18.—Resección de estómago por el procedimiento de Polya, de un ulcus cáncer gigante, de tres centímetros de diámetro por tres de profundidad, con enorme retracción de la curvadura menor, penetración en mesocolon transverso, adherencia total de toda la cara posterior del estómago, resultando la liberación dificilísima; tenemos que ligar en masa el mesocolon transverso enormemente retraído, después de haberle seccionado con tijera del fondo de la ulceración: transfusión de sangre, anestesia muy buena, curso postoperatorio accidentado por el estado de debilidad de la enferma, presentándose una embolia pulmonar, que pudo combatirse. En la actualidad continúa en tratamiento, muy mejorada, en su domicilio.

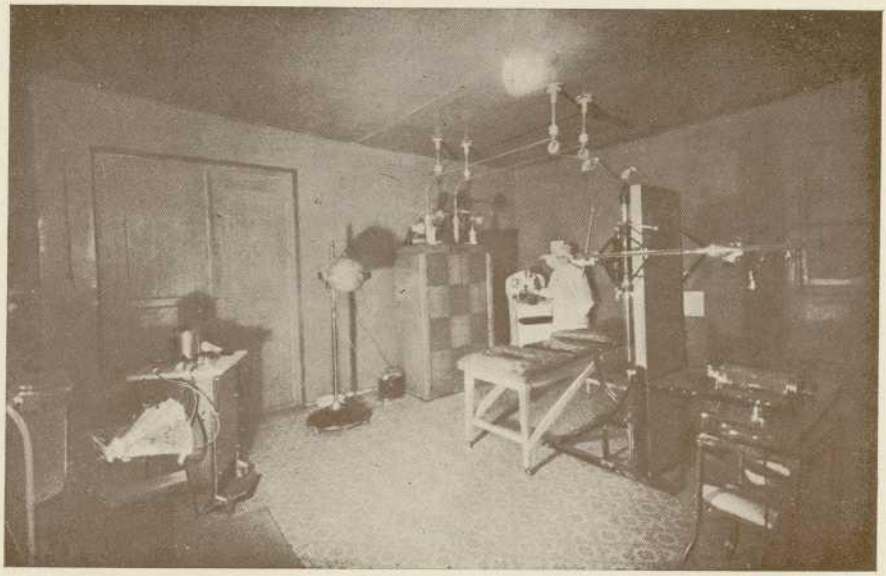
Caso número 19.—Resección de estómago por el procedimiento de Polya, previa transfusión de sangre por presentar gran anemia, de un ulcus duodenal y otro en curvadura menor que produce retracción y adhiere a mesocolon transverso, teniendo que resecar parte del mismo: curso postoperatorio normal.

## APENDICITIS

Se han operado 27 casos de apendicitis agudas y 26 apendicitis crónicas, todas empleando raquianestesia con Percaina, que ha resultado suficiente en 44 casos, teniendo que completar con éter en tres casos y con anestesia local en seis, coincidiendo siempre con enfermos excitables. Todas las operaciones se han practicado con la incisión de Sprengel, que ha resultado suficiente en todos los casos y evita la producción de hernias postoperatorias. Hemos tratado doce casos de apéndices ascendentes retrocólicos, muy adheridos y de difícil extirpación. En los agudos, 18 con inflamaciones muy grandes, en siete casos con apéndice perforado, teniendo cuatro con peritonitis localizadas y tres con la infección peritoneal generalizada. En 45 casos se ha podido cerrar la herida totalmente, pero en siete se ha dejado un drenaje de gasa por precaución, que se ha quitado a las 48 horas. En todos los casos se han colocado 5 gramos de Sulfatiazol, polvo esterilizado, excepto en los casos graves, en los que se ha llegado a los 10 gramos; en los niños hemos aplicado de 2 a 5 gramos. Cuando el caso

lo ha requerido, se han administrado por vía intravenosa o bucal nuevas dosis de Sulfatiazol e inyectado suero antiperitonítico Bhering.

Los 26 casos de apendicitis crónicas han tenido un curso postoperatorio totalmente normal, se han levantado los pacientes al tercer día y han salido de la Clínica a los diez días de la intervención. Sin defunciones en este grupo.



**Hospital de Barrantes.—Rayos X y Electroterapia**

De los 27 casos de apendicitis agudas, en 25 se han notado en seguida los beneficios de la operación, disminuyendo la fiebre y mejorando el estado general; no ha habido ningún caso de supuración y en los enfermos en que se dejó drenaje, al retirar éste a las 48 horas no fué necesario repetirle, quitando los puntos al octavo día y saliendo de la Clínica del diez al doce día después de la intervención.

El caso número 1, operado por mi padre, de apendicitis aguda, presentaba una placa de esfacelo en ciego, redondeada de dos centímetros de diámetro. Después de quitar el apéndice se procedió a tratar el esfacelo con una sutura invaginante en bolsa de tabaco, quedando perfectamente peritonizado y colocando 5 gramos de Sulfatiazol, polvo esterilizado, drenaje y una ampolla de suero antiperitonítico Bhering.

Pasa bien los primeros días, pero al cuarto se presenta una peritonitis generalizada con muy mal estado general y por la herida sale contenido intestinal; conseguimos vencer la peritonitis con grandes cantidades de suero antiperitonítico y sulfamidas, quedando una fístula intestinal que conseguimos cerrar totalmente a los cuarenta días. En la actualidad la enfermita se encuentra muy bien.

De los 53 casos operados de apendicectomía solamente ha fallecido el caso número 8, por desgraciado accidente independiente de la operación. Se trataba de un enfermo grueso, con apendicitis agudísima, perforada con peritonitis generalizada, fórmula leucocitaria muy mala, 40 grados de fiebre; se quitó el apéndice, limpiando la cavidad peritoneal con compresas, y como en casos anteriores depositamos Sulfatiazol, polvo esterilizado, colocando drenaje. En los días sucesivos el enfermo mejora, desaparece la fiebre e inflamación peritoneal, restableciéndose el movimiento intestinal; al octavo día, con pulso y temperatura normales se produce una embolia pulmonar que nos arrebata al enfermo en unos segundos. Los familiares nos dicen que dos hermanos también habían fallecido repentinamente. Para nosotros este fallecimiento constituyó un gran disgusto, pues durante ocho días luchamos por salvar al enfermo y cuando lo teníamos logrado, pensando vestirle aquella tarde, un accidente derrumbó nuestras ilusiones.

Por prevenir lo posible estas complicaciones habíamos introducido en la Clínica la costumbre de tener a los operados el menor tiempo posible en la cama; a los resecados de estómago les levantamos al tercer día, siguiendo igual conducta con los de apendicitis, no por la operación en sí misma, sino por los cuidados que requiere la anestesia raquídea; los operados de hernia salen por su pie de la sala de operaciones y permanecen vestidos los días siguientes; en el caso arriba señalado, por las circunstancias especiales de gravedad no creímos prudente vestirle, aunque le mandamos que hiciese ejercicio con las piernas.

## HERNIAS

Se han operado 123 hernias, de las que siete eran estranguladas: tres inguinales, tres crurales y una postoperatoria; 93 hernias inguinales, de las que tres eran reproducidas, 22 hernias crurales y una umbilical. Empezamos operando las hernias inguinales por el procedimiento de Kocher, con raquianestesia; después cambiamos por el procedimiento

de Bassini-Kirschner, del que cada día estamos más convencidos, ya que, aunque para el cirujano es de técnica más laboriosa que el anterior, los resultados son inmejorables. Actualmente operamos con anestesia local, con novocaina al medio por ciento, obteniendo muy buenas anestesias; el enfermo sale de la sala de operaciones por su pie, permaneciendo vestido dos horas después, y desde el día siguiente se levanta todos los días; sale de la Clínica a los diez días. En los enfer-

**Hospital de Barrantes.—Sala de operaciones**

mos de hernia simple no se ha registrado ninguna defunción; en los de hernia estrangulada, una. Se trataba de una enferma que llegó a nosotros con una hernia crural izquierda estrangulada de ocho días; no pudieron transportarla antes por estar el pueblo incomunicado por la nevada del mes de enero del año actual. En la operación nos encontramos con una gangrena de intestino, teniendo que hacer una resección intestinal. La enferma soportó muy bien la operación, pero falleció al día siguiente. Por la misma causa de la nevada, a los cuatro días recibimos otra hernia estrangulada de quince días, con gangrena; soportó muy bien la operación y tuvo un curso postoperatorio normal, saliendo de la clínica a los doce días.

Hemos operado un caso de hernia postoperatoria. Se trataba de un operado con anterioridad de apendicitis aguda con supuración; al cabo de seis años se produjo una hernia por haberse introducido un asa intestinal entre los músculos oblicuo mayor y menor. En la operación nos encontramos con un asa intestinal de 20 centímetros de longitud totalmente negra. Una vez liberada parecía que recobraba vitalidad, por lo que nos decidimos a reducirla. En los días siguientes, el enfermo presenta una fístula intestinal que logramos cerrar a los 45 días. Hace poco tiempo hemos visto al enfermo, que se encuentra encantado, tiene muy buen aspecto, ha engordado 9 kilos y no padece ninguna molestia de la operación.

Operamos de hernia estrangulada a una señora de 84 años de edad, que soportó muy bien la operación, cicatrizando la herida normalmente; con posterioridad nos ha dicho el médico de cabecera que la enferma falleció de una pulmonía a los 25 días de la operación; una noche de invierno se había levantado en su casa a beber agua, enfriándose.

Con anestesia local hemos operado un caso de hernia umbilical.

## OPERACIONES EN EL HIGADO Y VIAS BILIARES

Han sido operados dos casos con ictericia resistente a todos los tratamientos. En uno se dudaba entre un cáncer de la cabeza del páncreas y una litiasis biliar; en la operación, que resultó muy difícil por ser enfermo grueso, nos fué preciso hacer una intervención complicada, ya que primero descubrimos, exploramos y abrimos la vesícula biliar, en la que encontramos una bilis muy gruesa, que pasaba con mucha dificultad por el aspirador; coledocotomía con sondaje de las vías biliares, que resultó negativo; liberación de la segunda porción del duodeno, comprobando por palpación la presencia de una tumoración de la cabeza del páncreas; efectuando una anastomosis de la vesícula biliar con el estómago, para dar paso a la bilis al aparato digestivo. El enfermo soportó muy bien la operación, sin sangrar. En los días siguientes mejora y disminuye la ictericia. Posteriormente me he enterado que el enfermo ha fallecido en su domicilio.

En el caso segundo se trataba de un enfermo residente en Madrid, donde había sido visto por varios cirujanos, que le enviaron sin esperanza alguna al pueblo de sus padres, en esta provincia. La familia no se conforma, visitando en esta capital al Dr. Ojeda, que le recomienda

como única solución, pero con poquísimas esperanzas, la operación. Vemos nosotros al enfermo, encontrándole profundamente ictérico, muy mal estado general y totalmente desnutrido; hablamos claro a la familia sobre los riesgos de la operación, pero reconociendo que es la única forma de poder concebir alguna esperanza. Previa preparación de varios días operamos, encontrándonos con un hígado muy grande, con un quiste supurado en la cara posteroexterna. Para poder llegar a él tenemos que hacer una gran incisión en T. Aspiramos el

**Hospital de Barrantes.—Una de las salas del pabellón de distinguidos, con camas articuladas y W. C.**

contenido colocando un drenaje. Exploradas las vías biliares no encontramos anormalidad; durante más de dos meses ha supurado, cerrándose al fin la herida, la ictericia ha desaparecido, el enfermo ha engordado 16 kilos en cuatro meses, encontrándose encantado, con ganas de trabajar y sin ninguna molestia.

## QUISTES HIDATIDICOS DEL HIGADO

Han sido intervenidos cinco casos de quiste hidatídico del hígado. Además del ya reseñado más arriba, el mayor tenía una gran cantidad de líquido, cinco litros y medio recogidos con el aspirador; en uno

pudo hacerse la extirpación total y en cuatro hubo que marsupializar; cuatro han sido dados de alta y uno se encuentra en curso de curación muy avanzada.

## OCLUSIONES INTESTINALES

Durante este período hemos asistido cuatro oclusiones intestinales, de las que una pudo resolverse sin operación, aunque advertimos a la familia la conveniencia de operarla para evitar la reproducción del cuadro. En los otros tres fué necesaria la operación, cuyas historias resumidas son las siguientes:

Caso número 1.—Enferma con historia apendicular antigua, que desde hace 48 horas presenta una oclusión intestinal, con anestesia raquídea, laparatomía media infraumbilical; nos encontramos con un apéndice esclerosado y duro, adherido por la punta a la última porción del íleon; entre ambos se ha deslizado un asa de íleon de 50 centímetros de longitud, apendicectomía liberación del asa, comprobando dos esfacelos grises, que cubren toda la luz intestinal, de un centímetro de anchura. Por el mal estado de la enferma se hacen en ambos unas plicaturas de intestino cubriendo los esfacelos; en el curso postoperatorio se presentan algunas crisis de oclusión intestinal, que logran vencerse, saliendo la enferma totalmente restablecida.

Caso número 2.—Antigua laparatomizada por proceso genital, que desde hace cuatro días presenta oclusión intestinal, laparatomía infraumbilical, encontrando intestino y mesenterio de un color vinoso obscuro, varias bridas peritoneales, que se seccionan, liberando totalmente el intestino; reconocimiento detenido del mesenterio. A pesar de ello continúa el trastorno circulatorio. Muy mal impresionados cerramos el vientre, previendo un mal desenlace próximo, como así sucedió a las 24 horas.

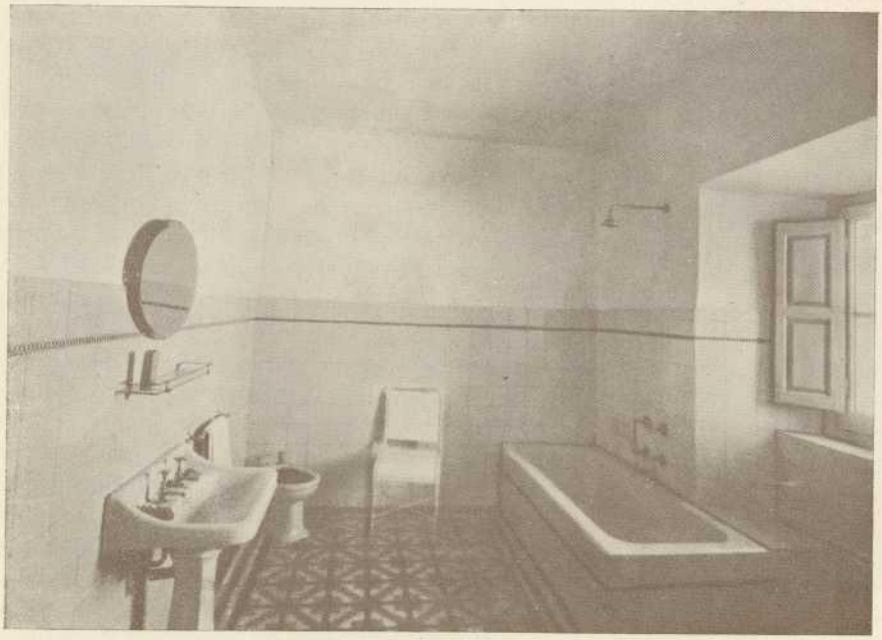
Caso número 3.—Un obrero que había sido operado en León de apendicectomía, que desde hace diez días presenta un cuadro de oclusión intestinal; hasta hace unas horas no ha avisado al médico. Mal estado general, se encuentran varias bridas peritoneales, que se seccionan; liberación total del intestino, curso postoperatorio normal.

## PLEURESIAS

En el transcurso del actual ejercicio se han asistido 14 pleuresías purulentas. En dos fué necesaria la pleurotomía con resección costal;

se trataba de estados muy avanzados, con mal estado general y pus muy espeso. En doce casos hemos empleado la aspiración del pus e inyección intrapleural de Albucid, habiéndonos dado inmejorables resultados este procedimiento, que tantos padecimientos ahorra a nuestros enfermos.

El número de punciones ha oscilado de dos a ocho, obteniendo en once casos, desde la primera punción, una mejoría evidente en el es-



**Hospital de Barrantes.—Uno de los cuartos de baño**

tado y la curación, comprobada radiológicamente al final del tratamiento. En un caso que presentaba una pleuresía con septicemia resistente a las sulfamidas, obtuvimos mejoría del proceso pleural, pero falleció de la infección generalizada.

## AMPUTACIONES DE MAMA

Anestesiadas con éter se han practicado siete amputaciones de mama, por cáncer de la misma, con vaciamiento de los ganglios, aconsejándolas posteriormente el tratamiento radioterápico.

## LAPARATOMIAS

En tres casos hemos practicado laparatomías exploradoras. En el primero un cáncer muy grande de estómago que estimábamos inoperable, pero hicimos la operación por agotar la única posibilidad de salvación de la enferma y elevar su estado moral. En la intervención comprobamos la enorme extensión del proceso, que hacía imposible su extirpación con alguna garantía de éxito. En el segundo, por una peritonitis tuberculosa que provocaba adherencias de la vesícula biliar, con las molestias consiguientes. En la operación liberamos todas las adherencias, y explorada la vesícula y vías biliares no encontramos anormalidad en ellas. En el caso tercero, se trataba de una niña que se había clavado una aguja en el vientre, penetrando hasta el peritoneo; sacamos la aguja e hicimos una exploración completa en la profundidad.

## NEFRECTOMIA

Con anestesia raquídea y local hemos operado un enorme hidronefrosis del tamaño de un melón, de curso rapidísimo—tres meses—, siendo el único síntoma observado por la enferma el desarrollo de una tumoración en el lado izquierdo del vientre, que comprobamos en la exploración y después de varias radiografías y pielografías que nos aseguraron el diagnóstico. La operación resultó difícil por el tamaño de la tumoración; el curso postoperatorio fué normal.

## BOCIO DE BASEDOW

En colaboración con el Dr. López Gómez hemos operado un caso de esta enfermedad, de carácter grave, que no cedía a los tratamientos. Gran taquicardia, metabolismo más 50. Sometida durante 14 días a tratamiento preoperatorio conseguimos normalizar el ritmo cardíaco; con anestesia local se efectuó la operación, resecando parcialmente ambos lóbulos. La enferma presentó varias crisis de taquicardia, que fueron vencidas con tratamiento adecuado, obteniendo la desaparición de las molestias tóxicas.

## AMPUTACIONES

De las operaciones más desagradables para el cirujano son las comprendidas en este apartado, en las que se ve en la necesidad de quitar parte de una extremidad.



BIBLIOTECA PÚBLICA

Se ha realizado una amputación del muslo, por osteo-artritis fímica de la rodilla, en grado avanzadísimo, en el que se intentó una resección, pero fueron tan grandes las lesiones encontradas, que nos decidimos por la amputación.

Por un accidente del ferrocarril nos vimos precisados a realizar la amputación de ambas piernas a un enganchador que se quedó trabado en la caja de la vía, no pudiendo retirarse a tiempo, pasándole las rue-

**Hospital de Barrantes.—Sala general de Nuestra Señora del Carmen**

das por el tercio inferior de dichas extremidades; estos accidentes producen unos destrozos muy considerables por ser ocasionados entre el rail y la rueda con su pestaña, ambos de acero, que no sólo motivan la rotura de los huesos, sino que trituran todas las partes blandas. En el caso reseñado, los dos pies casi no estaban unidos más que por la piel, teniendo que realizar la amputación en zona un poco más alta para huir de la región mortificada.

En otro caso, también por accidente ferroviario, en el que había pasado un tren de mercancías por la zona media del brazo, intentamos conservarle, pero tuvimos que amputar a las 48 horas. Ambos enfer-

mos han tenido el curso postoperatorio normal y se encuentran bien, salvo las mutilaciones.

Por causa de panadizos graves nos hemos visto obligados a amputar once dedos, practicando una desarticulación metacarpo-falángica; en unos casos la operación ha sido realizada con anestesia local y en otros con anestesia del plexo braquial.

Por atropello, con grave destrozo de partes blandas y fractura, se ha amputado un dedo del pie.

**Hospital de Barrantes.– Sala general de hombres**

## RESECCIONES DE RODILLA

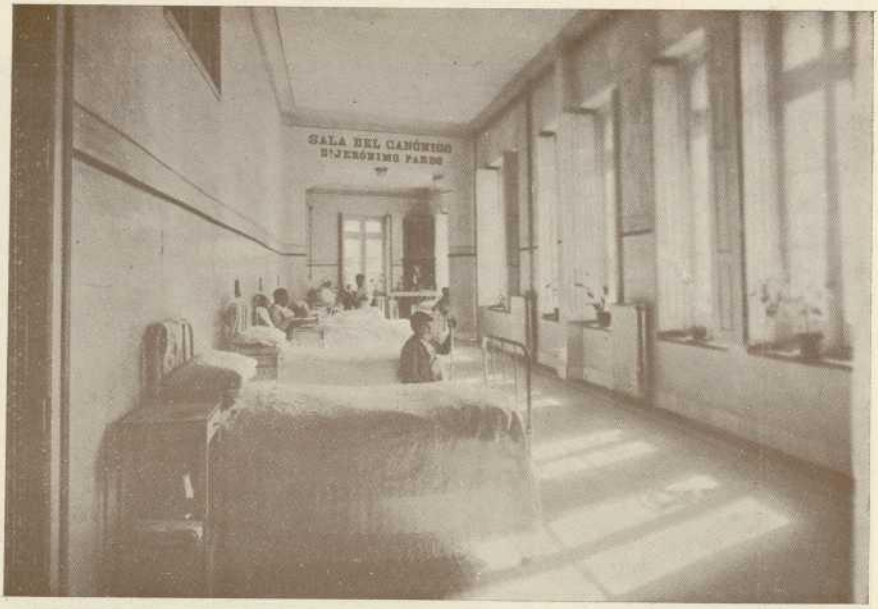
Por tumor blanco de la rodilla se han practicado dos resecciones de esta articulación; se ha empleado anestesia raquídea con Percaína, siendo el curso postoperatorio normal.

## FRACTURAS

Este capítulo ha sido uno de los más numerosos en la estadística, ya que suman 97 los casos asistidos, por presentar fracturas de diversos huesos y tipos. Las fracturas de cráneo, en número de dos, evolu-

cionaron sin ninguna complicación, por lo que no hubo que operar; ambos han quedado bien, sin trastornos posteriores. En dos casos de fracturas de columna vertebral, con anestesia del foco de fractura se hizo la reducción, manteniéndola con un corsé enyesado.

En las fracturas de los miembros se ha practicado la anestesia del foco de fractura para hacer la reducción indolora, aplicando un




**Hospital de Barrantes.—Sala general de D. Jerónimo Pardo**

vendaje enyesado; en las fracturas del miembro inferior que se ha creído oportuno hemos aplicado una extensión continua con un alambre de Kirschner. En una fractura de rótula hicimos con raquianestesia la sutura de los fragmentos y limpieza de la articulación.

## LUXACIONES

En relación con el número de fracturas son muy pocas las luxaciones asistidas. Una clavicular externa, otra de codo y otra grave con fractura de húmero, en la que pudimos conseguir la reducción, tratando seguidamente la fractura.

## ASCITIS

Se ha practicado con trócar fino una punción en un caso gravísimo con descompensación cardíaca, en el que habían fracasado todos los tratamientos para regularizar su corazón, que a pesar de la punción continuó en el mismo estado, falleciendo el enfermo a los siete días.

## HEMORROIDES, FISTULAS Y FISURAS DEL ANO

Con anestesia raquídea hemos intervenido nueve casos de hemorroides por el procedimiento de Whitehead, siete fisuras y siete fístulas de ano. Con anestesia con cloruro de etilo se han dilatado tres flemones de las márgenes del ano.

## HIGROMAS

Con anestesia local hemos intervenido dos higromas de rodilla.

## HIDROCELES

Han sido asistidos nueve enfermos con hidrocele. En los de edad hemos hecho la punción con vaciamiento de líquido e inyección de dos centímetros cúbicos de Formol, glicerina y alcohol por partes iguales. En otros hemos empleado el procedimiento de ranversamiento de Bergmann.

## VARICOCELES

En dos casos de varicoceles, con anestesia local, se han resecado las venas varicosas.

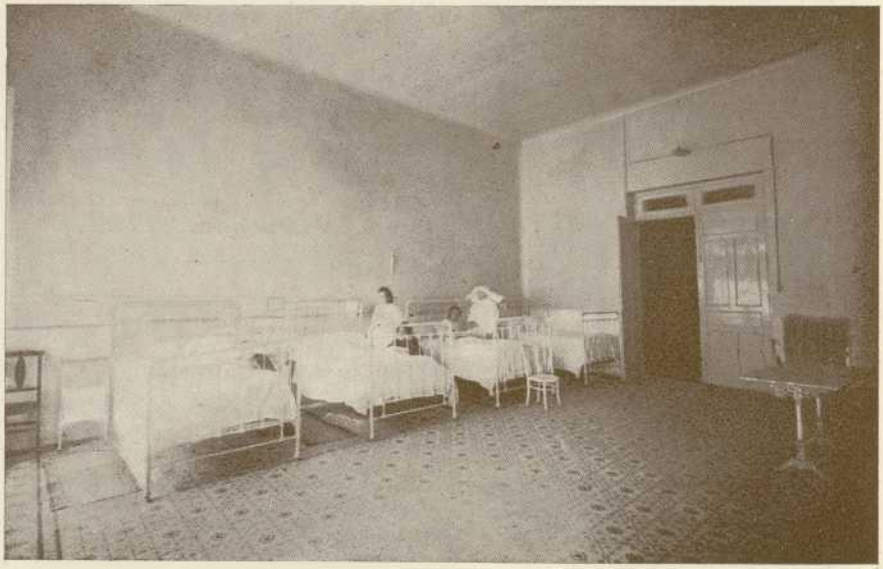
## TRAUMATISMOS

Además de los reseñados más arriba en los capítulos de Fracturas, Luxaciones, etc., el Equipo Quirúrgico del Hospital que lo es también de la Enfermería de la Plaza de Toros, ha prestado las siguientes asistencias:

El día 31 de mayo, el diestro «Caganchín», fué asistido de conmoción cerebral, después de sufrir una aparatosa cogida.

Con fecha 29 de junio, el matador de toros Pepín Martín Vázquez, ingresó en la enfermería, por presentar conmoción cerebral y erosiones en la región lumbar izquierda.

El día 1.º de julio, operamos al diestro Carlos Arruza, que presentaba una herida grave de asta de toro en el triángulo de Scarpa derecho, de ocho centímetros de longitud por tres de anchura, que interesaba piel, tejido celular subcutáneo, fascia cribiformis y músculo pectíneo, contusionando los vasos femorales; la herida presentaba dos trayectos, uno que llegaba al anillo inguinal derecho y otro a la sínfisis del pubis.



**Hospital de Barrantes.—Sala de Nuestra Señora de la Asunción**

Con anestesia local, se hace un reconocimiento detenido de la herida, quitando todos los cuerpos extraños, refrescamiento de bordes, con pelado de la herida, colocando cinco gramos de Sulfatiazol, polvo esterilizado, drenaje y sutura parcial de la herida; suero antitetánico.

Como el herido manifestó deseos de trasladarse a Madrid, accedimos a ello, verificando el viaje sin novedad.

Me es muy grato notificar al Excmo. Cabildo, que con motivo de un homenaje que le fué ofrecido en Madrid al citado diestro, retransmitido por radio, fuimos felicitados públicamente por el Director de los Servicios Sanitarios de la Asociación Benéfica de Toreros, Doctor Jiménez Guinea, testimoniándonos Carlos Arruza y su apoderado,

Andrés Gago, su agradecimiento por la asistencia prestada en tan grave accidente.

## MORTALIDAD

De los 522 enfermos reseñados en la estadística han fallecido por diversos motivos los casos siguientes:

1.° Una enferma que ingresa en gravísimo estado con una descompensación cardíaca irreductible a todos los tratamientos empleados, por presentar ascitis, nos la remite el médico de cabecera para que la hagamos una punción, que realizamos con trócar fino, soportándola muy bien, pero tampoco conseguimos regularizar el corazón, falleciendo a los siete días.

2.° Enfermo fallecido de embolia pulmonar fulminante a los ocho días de una operación por apendicitis aguda perforada con peritonitis (dos hermanos también han fallecido a consecuencia del mismo proceso).

3.° Enfermo con oclusión intestinal y trombosis de las mesentéricas.

4.° Enferma con una hernia estrangulada de ocho días, con gangrena intestinal.

5.° Enfermo con un oma de cabeza de páncreas, que produce ictericia, en el que se hizo una colecistogastrostomía.

6.° Enferma con una septicemia y pleuresía purulenta, a la que se hicieron dos punciones pleurales e inyección de Albucid intrapleural y tratamiento general con sulfamidas. Obtenemos éxito en la pleuresía, pero perdemos la enferma por la infección general.

7.° Neoplasia inoperable de estómago, que llega al hospital en estado tan lamentable que a su ingreso fué necesario subirle en camilla a la cama. Hace dos meses que no puede tomar nada por la boca. Sometido a tratamiento, fallece a los ocho días. (Este caso no está incluído en la estadística por no ser operado.)

8.° Enferma de 84 años, fallecida en su domicilio de una pulmonía a los 25 días de haber sido operada con anestesia local de una hernia crural estrangulada.

Estas ocho defunciones en los 522 casos dan una mortalidad del uno y medio por ciento.

Desglosando de estas cifras el caso de neoplasia de estómago, que no fué operado; el de la enferma de hernia estrangulada, fallecida de pulmonía, y el caso de la ascitis, fallecida a pesar de la punción, la mortalidad queda reducida a cinco casos, con un resultado del 0,9 por ciento.

# MORTALIDAD POR CAPITULOS

| | | | Defunciones | % |
|---|---|---|---|---|
| Resecciones de estómago por ulcus ..... | 15 | casos | 0 | |
| Resecciones de estómago por cáncer ..... | 4 | » | 0 | |
| Apendicitis agudas ..... | 27 | » | 1 | 3,7 % |
| Apendicitis crónicas ..... | 26 | » | 0 | |
| Oclusiones intestinales ..... | 4 | » | 1 | 25 % |
| Hernias estranguladas ..... | 7 | » | 1 | 14 % |
| Hernias simples ..... | 116 | » | 0 | |
| Quistes hidatídicos de hígado ..... | 6 | » | 0 | |
| Pleuresías ..... | 14 | » | 1 | 7 % |
| Amputaciones de mama ..... | 7 | » | 0 | |
| Laparatomías ..... | 3 | » | 0 | |
| Nefrectomías ..... | 1 | » | 0 | |
| Bocio de Basedow ..... | 1 | » | 0 | |
| Amputaciones ..... | 16 | » | 0 | |
| Resecciones de rodilla ..... | 2 | » | 0 | |
| Fracturas ..... | 97 | » | 0 | |
| Luxaciones ..... | 3 | » | 0 | |
| Paracentesis ..... | 1 | » | 1 | 100 % |
| Colecistogastrostomía ..... | 1 | » | 1 | 100 % |
| Otras operaciones ..... | 171 | » | 0 | |
| Total de operaciones ..... | 522 | » | 6 | 1,1 % |

Burgos, 20 de julio de 1945.

(No ha podido imprimirse hasta el mes de enero de 1946)

*Carlos Arangüena García-Inés*

## ESTADISTICA DE LOS TRES ULTIMOS CURSOS

| | 1942-1943 | | | 1943-1944 | | | 1944-1945 | | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | |
| Resecciones de estómago | 17 | 1 | 6,8 % | 14 | 1 | 7,1 % | 19 | 0 | | 50 | 2 | 4 % |
| Gastroenterostomías | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Perforaciones de estómago | 1 | 0 | | 3 | 1 | 33 % | | | | 4 | 1 | 25 % |
| Apendicitis agudas | 17 | 1 | 6,8 % | 25 | 0 | | 27 | 1 | 3,7 % | 69 | 2 | 2,8 % |
| Apendicitis crónicas | 39 | 0 | | 23 | 0 | | 26 | 0 | | 88 | 0 | |
| Hernias estranguladas | 21 | 2 | 9,5 % | 12 | 0 | | 7 | 1 | 14 % | 40 | 3 | 7 % |
| Hernias simples | 144 | 0 | | 124 | 0 | | 115 | 0 | | 383 | 0 | |
| Hernias umbilicales | 2 | 0 | | | | | 1 | 0 | | 3 | 0 | |
| Colecistostomía | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Oclusiones intestinales | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 4 | 1 | 25 % | 6 | 3 | 50 % |
| Quistes hidatídicos de pulmón | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Quistes hidatídicos de riñón | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 100 % |
| Quistes hidatídicos de hígado | | | | 3 | 0 | | 6 | 0 | | 9 | 0 | |
| Absceso hepático | 2 | 0 | | | | | | | | 2 | 0 | |
| Perforaciones intestinales | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 100 % |
| Megacolon | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 100 % |
| Laparatomías | 3 | 0 | | 2 | 0 | | 3 | 0 | | 8 | 0 | |
| Colecistogastrostomía | | | | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 100 % |
| Nefrectomías | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | | 2 | 0 | |
| Pielotomía y nefrostomía | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Cálculo uretral | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Prostatectomías | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Cistostomías | 2 | 0 | | | | | 1 | 0 | | 3 | 0 | |
| Hidroceles | 10 | 0 | | 8 | 0 | | 9 | 0 | | 27 | 0 | |
| Absceso urinoso | 3 | 0 | | 1 | 0 | | | | | 4 | 0 | |

| | 1942-1943 | | | 1943-1944 | | | 1944-1945 | | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | |
| Varicoceles | 3 | 0 | | 3 | 0 | | 2 | 0 | | 8 | 0 | |
| Fimosis-Circuncisiones | 4 | 0 | | 3 | 0 | | 9 | 0 | | 16 | 0 | |
| Parafimosis | 3 | 0 | | 2 | 0 | | 4 | 0 | | 9 | 1 | |
| Pleuresías purulentas | 8 | 0 | | 5 | 0 | | 14 | 1 | 7 % | 27 | 1 | 3,7 % |
| Amputación de mama | 7 | 0 | | 3 | 0 | | 7 | 0 | | 17 | 0 | |
| Angina Ludwig | 1 | 0 | | | | | | | | 1 | 0 | |
| Hemorroides, fístulas, fisuras | 20 | 0 | | 11 | 0 | | 23 | 0 | | 54 | 0 | |
| Higroma de rodilla | 6 | 0 | | 1 | 0 | | 2 | 0 | | 9 | 0 | |
| Amputaciones | 7 | 0 | | 4 | 0 | | 16 | 0 | | 27 | 0 | |
| Fracturas | 70 | 0 | | 89 | 0 | | 95 | 0 | | 254 | 0 | |
| Luxaciones | 3 | 0 | | 4 | 0 | | 3 | 0 | | 10 | 1 | |
| Fracturas de cráneo | | | | 4 | 1 | 25 % | 2 | 0 | | 6 | 1 | 16 % |
| Mal de Pott | | | | 1 | 0 | | | | | 1 | 0 | |
| Gangliones de muñeca | 6 | 0 | | 4 | 0 | | 2 | 0 | | 12 | 0 | |
| Lipomas | 5 | 0 | | 3 | 0 | | 2 | 0 | | 10 | 0 | |
| Resecciones de rodilla | | | | | | | 2 | 0 | | 2 | 0 | |
| Bocio de Basedow | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Paracentesis | 2 | 0 | | 1 | 0 | | 1 | 1 | 100 % | 4 | 1 | 25 % |
| Epiteliomas de labio | 5 | 0 | | 2 | 0 | | 4 | 0 | | 11 | 0 | |
| Traumatismos de mano | 8 | 0 | | 7 | 0 | | 10 | 0 | | 25 | 0 | |
| Quistes sebáceos | 5 | 0 | | 7 | 0 | | 9 | 0 | | 21 | 0 | |
| Papilomas y fibromas | 8 | 0 | | 5 | 0 | | 4 | 0 | | 17 | 0 | |
| Traumatismo torácico | | | | 1 | 1 | 100 % | | | | 1 | 1 | 100 % |
| Osteomielitis | 5 | 0 | | 4 | 0 | | 12 | 0 | | 21 | 0 | |
| Adenitis supuradas | | | | 2 | 0 | | | | | 2 | 0 | |
| Abscesos | 33 | 0 | | 59 | 0 | | 47 | 0 | | 139 | 0 | |

| | 1942-1943 | | | 1943-1944 | | | 1944-1945 | | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | | Casos | Mortalidad | |
| Quiste abdominal | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Quiste del cordón espermático | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Extirpación de falanges | 8 | 0 | | 7 | 0 | | 4 | 0 | | 19 | 0 | |
| Ostetomía de húmero | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Artrotomía de rodilla | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Cuerpo extraño en rodilla | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Extirpación de testículo | 1 | 0 | | | | | 1 | 0 | | 2 | 0 | |
| Carbunco del cuello | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Carbuncos | 3 | 0 | | 2 | 0 | | 2 | 0 | | 7 | 0 | |
| Flemones de cuello | 6 | 0 | | 3 | 0 | | 3 | 0 | | 12 | 0 | |
| Antrax | 4 | 0 | | 6 | 0 | | 5 | 0 | | 15 | 0 | |
| Callo del pie (resección y cauterización) | | | | | | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Epulis | 1 | 0 | | 1 | 0 | | 2 | 0 | | 4 | 0 | |
| Extracción de agujas | 9 | 0 | | 8 | 0 | | 11 | 0 | | 28 | 0 | |
| Sumas totales | 512 | 8 | 1,5 % | 469 | 5 | 1,0 % | 522 | 6 | 1,1 % | 1.503 | 19 | 1,2 % |

Burgos, 20 de julio de 1945.

*Carlos Arangüena García-Inés*

330