

meses sin que ocurra alguno de los hechos mencionados, persistiendo el embarazo ectópico, éste puede dar lugar a un feto viable que termina la gravidez con un *falso trabajo*: dolores uterinos, análogos a los de un parto normal, derrames sanguíneos, expulsión de trozos de caduca, etc. El tacto vaginal comprueba, a través del orificio del cuello entreabierto, el útero vacío, resolviendo el problema diagnóstico.

**Conducta terapéutica.**—Como vemos, son varios los factores que en tales casos deben condicionar nuestra actuación.

Si el embarazo ectópico es diagnosticado con seguridad antes de ocurrir alguna de las contingencias señaladas, debemos decidirnos *ipso facto* por la intervención. En caso de duda será prudente esperar, vigilando a la enferma y comprobando cuidadosamente el crecimiento de la tumoración que hemos descubierto; admitida la posibilidad de un embarazo ectópico, raro será que una observación atenta no conduzca a la resolución del problema.

Algunos autores se deciden siempre, aun en la duda, por la intervención ya que la experiencia ha demostrado que una intervención en los anejos no interrumpe necesariamente la gestación.

Nada diremos de la conducta a seguir en el embarazo ectópico avanzado porque esta contingencia es tan rara que no se presenta en la práctica.

Ante un caso de embarazo extrauterino complicado nuestra actuación variará según la forma anatómo-patológica de la complicación.

En la rotura tubaria es ante todo imprescindible detener la hemorragia, tratar el shock y la anemia. La intervención debe ser rápida. Algunos autores americanos aconsejan diferir el acto quirúrgico hasta que ha desaparecido el estado shock; juzgamos que ello constituye una mala táctica en casos de gran hemorragia. En las pequeñas hemorragias, cuando predomina sobre todo la inhibición nerviosa por reflejo peritoneal, la expectación podría hasta cierto punto defenderse.

En tanto que se dispone el acto quirúrgico, debe prepararse a la enferma calentándola, manteniéndola en posición semi-declive, ejecutando la llamada auto-transfusión mediante apretados vendajes en las extremidades, administrándole tónicos cardíacos, sobre todo aceite alcanforado, coagulantes (Zimema, Coaguleno, cloruro de cal, etc.), y suero fisiológico con algunas gotas (X a XX) de adrenalina. No es prudente abusar de los vaso-constrictores (ergotina, ginergeno, adrenalina, etcétera), que al disminuir el calibre de los vasos y con ello la tensión, dificulta paradójicamente las probabilidades de hemostasis espontánea. Lo mismo diremos de las dosis masivas de suero. El proceder ideal que debe practicarse siempre que ello sea factible es la transfusión sanguínea; 400 ó 500 centímetros cúbicos de sangre pura de un dador de grupo hemático compatible, determinan a veces una verdadera resurrección. La transfusión es por sí misma hemostásica; por estas circunstancias no debiera intervenir ninguna rotura tubárica sin haber previamente transfundido a la enferma, de ser ello posible.

Los casos de hematosalpinge deben ser intervenidos tan luego como son diagnosticados.

En lo que respecta al tratamiento de los hematoceles pelvianos cabe hacer distinciones. Si se trata de un hematocele reciente, no vemos inconveniente alguno en intervenir rápidamente. Nada podemos asegurar sobre la posible evolución del proceso y la intervención libra a la enferma de lo que, por varios conceptos, puede resultar peligroso.

Si el hematocele tiene varios días de fecha lo mejor es decidirse por la expectativa. Algunos hematoceles bien enquistados se reabsorben completamente. Además se hallan muchas veces en estado de microbismo latente y la manipulación en el peritoneo puede ser peligrosa. Por esta circunstancia, siempre que intervengamos quirúrgicamente en estos casos especiales, dejaremos drenaje. *Todo derrame sanguíneo acumulado en el peritoneo durante algún tiempo es sospechoso de infección.*

Si el hematocele evoluciona por brotes sucesivos, si aumenta de volumen y determina en la enferma intensos fenómenos de reacción, es de regla la intervención previa punción diagnóstica del Douglas en caso de duda, después de un período de prudente terapéutica expectante.

La vía abdominal es, a pesar de los mayores riesgos, la más adecuada para el tratamiento del foco hemorrágico.

En los caso de hematocele infectado la única solución es la colpotomía.

## OTALGIAS

por el doctor

**L. VILA ABADA**

Médico del Hospital Clínico, de Barcelona

El síntoma dolor es uno de los que más molestan al paciente. Si el sitio de localización es un punto tan sensible como el órgano de la audición la molestia llega al paroxismo. Por esto vemos a los enfermos afectados de otalgia extremadamente susceptibles y anonadados.

El dolor lancinante, persistente, que irradia a la cabeza y a la región innervada por el trigemino es violento y reduce al paciente a la impotencia.

La otalgia es más frecuente de noche, durante el día desaparece o se atenúa la mayoría de veces para recurrir en la noche siguiente.

Hay diferentes procesos que determinan la otalgia, los unos tienen su localización en el oído, otros tienen su desarrollo en la faringe o laringe.

La enfermedad que produce con más frecuencia otalgia es la otitis media aguda catarral o purulenta.

La otalgia en la otitis media aguda se presenta frecuentemente en los niños, que son los que pagan mayor tributo a las infecciones agudas por la facilidad con que tienen adenoiditis y por extensión del proceso salpingitis y otitis.

El niño afecto de otitis media aguda con derrame seroso o purulento tiene una fuerte congestión de la mucosa de la trompa y del oído medio con infiltración de la misma y obstrucción tubárica consecutiva. El

derrame que llena la caja y no puede evacuarse por la trompa hace presión sobre el tímpano, muy sensible, para abrirse paso al exterior; de aquí procede el dolor.

El tímpano, visto con especulum y reflector, está rojo, infiltrado, abombado. Según el color más o menos subido y el abombamiento, será mayor o menor el dolor.

Durante la noche el dolor se acentúa, el niño grita inconsolable, se pone la mano en el oído y no cesa de llorar; si es muy pequeño sólo el llanto y el grito penetrante, persistente, acompañado de malestar y agitación, nos inclinarán a explorar el oído que al solo contacto o presión con nuestro dedo sobre el trago o la entrada del conducto auditivo externo nos denunciará el sitio afecto. Los niños mayores ya denuncian persistentemente el sitio afectado.

Como esta otalgia proviene de una infección, el dolor se acompaña comunmente de elevación térmica, pudiendo llegar a temperaturas muy elevadas según la virulencia de la infección.

Este estado se prolonga por dos o tres días de aumento y disminución de la otalgia, acentuándose especialmente por la noche; pueden pasar el día tranquilo y al llegar la noche es frecuente se presente de nuevo la molestia.

En las otras edades de la vida no es tan frecuente la otalgia debida a una otitis media aguda, ni es tan violento el dolor.

¿Cómo debemos tratar una otalgia provocada por una otitis media aguda?

Muchas veces curaremos la otitis y calmaremos casi instantáneamente el dolor si la secreción intra-timpánica no es muy copiosa, con la instilación cada tres horas, en el oído, de la siguiente solución calentada ligeramente al baño-maría.

Glicerina neutra ... .. 20 grms.

Acido fénico cristalizado ... .. 20 ctgrs.

Clorhidrato de cocaína... .. 25 ctgrs.

disuélvase al baño-maría y sin alcohol y añádase:

Solución de adrenalina al milésimo. X gotas

La solución debe ser preparada recientemente con ácido fénico cristalizado, de lo contrario no sólo no calmará el dolor sino que lo acentuará y será causa de la maceración del tímpano y de las paredes del conducto, por haber utilizado ácido fénico del comercio o una solución alcohólica titulada. No deben quedar cristales de ácido fénico sin disolver porque actúan como a cáusticos.

El calor en forma de compresas calientes o fomentos sobre el pabellón y conducto auditivo disminuyen la intensidad de la otalgia. Las instilaciones de aceite de olivas o de almendras caliente atenúa el dolor. El método de Svidenham es ineficaz.

La otalgia que no se reduce con esta terapéutica es tributaria de una paracentesis del tímpano que suprime casi instantáneamente el síntoma.

La paracentesis debe hacerse previa anestesia del tímpano con licor de Bouin, utilizando un buen reflector, un especulum lo más ancho posible y una aguja o lanceta de paracentesis muy afilada. La incisión se hace de abajo arriba por delante y detrás del mango del martillo profundizando un milímetro. Luego cura seca con mecha de gasa.

Otra causa de otalgia es la otitis externa forunculosa que se presenta especialmente durante la juventud y la edad adulta.

La otalgia es muy intensa, diurna y nocturna, más nocturna, pero generalmente persistente. Dura hasta la maduración y abertura del proceso forunculoso.

El dolor es exacerbado por la presión sobre el trago y las tracciones del pabellón o presión en el surco retro-auricular.

El conducto se estenosa poco a poco hasta obstruirse, se edematizan los tejidos cutáneos, pre y retro-auriculares.

El calor es el mejor calmante del dolor, en forma de fomentos repetidos o compresas calientes, pero no es generalmente suficiente.

El mejor tratamiento de la otalgia y de la enfermedad es la electrolisis con una solución de cloruro de zinc al 1 por mil de dos a tres miliamperes durante diez minutos. Muchas veces una sola sesión yugula el proceso.

La diatermia y los baños de sol de altura son también un buen medio.

Las instilaciones calientes de la solución anotada más arriba o de una solución de Glicerina neutra y licor de Van Swieten a partes iguales, son buenos auxiliares.

Si el forúnculo está maduro debe abrirse.

Causa menos frecuentemente otalgia la ceruminosis del conducto.

Un tapón de cerumen endurecido puede hacer presión sobre el tímpano y determinar un acceso de otalgia.

La presión sobre el conducto aumenta la otalgia, la sordera es acentuada.

Con el reflector vemos el conducto lleno de una sustancia roja oscura.

La única solución es la extracción del tapón, para lo cual lo mejor es reblandecer el cerumen instilando tres veces al día diez gotas de la solución siguiente:

Glicerina neutra... .. 10 grs.

Agua destilada... .. 5 grs.

Carbonato de sosa... .. 1 grs.

A los dos días puede procederse a la desobstrucción del conducto por medio de irrigaciones de agua caliente alcalinizada.

Las instilaciones de agua oxigenada facilitan el despegamiento de la cera adherida a las paredes del conducto.

Las causas de otalgia que no están localizadas en el oído, son menos molestas en cuanto a la otalgia que en cuanto a los otros síntomas que presentan.

Las amigdalitis y anginas son causa repetida de otalgia, el movimiento de deglución por la presión que ejerce sobre el pabellón de la trompa inflamado produce dolor irradiado al oído. Dificilmente un tratamiento calmante aplicado en el oído calmará el dolor; las instilaciones de sustancias calmantes pueden aliviarlo.

Los grandes lavados calientes con suero fisiológico, del anillo de Valdeyer descongestionará la faringe y mejorará el síntoma.

El cáncer y la tuberculosis del vestíbulo de la laringe provocan irradiaciones dolorosas al oído en los movimientos de la deglución.

El sorber con tubo de Leduc una pequeña cantidad de los polvos que prescribimos, diez minutos antes de tomar el alimento, calmarán el dolor.

Lactosa...	...	...	...	4 grs.
Anestesia...	...	...	...	3 grs.
Ortoformo...	...	...	...	4 grs.

## NOCIONES CLÍNICAS FUNDAMENTALES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LOS TRAUMATISMOS RENALES CERRADOS

por el doctor

**ANTONIO OTERO**

Profesor por oposición, excedente,  
de la Maternidad de Córdoba

El conocimiento de los principios fundamentales del tratamiento, y conducta a seguir en materia de traumatología, se hace de día en día más indispensable, en el ejercicio de la práctica médica, aun en los lugares más reposados y tranquilos, donde en tiempos relativamente próximos, los grandes traumatismos no se producían o eran excepcionalísimos; las empresas de grandes obras o de minería, lo mismo que todos los trabajos, que han podido organizarse con todas las previsiones y posibilidades, ya disponen de personal especializado y organización adecuada, para tales desgraciadas eventualidades. Pero el desarrollo pujante del turismo y del excursionismo, accesible cada día a mayor número de familias, por los rápidos y fáciles, aunque muchas veces peligrosos, medios de comunicación modernos; el auge extraordinario que va alcanzando el deporte, en todas sus formas, en la juventud actual, hacen que, aun en lugares imprevistos y desprovistos de elementos de personal, material y organización, puedan darse y se den con creciente frecuencia casos de grandes traumatismos, lo cual exige de los médicos generales, un criterio exacto respecto a las indicaciones a establecer ya que no a la técnica, pues en muchas ocasiones, unas por necesidad, y otras por conveniencia de mejor éxito, habrá que proceder a la ejecución de las mismas, por lo menos de las más vitales, en los mismos lugares de la prestación de los primeros auxilios. La asistencia facultativa de un caso en estas condiciones, en colaboración con el médico del lugar, me ha inspirado la idea de exponer en forma concisa y práctica la manera de proceder, para obtener científicamente el maximum de eficiencia en un caso de traumatismo renal, sea cualquiera su origen.

*Primera impresión clínica del traumático.*—En primer lugar y si exceptuamos algunos casos de contusión por acción muy directa y localizada en algún flanco (vacío, hipocondrio, fosa lumbar), como por ejemplo, cox de caballo, o cualquier aplastamiento localizado, en los cuales a primera impresión se puede casi afirmar la localización de la lesión traumática, en general el aspecto clínico es el propio de los grandes traumatismos, con conmoción visceral, policontundidos o polifracturados en estado de shock, con todos los síntomas generales de tal estado: hipotermia, palidez, hipoten-

sión y desigualdad de pulso, adinamia o eretismo nervioso, según la forma, dependiente de la reacción idiópática del herido. A este primer cuadro clínico, que hay que hacer frente, con recursos y cuidados de carácter general, tratando el shock (J. SALARICH: ARS MEDICA, Febrero 1927), apositando y aseptizando las lesiones externas o abiertas del traumático, es necesario asistir al mismo tiempo con espíritu de observación médica y exploración, para determinar y localizar mientras se hace obra útil de tratamiento, el diagnóstico lesional dominante que requerirá tratamiento más especializado y urgente. Procediendo de esta manera, en efecto, si el enfermo no sucumbe a la gravedad inicial y momentánea del traumatismo, se logra perfilar el diagnóstico, de localización e intensidad del órgano u órganos afectados, y la mayor o menor importancia en orden a gravedad y prioridad consiguiente de tratamiento adecuado; esta noción teórico-práctica, de orden de prioridad en el tratamiento de sus lesiones a un traumatizado, es de una capital importancia, si bien es indispensable remarcarla, por haber sido testigo de algunos olvidos de la misma.

*Apreciación de la prioridad o no de la lesión renal.*—Sin que en muchos casos sea única o de primordial importancia la lesión renal, es lo cierto que en otros muchos casos de violentos y grandes traumatismos, son afectados, algunas veces, con mucha más intensidad e importancia, el hígado o el bazo, el intestino, la vejiga y el diafragma; para algunos de estos casos la lesión renal sin dejar de tener importancia, pasa a segundo término.

Se comprende este hecho si se tiene en cuenta que, la protección anatómica formada por la cintura músculo-aponeurótico-serosa que defiende el conjunto de las vísceras abdominales, se refuerza lateralmente y hacia atrás por la armadura esquelética de las tres últimas costillas y las dos primeras apófisis costiformes lumbares, reforzados por unos planos musculares muy resistentes y tensos en su conjunto. Mas a pesar de tal protección, la variabilidad de acción y las múltiples combinaciones a veces caprichosas de los agentes traumáticos determinan muchas veces lesiones únicas del riñón y su pedículo neuro-vásculo excretor.

*Resumen sintomático.*—Aun cuando anatómicamente nos explicamos siempre la sintomatología de las contusiones renales, su expresión clínica no corresponde siempre a su intensidad anatómica. Por ejemplo: un pequeño desgarramiento del parénquima, si está cerca de la pelvis puede determinar una hematuria abundante; en cambio la hemorragia externa no existirá o será pequeña con un riñón con grandes desgarramientos, pero sin comunicación con las vías de excreción; hecha esta aclaración, los síntomas que manifiesta la contusión renal son:

a) *Generales*, los propios de todo traumatismo violento en mayor o menor escala: *shock* de forma *adinámica o erética*, *nauseas*, *vómitos*, *hipotermia* y los signos de *grave hemorragia interna* en ciertos casos.

b) *Síntomas locales funcionales*: *Dolor espontáneo* que falta en ciertos casos aunque puede adquirir en otros gran intensidad y afectar los mismos caracteres de un cólico nefrítico. *Hematuria* existe en 95 % de los casos, por lo cual es el síntoma más constante y