

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 afectos, 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 desgarró 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 desgarró, 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*, *hipotemia* 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

tiene gran valor como indicador de la lesión renal, aunque de ningún modo sirve de indicador de la gravedad o importancia de la lesión. Puede ser *inmediata* o *tardía*. Falta en algún caso, por ciertas condiciones anatómicas fáciles de comprender, bien porque el desgarramiento del tejido renal no alcance los cálices, o porque el trauma haya separado completamente el riñón o sus vasos de los conductos excretores. Su *intensidad* y *persistencia* varían desde las más insignificantes hasta las que ponen en peligro la vida y por sí mismo hacen sentir una indicación operatoria, aunque la lesión que la produzca se la pueda llamar anatómicamente pequeña.

Anuria, aunque rara vez, puede ser observada, lo mismo que oliguria o por el contrario poliuria.

c) *Síntomas locales obtenidos por el examen físico*. La *inspección* pocos datos puede suministrar; es la *palpación* el gran procedimiento de examen y el que más datos nos suministrará para decidir nuestra conducta; de tal modo es así, que al objeto de no repetirnos y teniendo en cuenta la índole práctica más que didáctica de este trabajo, incluiremos en este apartado los *signos obtenidos por la palpación*; su *importancia pronóstica* y *deducciones terapéuticas*, aludiendo para sentar en algún punto la indicación a las posibles complicaciones sépticas o asépticas de los traumatismos renales.

La *palpación* nos hace apreciar la *tumefacción* producida por el hematoma, y es a LARDENNOIS al que debemos un estudio más acabado de este punto que lo condensa en la siguiente frase "si la *hematuria* advierte, el hematoma mide la intensidad de la hemorragia y el grado de gravedad de la contusión. La tumefacción del hematoma existe siempre que hay hemorragia perirenal, sin que esté el peritoneo desgarrado al mismo tiempo. En caso de desgarramiento simultáneo del peritoneo el traumático, junto con los síntomas generales de hemorragia interna, presentará síntomas de inundación reacción peritoneal. El examen detenido del abdomen permitirá reconocer con más o menos claridad la colección sanguínea intraperitoneal. Mientras que las asas intestinales rechazadas hacia la parte superior y media del abdomen, determinarán meteorismo a este nivel, la percusión revelará macidez en la parte inferior y flanco donde se acumula la sangre derramada. Si el peritoneo está íntegro aunque el hematoma proceda del polo superior del riñón tiene tendencia a progresar hacia el flanco o vacío, zona umbilical y fosa ilíaca, llegando a veces hasta el reborde óseo de la cresta y espina ilíaca y dirigiéndose en parte hacia la línea media abdominal. Sus caracteres son de una aparición rápida postraumática, progresiva, profunda, resistente, elástica uniformemente redondeada o ligeramente abollada. Como punto capital de la exploración interesa comprobar el aumento progresivo de la colección sanguínea, tumefacción, y la rapidez de su formación, pues son caracteres que sirven para tomar en algunas ocasiones una determinación quirúrgica salvadora; y así se pueden señalar tres tipos progresivos del hematoma.

1.º Que su límite inferior llegue a la línea umbilical horizontal.

2.º Que alcance a la espina ilíaca y

3.º que descienda por la fosa ilíaca en dirección a

la pequeña pelvis. No insistiré, pero recordaré la necesidad de exploración minuciosa de la vejiga y de la cavidad peritoneal y vísceras contenidas, con objeto de precisar el diagnóstico, de exclusividad renal o concomitancia de otras lesiones abdominales, o desgarramiento peritoneal con inundación del hematoma en su cavidad.

LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO de estos traumatismos renales dependen, sobre todo del TRATAMIENTO y las *decisiones del médico* que asiste al traumatizado después del accidente y días primeros consecutivos. Si bien es muy cierto que buen número de contusiones renales se curan por la simple expectación, (casos benignos) no se puede olvidar que muchos otros casos pueden librarse únicamente de una segura muerte por una intervención a tiempo (casos graves y muchos de mediana intensidad).

Respecto al pronóstico lejano, depende en gran parte, de las siguientes complicaciones, que no desarrollamos, pero si mencionamos, pues también se evitan si se indica a tiempo un tratamiento apropiado activo: tales son la *infección* y *supuración del hematoma perinefrítico*; la *hidronefrosis traumática* y la *nefritis traumática*. Por consiguiente el pronóstico de las contusiones del riñón depende directamente del tratamiento que se les haya opuesto y de su oportunidad y de esto se deduce la importancia extraordinaria del mismo.

TRATAMIENTO.—Algunos autores, sobre todo si enfocan la cuestión del tratamiento, para el conjunto de los casos, desde los más ligeros incluidos, se manifiestan resueltamente partidarios de la expectación. (LE DENTÚ). Otros (GERARD-MARCHANT) recomiendan la intervención tan pronto se aprecia la presencia del hematoma, de la ruptura y hemorragia intraperitoneal (DELBET) o de la hematuria persistente durante unas 30 horas (WATSON). Pero es indispensable una regla fija y un criterio firme para deducir, actualmente indicaciones precisas. Esto es lo que prácticamente interesa, y fundándonos en los estudios metódicos y ordenados de LARDENNOIS que ha clasificado las estadísticas de los casos publicados según su gravedad, es como se puede resolver este problema. Estas estadísticas acusan los siguientes resultados, según el tratamiento empleado para los casos de mediana intensidad que son los más discutidos precisamente; abstenciones y operaciones tardías 640 casos, con 162 defunciones o sea el 25 por 100; operaciones precoces 92 casos con 9 defunciones o sea el 10 por 100. Con este fundamento, como idea general y con un estudio detenido de cada caso es como se resuelve con el máximo de acierto el problema terapéutico, y para eso es conveniente distinguir,

I.º CASOS DE GRAVEDAD MEDIA, ni muy graves, ni benignos. Son aquellos en que la decisión es más difícil, y en cuya resolución, además de la regla general deducida de las estadísticas entra por mucho la experiencia personal y el sentido clínico del cirujano, pues cada vez que se examina un lesionado el problema se presenta de nuevo, y no solamente se ha de tener en cuenta los *accidentes inmediatos*, sino también el porvenir de los lesionados, o dicho de otra manera el *pronóstico funcional* de las contusiones renales. En efecto, aun pasado el primer peligro, de la anuria posible, de la hematuria abundante, si ha existido hemorragia pe-

renal aunque esta se haya parado espontánea o médicamente, vendrá el período de reabsorción de aquel hematoma, con fiebre, intoxicación y malestar general. Pero además el hematoma se puede infectar y esto sucede seguramente una vez entre cada 9 veces y entonces nuevos peligros por el hecho de la periferitis supurada posttraumática en sí, y además por lo indispensable de una intervención en terreno infectado e intoxicado, que lleva consigo sus nuevos y no despreciables peligros. Entre 327 abstenciones con curaciones 34 veces el riñón fué perdido por inflamaciones consecutivas. Entre 187 operaciones tardías se puede considerar que el riñón fué destruido 36 veces por accidentes consecutivos y 55 veces la nefrectomía fué necesaria (CARLIER y HEITZ-BÖYER).

Estos son los resultados de un tratamiento conservador, como sistema exclusivo. De aquí se ha de deducir con LARDENNOIS que es la existencia y la intensidad del hematoma perirrenal lo que indicará la oportunidad de intervenir, y la indicación será imperativa y no se aplazará cuando el tal hematoma desciende a nivel o por debajo de la línea umbilical horizontal.

En los otros casos de intensidad media sin síntomas generales alarmantes, se puede hacer tratamiento de expectación, vigilando atenta y frecuentemente al lesionado, para apercibirse a tiempo de cualquier signo de agravación que se puede presentar bruscamente.

2.º CASOS MUY GRAVES. En estos casos es la intervención de urgencia, inmediata, sin discusión, el deber del cirujano. Y no es la hematuria profusa, que si bien es frecuentísima, es infiel, la que nos impondrá la urgencia. Es en primer lugar la pronta aparición de una tumefacción de hematoma peritoneal que crece rápidamente y coincide con síntomas generales intensos. Si al mismo tiempo hay signos de desgarro con inundación y reacción peritoneal, aunque el volumen del hematoma no sea de consideración, es de la misma y urgente necesidad de la intervención.

3.º CASOS BENIGNOS O LIGEROS DE CONTUSIÓN. Siempre vigilando de cerca al lesionado, se hará el tratamiento médico. Reposo completo en posición horizontal, envoltura algodoadada con vendaje de cuerpo ligeramente compresivo lumbo-abdominal. Medicación antiséptica urinaria; urotropina, helmitol o uraseptina; morfina en caso de intensos dolores y dieta láctea los días que se requieran para la desaparición completa de los síntomas tanto objetivos como subjetivos.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

A) La retención vesical inmediata urohémática, bastante frecuente, se tratará por medio del cateterismo vesical y si existen coágulos en la vejiga, se procederá a la aspiración evacuadora completa de la misma.

B) La anuria por inhibición refleja del riñón opuesto, que puede presentarse, se intentará combatirla por medio del cateterismo de los uréteres, principalmente del opuesto al del traumatismo. Es necesario remarcar, la rigurosa asepsia que se necesita para la práctica de estas maniobras, pues en algunas ocasiones es responsable de las complicaciones infecciosas en las contusiones renales, una aparentemente pequeña falta en este sentido.

C) Las complicaciones infecciosas secundarias, absceso perinefrítico, uropionefrosis, en cuanto se pre-

sentan, es indicación urgente drenarlas por medio de la incisión dilatadora y de la nefrotomía respectivamente. La nefritis traumática dolorosa, es tributaria de la decapsulación renal, que influye seguramente sobre los síntomas dolorosos, aunque no tan ciertamente sobre la evolución de la misma nefritis. La hematonefrosis y la uronefrosis posibles, se tratarán quirúrgicamente también, y según el estado del parenquima renal, y el volumen de la bolsa uro o hematonefrósica, se optará por una nefrotomía, nefrectomía u operación plástica, aunque estas cada día se practican menos, dada la inseguridad de sus resultados.

BIBLIOGRAFIA

HERZEN.—GUIA FORMULARIO DE TERAPÉUTICA. Espasa-Calpe, Editores. 1926.

El gran número de ediciones que el público médico lleva agotadas de la Guía Formulario de HERZEN, indica suficientemente el merecido aprecio con que fué y es acogida tal obra y nos releva de hacer su presentación, pues son contados los médicos que no la conozcan y hayan utilizado sus enseñanzas en alguna u otra ocasión.

La obra de HERZEN es sin duda la más completa y acabada de todas las de su género, aunque adolezca, como todas ellas, del defecto de tratar algunos puntos con excesiva brevedad, por ejemplo, el capítulo de la tuberculoterapia, y en otros no esté puesta al día, como ocurre al tratar de la diabetes, en que no se habla de la insulina. Estos defectos son casi inevitables en esta suerte de obra y justo es reconocer que en la de HERZEN van siendo corregidos cuidadosamente en las sucesivas ediciones.

En conclusión, la obra que nos ocupa es recomendable, pues el médico, así el novel como el experimentado, encontrarán en ella una suma de conocimientos aplicables al tratamiento del enfermo y un conjunto de fórmulas, que por ser clásicas, deben ser conocidos por el médico práctico.

N. BATESTINI

E. GARCIA DEL REAL.—TRATADO DE PATOLOGÍA MÉDICA. Tomo IX: *Enfermedades de los riñones*.—Biblioteca Médica de Autores españoles y extranjeros, vol XVII.—Madrid, Editorial Reus, S. A. 1926.

El Dr. GARCÍA DEL REAL, Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Madrid, acaba de publicar en la Biblioteca Médica de Autores españoles y extranjeros, el tomo IX de su *Tratado de Patología Médica*, obra que merece la atención de todos los estudiosos de estos problemas.

La obra completa del Dr. GARCÍA DEL REAL, de la cual van hasta ahora publicados nueve tomos, comprende los siguientes distribuidos por materias: Tomo I, *Enfermedades de los bronquios y de los pulmones*; tomo II, *Enfermedades de los pulmones y de la pleura*; tomos III y IV, *Enfermedades del aparato circulatorio*; tomos V y VI, *Enfermedades del aparato digestivo*; tomo VII, *Enfermedades del hígado*; tomo VIII, *Enfermedades del páncreas y del peritoneo*; tomo IX, que es el que en este momento tenemos a la vista, que trata de las *Enfermedades de los riñones*. Están en preparación los tomos X al XII. La obra, hecha con gran acopio de datos e importantes observaciones clínicas, ha sido muy bien recibida por el público médico y deseamos vivamente quede en plazo breve acabado tan importante trabajo, que viene a llenar una laguna en los estudios españoles de Patología.