



N.º 3439

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HERIDAS DEL BAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO IGARTÚA

Ex-practicante ad honorem del Instituto Jenner (1912-1913)
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1914-1915)
Ex-practicante menor interno ad honorem del Hosp. P. Fiorito (Mayo 1915 a Junio 1916)
Ex-practicante menor interno del Hospital P. Fiorito (Julio 1916 a Diciembre 1916)
Ex-practicante mayor interno del Hospital P. Fiorito (Diciembre 1916 a Diciembre 1917)
Ex-practicante mayor, por concurso, del Hospital Militar de la Capital (Marzo 1917)
Jefe de Clínica de la Sala I del Hospital Municipal P. Fiorito (Avellaneda)
Médico de la Sala Hospital Ensenada



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 — Córdoba — 2254

1918



Misc. B. 18.9

HERIDAS DEL BAZO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HERIDAS DEL BAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO IGARTÚA

Ex-practicante ad honorem del Instituto Jenner (1912-1913)

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1914-1915)

Ex-practicante menor interno ad honorem del Hosp. P. Fiorito (Mayo 1915 a Junio 1916)

Ex-practicante menor interno del Hospital P. Fiorito (Julio 1916 a Diciembre 1916)

Ex-practicante mayor interno del Hospital P. Fiorito (Diciembre 1916 a Diciembre 1917)

Ex-practicante mayor, por concurso, del Hospital Militar de la Capital (Marzo 1917)

Jefe de Clinica de la Sala I del Hospital Municipal P. Fiorito (Avellaneda)

Médico de la Sala Hospital Ensenada



BUENOS AIRES

< LA SEMANA MÉDICA > IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 - Córdoba - 2254

1918



Man
18.4

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

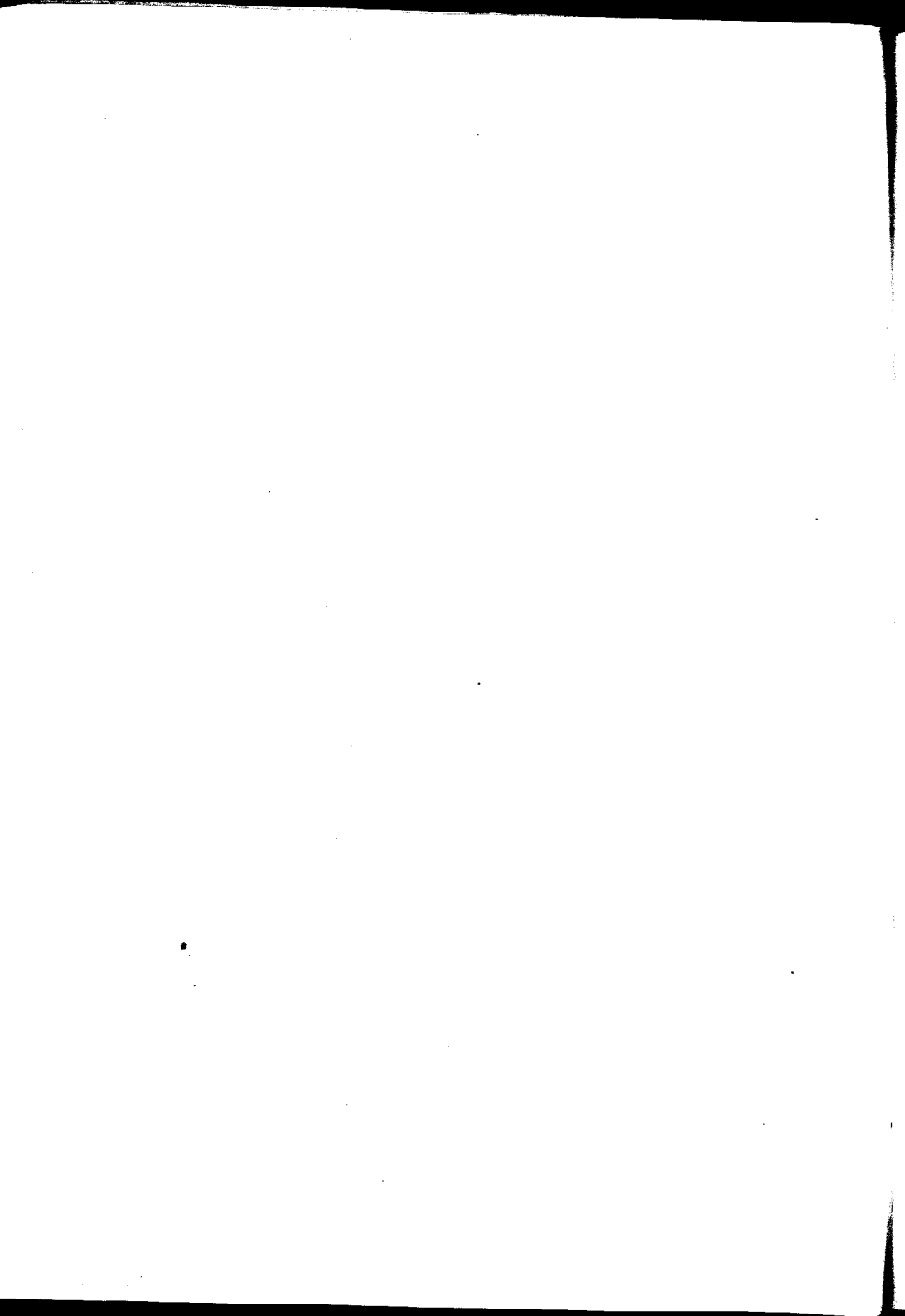
1. DR. D. EUFEMIO UGALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario general

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

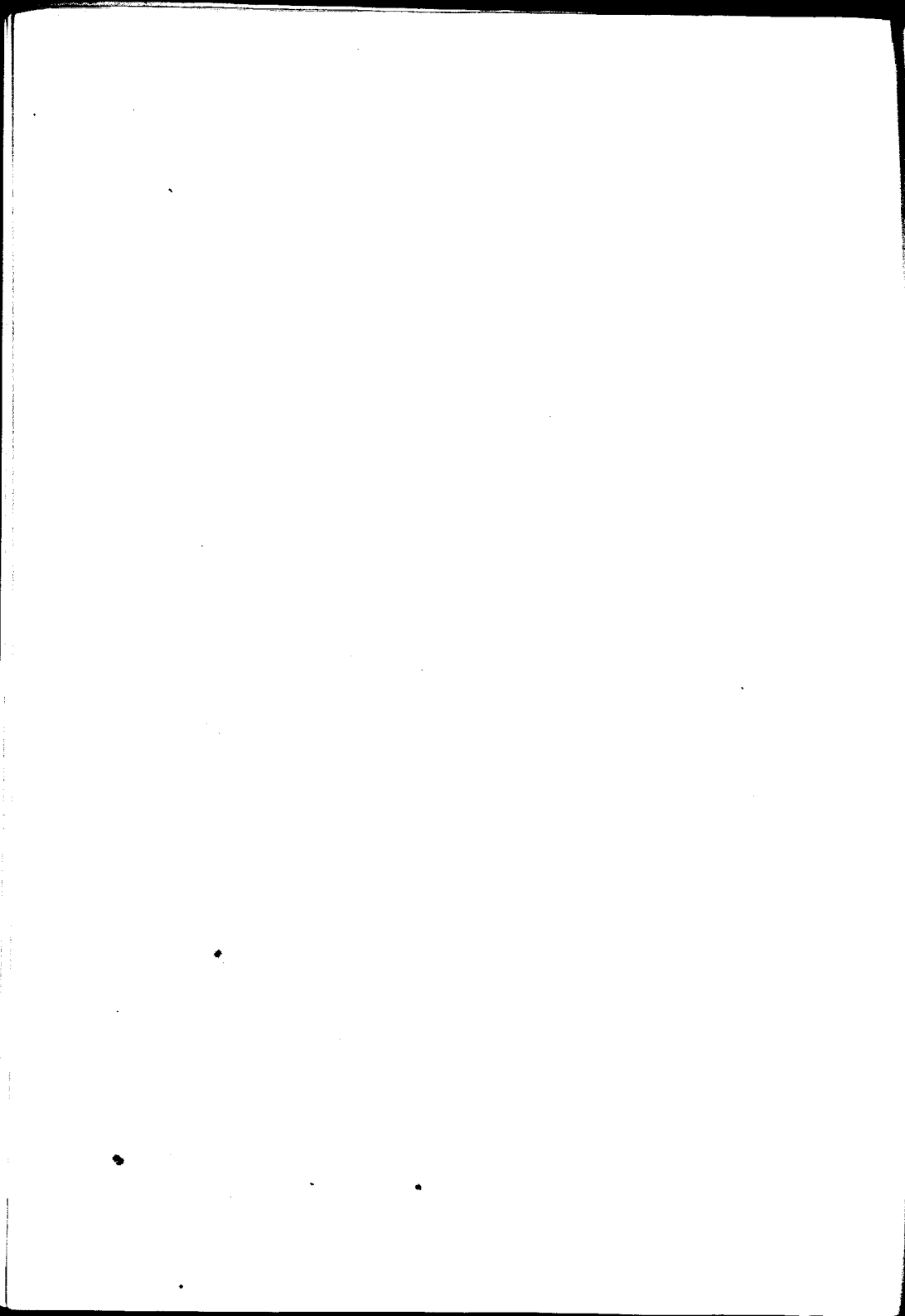


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

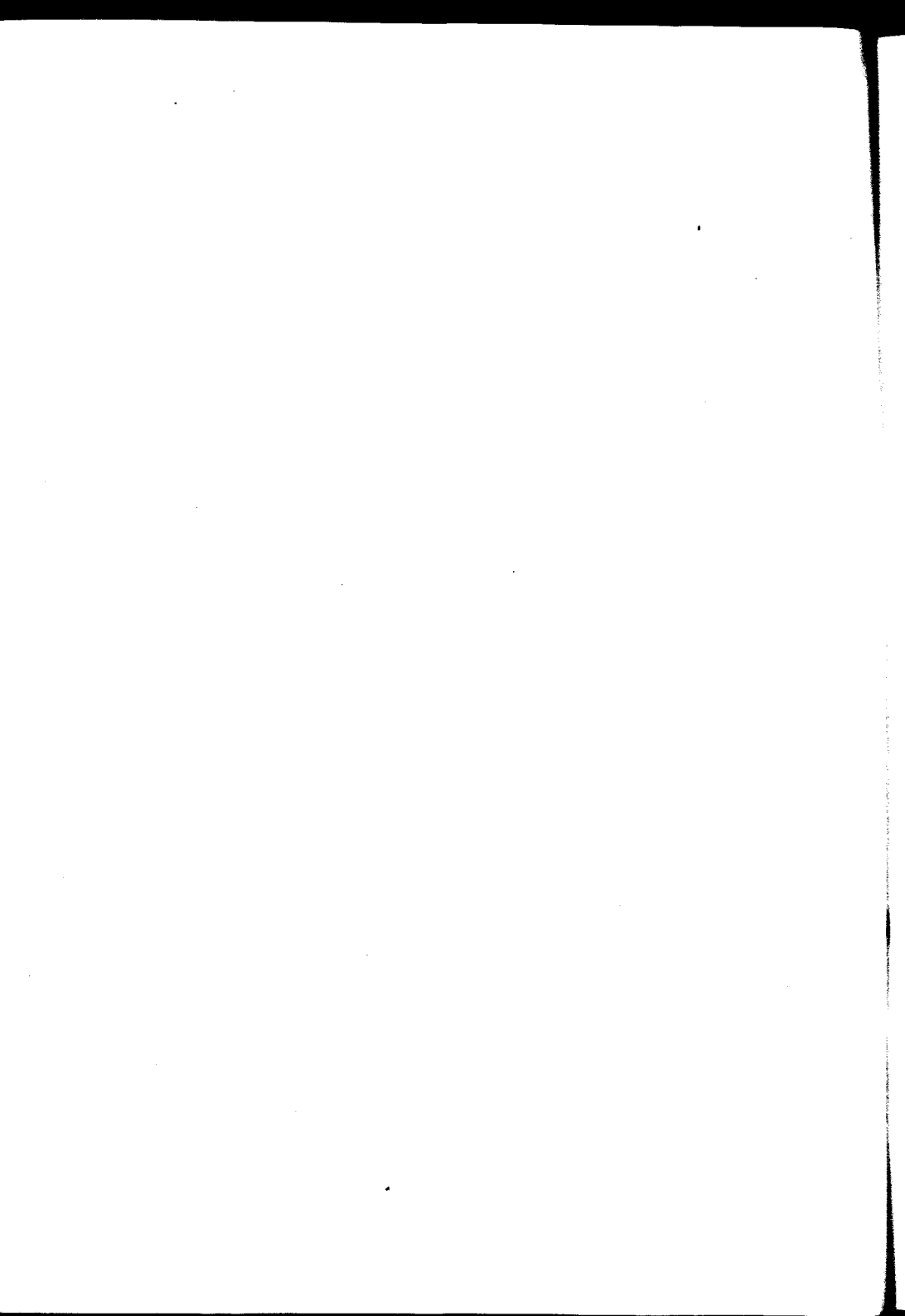
DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALERÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

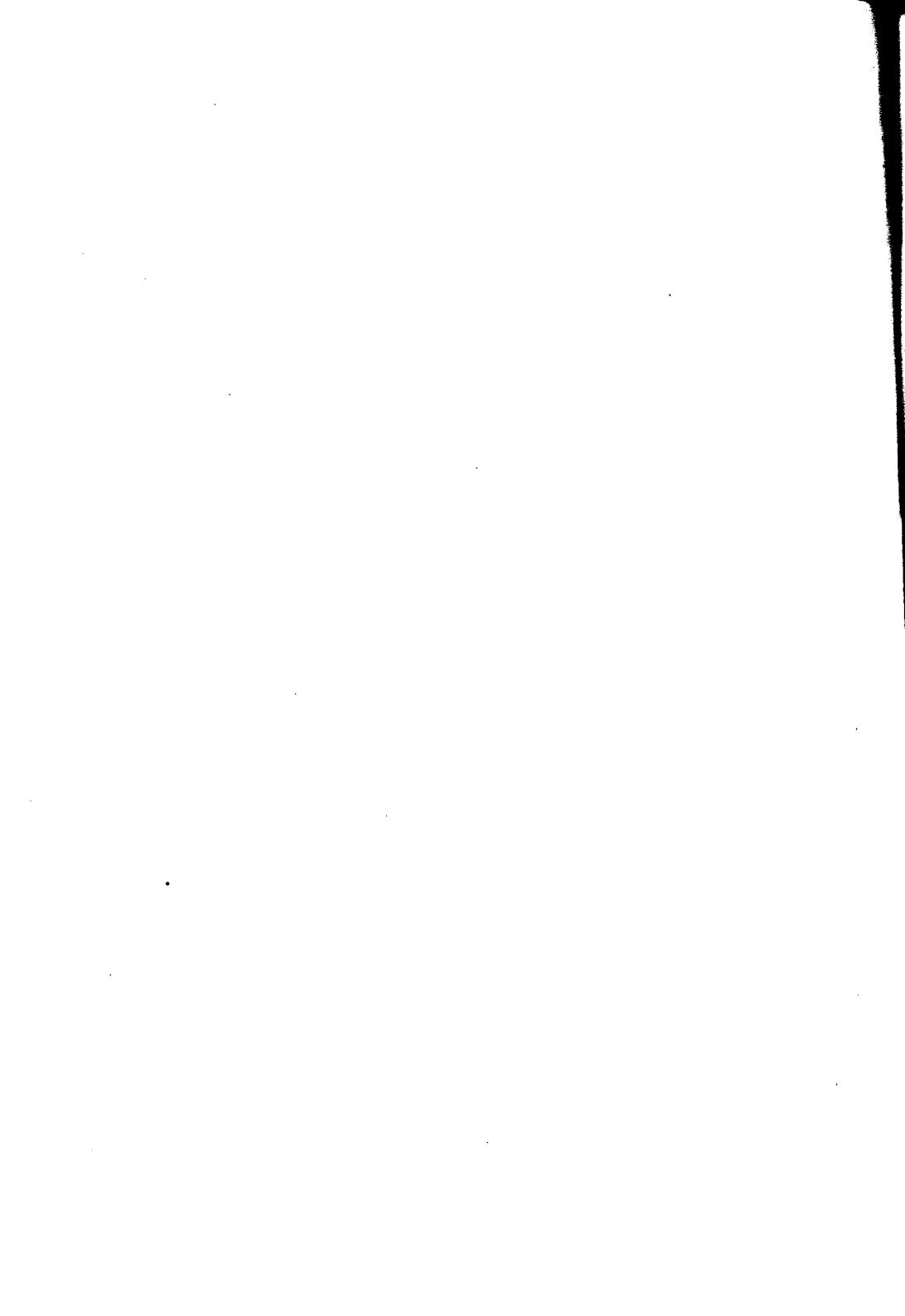
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

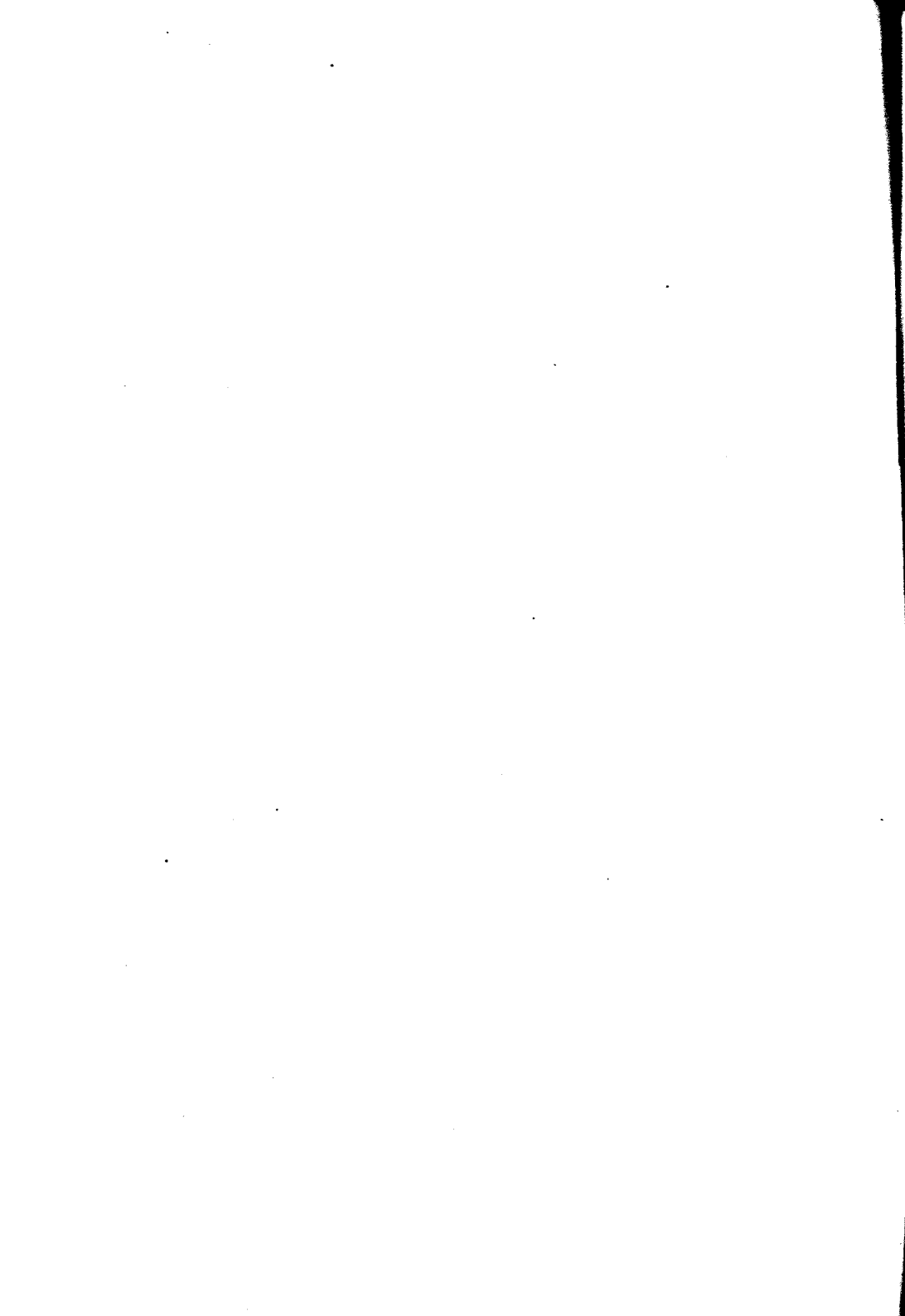
PROFESORES HONORARIOS

- DR. D. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI



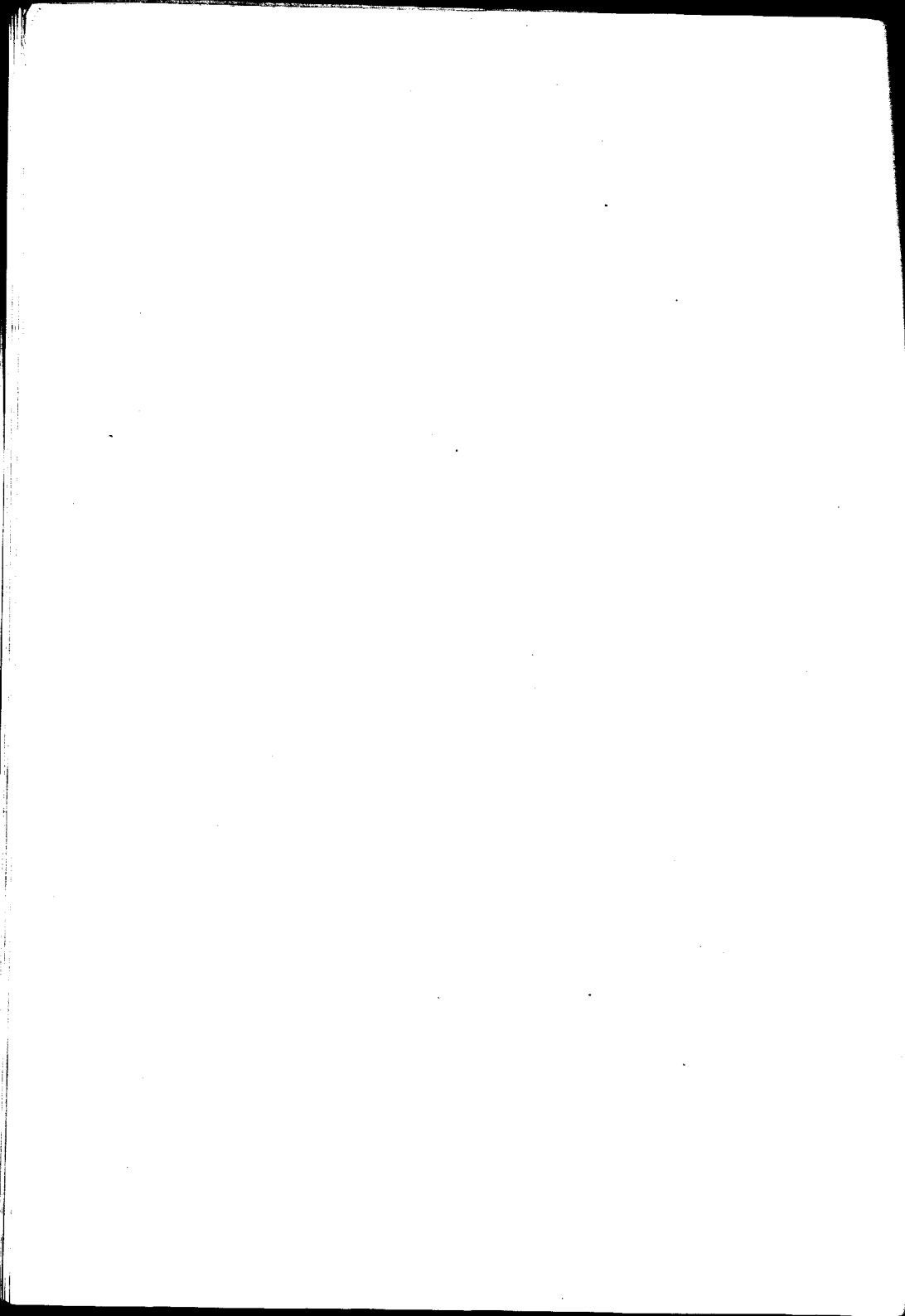
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. D. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semeiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	(Vacante).
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	(Vacante).
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



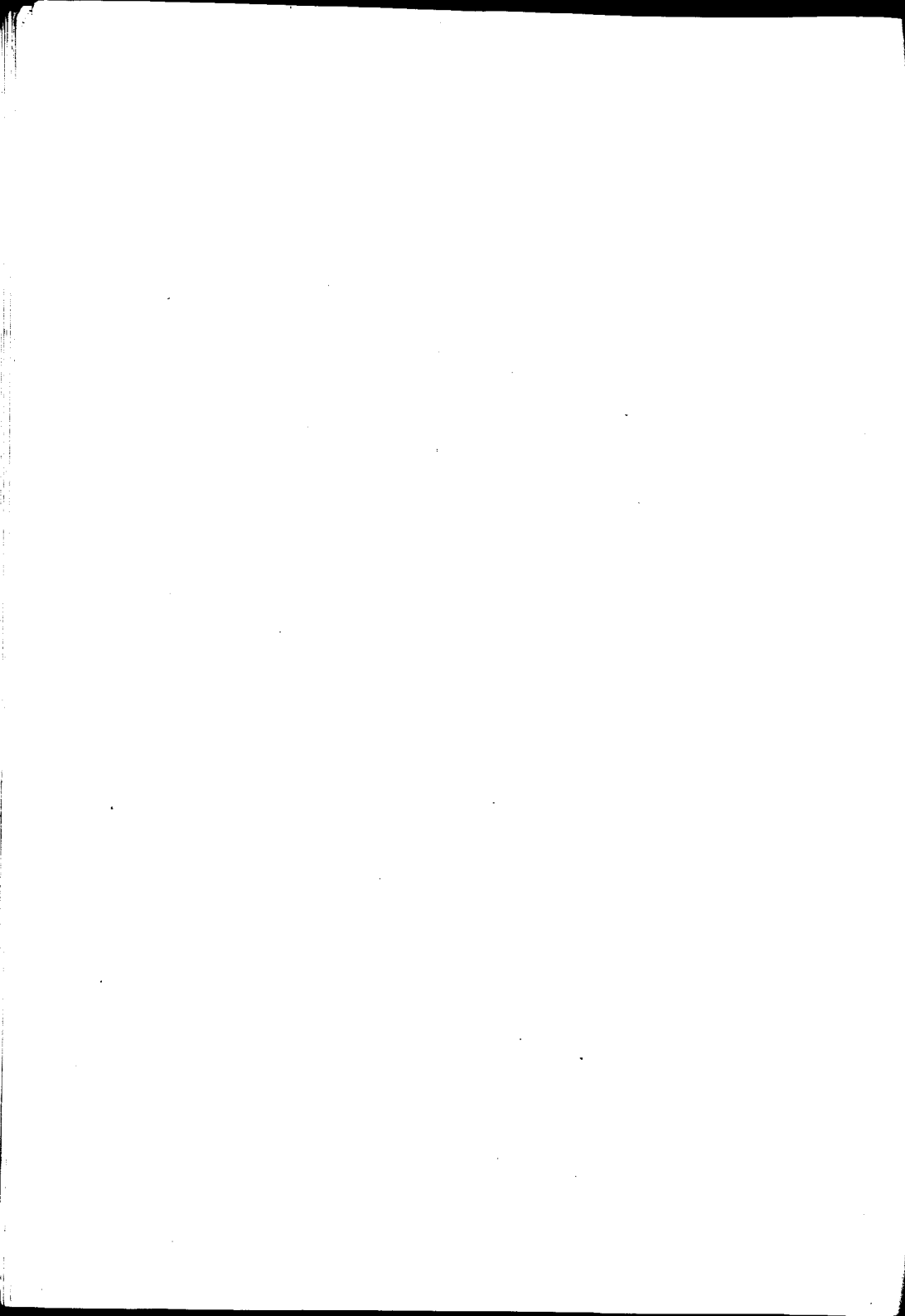
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. D. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
» interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGUERA
	» JOSÉ R. SEMPRUN
» Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
» Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
» Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología médica.....	DR. D.	GUILLELMO SEEBER
	"	SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva.....	"	EUGENIO GALLI
	"	JUAN JOSÉ CIRIO
	"	FRANCISCO ROPHILLE
Fisiología general y humana.....	"	FRANK L. SOLER
	"	BENIGNO BOUSSAY
	"	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	"	SALVADOR MAZZA
Química Biológica.....	"	BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica.....	"	MANUEL V. CARBONELL
	"	SANTIAGO M. COSTA
Semeiología y ejercicios clínicos....	"	CARLOS BONOMO UDAONDO
	"	ALFREDO VITÓN
	"	PEDRO J. HARDOY
Anatomía patológica.....	"	JOAQUÍN LLAMBIAS
	"	ÁNGEL H. ROFFO
	"	PEDRO ELIZALDE
Materia médica y terapéutica.....	"	JOSÉ MORENO
Medicina operatoria.....	"	PEDRO CASTRO ESCALADA
	"	ENRIQUE PINOCCHIETTO
	"	FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa.....	"	CASTELFORT LUGONES
	"	ENRIQUE M. OLIVIERI
	"	ALEJANDRO CEBALLOS
Clinica dermato-sifilográfica.....	"	NICOLÁS V. GRECO
	"	PEDRO L. BALISA
	"	JOAQUÍN CERVEIRA
> génito-urinaria.....	"	JOAQUÍN NIN POSADAS
	"	FERNANDO R. TORRES
	"	FRANCISCO DESTÉFANO
> epidemiológica.....	"	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	"	DANIEL THAMM
	"	ADOLFO NUCETI
> oftalmológica.....	"	RAÚL ARGÁNARAZ
	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	"	MARTÍN CASTRO ESCALADA
> oto-rino-laringológica.....	"	FELIPE J. BASAVILBASO
	"	ANTONIO R. ZAMBRINI
	"	ENRIQUE FERREIRA
	"	PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	"	LEXINAS JORGE FACIO
	"	PABLO M. BARIARO
	"	EDUARDO MARIÑO
	"	ARMANDO R. MAROTTA
	"	LUCAS A. TAMINI
	"	MIGUEL SUSSINI
	"	ROBERTO SOLÉ
	"	PEDRO CHUTO
Clinica quirúrgica.....	"	JOSÉ M. JORGE (H.)
	"	OSCAR COPELLO
	"	ADOLFO F. LANDIVAR
	"	JORGE LEYRO DÍAZ
	"	ANTONIO F. CELESIA
	"	TOMÁS H. KENNY
	"	GUILLELMO VALDES (H.)
> neurológica.....	"	VICENTE DIMIERI
	"	ROMULO H. CHIAFFORI
	"	JUAN JOSÉ VITÓN
	"	PABLO J. MORSALINE
	"	RAFAEL A. BULLRICH
	"	IGNACIO IMAZ
	"	PEDRO ESCUDERO
> médica.....	"	MARIANO R. CASTEX
	"	PEDRO J. GARCÍA
	"	JOSÉ DESTÉFANO
	"	JUAN R. GOYENA
	"	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	"	TULIO MARTINI
	"	CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	"	GENARO SISTO
> pediátrica.....	"	PEDRO DE ELIZALDE
	"	FERNANDO SCHWEIZER
	"	JUAN CARLOS NAVARRO
	"	JAINIE SALVADOR
> ginecológica.....	"	TORIBIO PICCARDO
	"	CARLOS R. CIRIO
	"	OSVALDO L. BOTTARO
	"	JULIO HERRANZ
	"	CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	"	FAUSTINO J. THONGÉ
	"	JUAN B. GONZÁLEZ
	"	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
> obstétrica.....	"	JUAN A. GABASTO
	"	ENRIQUE A. BOERO
	"	JOSUÉ A. BERUTTI
	"	NICANOR PALACIOS COSTA
	"	VICTORIO MONTEVERDE
	"	JOAQUÍN V. GNECCO
Medicina legal.....	"	JAVIER BLANDAN
	"	ANTONIO FODESTÁ
Clinica Psiquiátrica.....	"	AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. D. J. C. LLAMES MASSINI

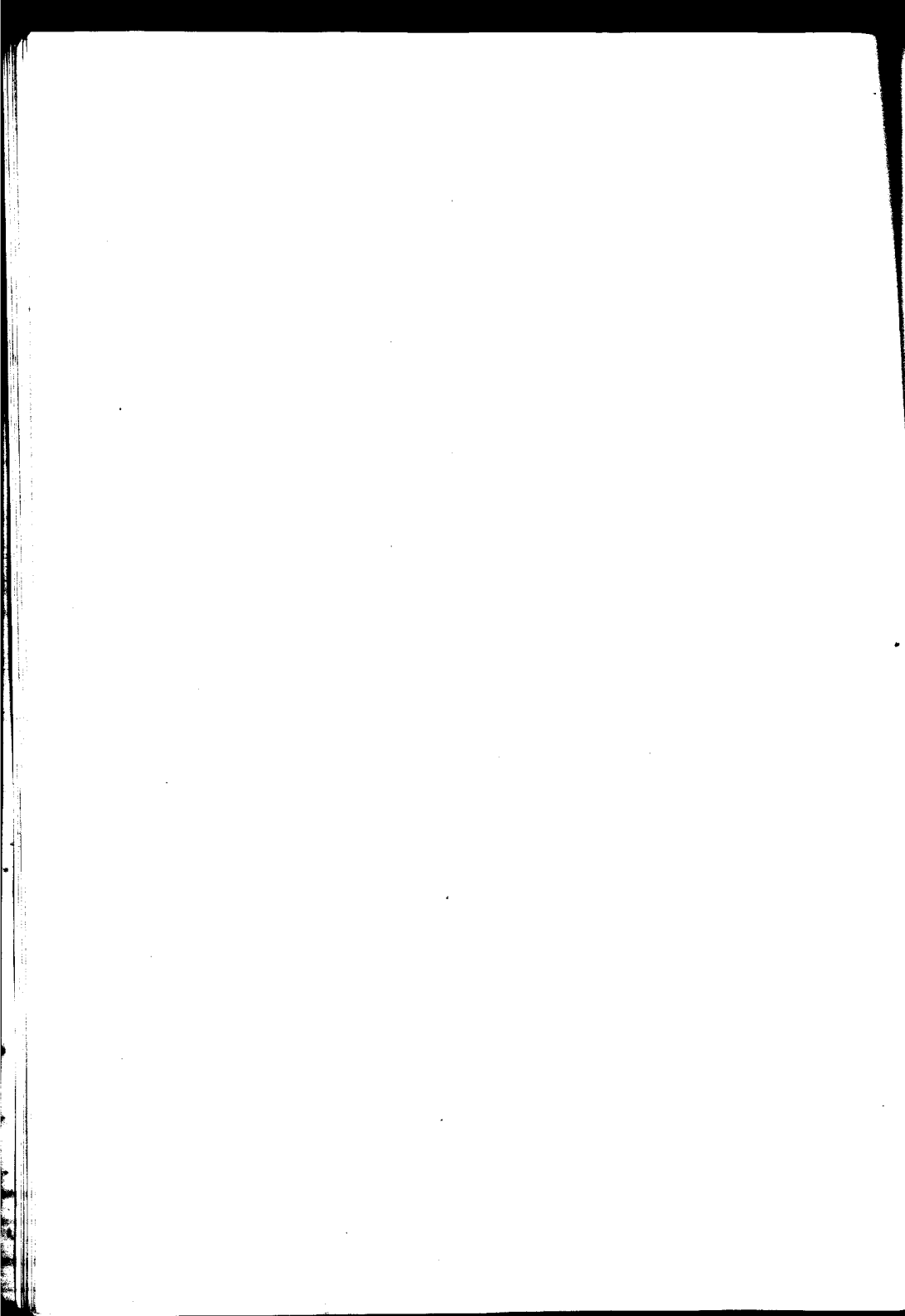
Segundo año:

Parto fisiológico..... » MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica..... » FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



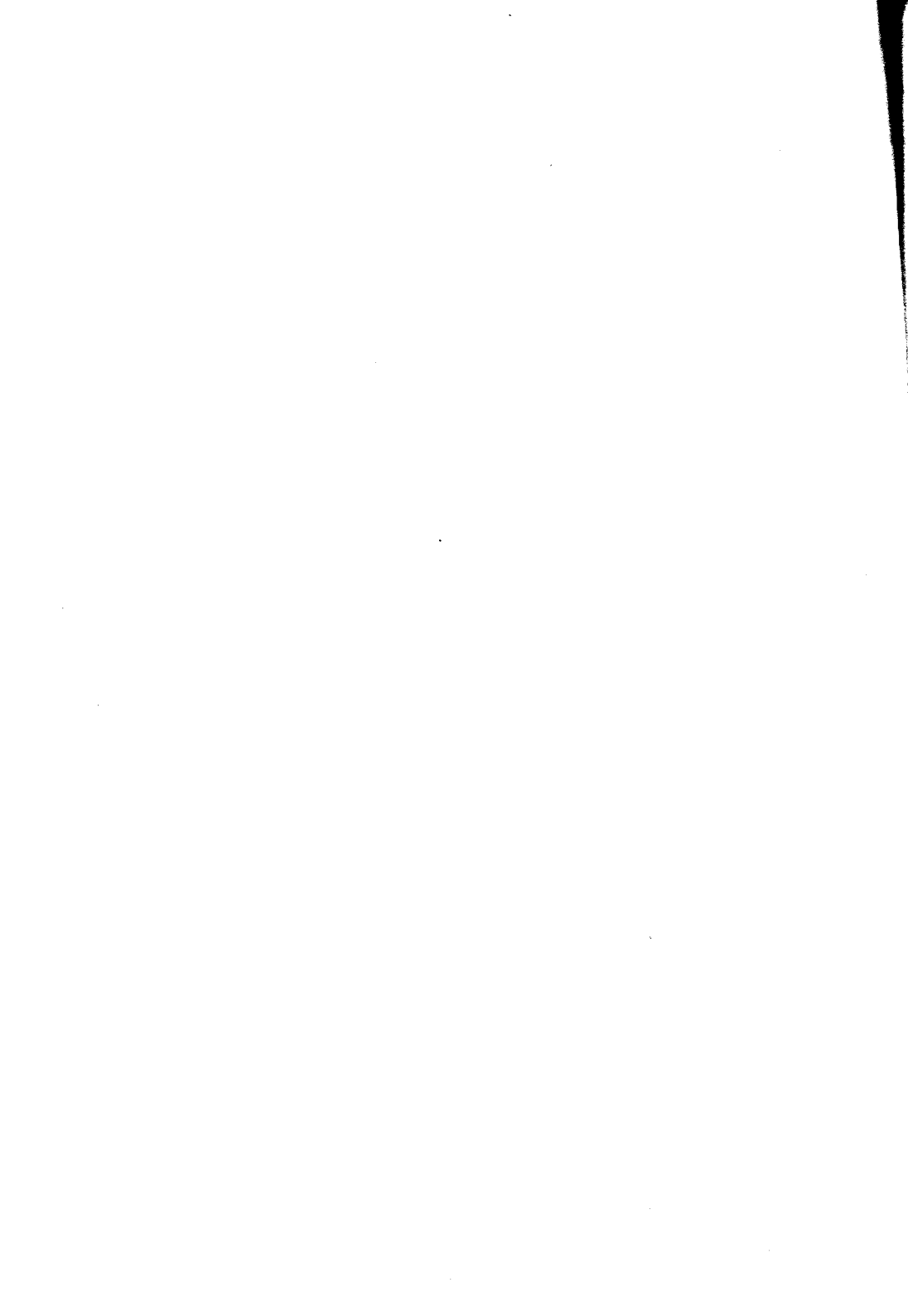
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas . . .	DR D. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante).
Técnica farmacéutica (primer curso)	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. D. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso)	DR. D. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general, Anatomía y Fisiología comparadas	DR. D. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica	{ SR. D. PEDRO J. MÉSIGOS
	{ DR. D. LUIS GUGLIALMELLI
	{ SR. D. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
Química analítica general	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ
Farmacognosia especial	SR. D. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas	---
Mineralogía y Geología	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos)	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología)	---
Física general	---
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal	» JUAN B. SEÑORANS.



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

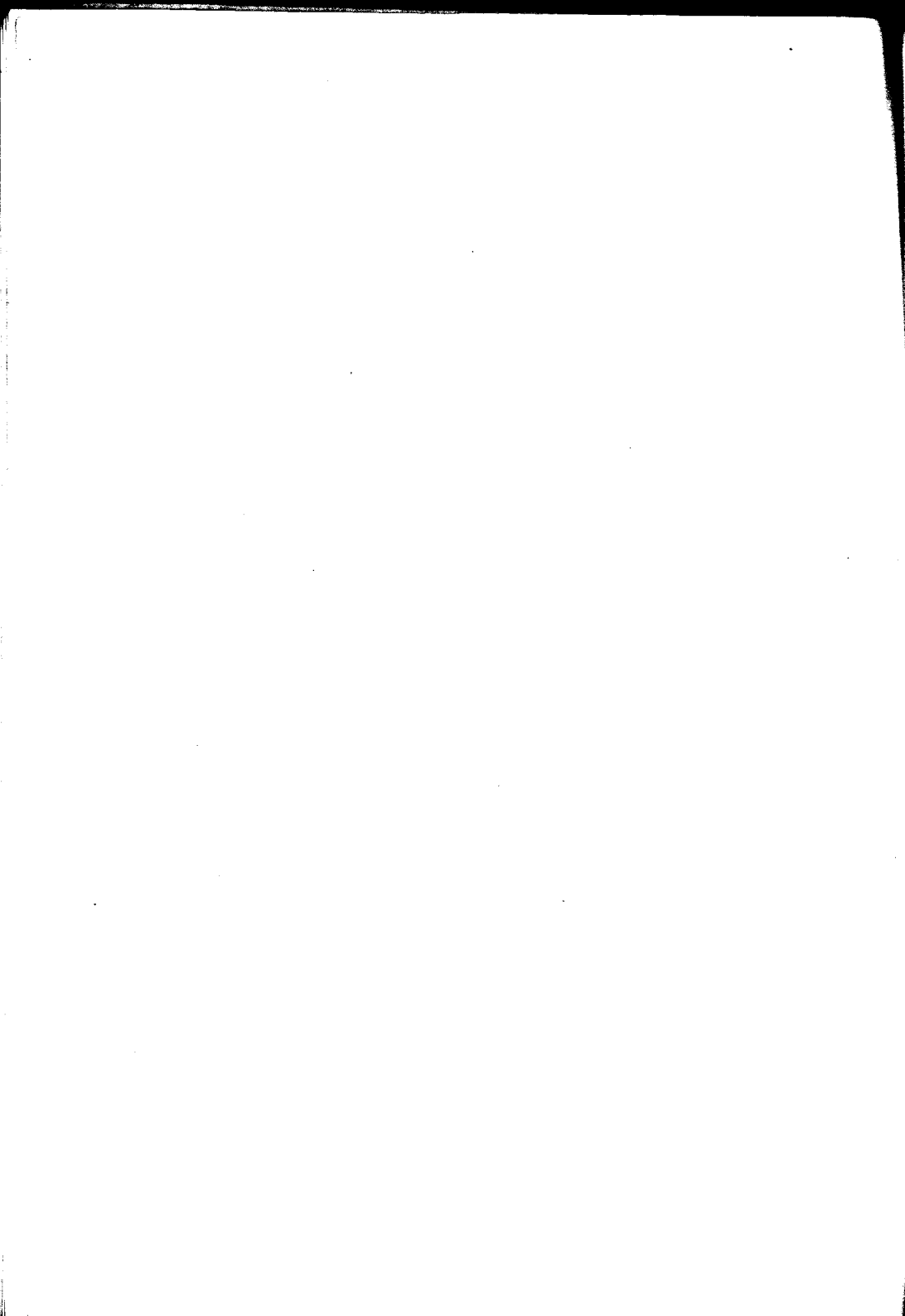
Asignaturas

Catedráticos titulares

1. ^{er} año	DR. D. RODOLFO ERAUSQUIN
2. ^o año	» » LEON PEREYRA
3. ^{er} año	» » N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental	SR. » ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. D.	ALEJANDRO CABANNE
» »	TOMÁS S. VARELA (2. ^o año)
SR.	JUAN U. CARREA (Prótesis)
» »	CORIOLANO BREA (Prótesis)
» »	CIRO DURANTE AVELLANAL (1. ^{er} año)



PADRINO DE TESIS

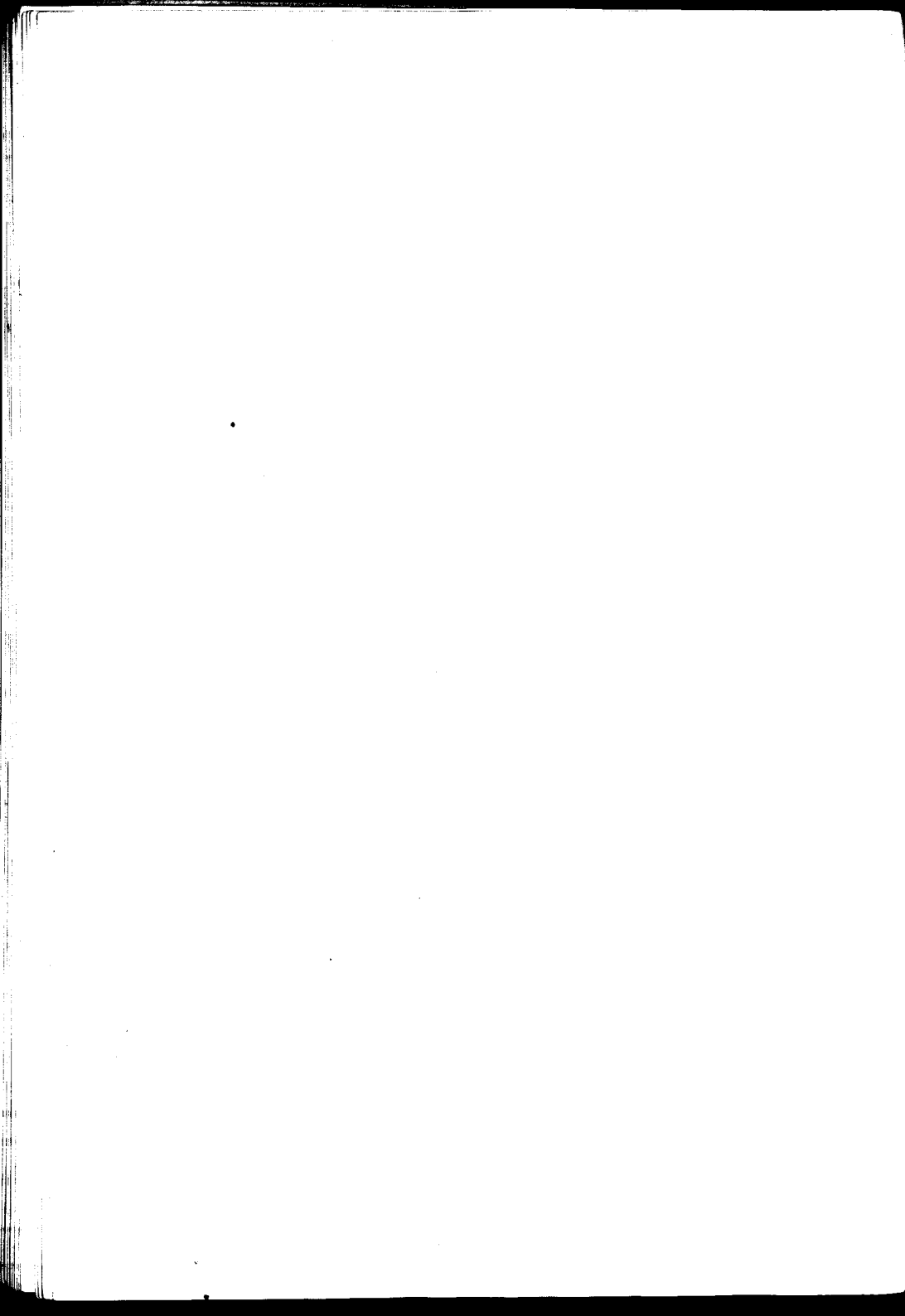
DOCTOR PEDRO GROPPA



A MIS PADRES



A LOS MIOS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Someto a vuestra consideración como requisito indispensable para optar al título de Doctor en Medicina, el presente trabajo «Heridas del bazo», tema elegido a raíz de la rara coincidencia de haberse producido varios casos en las pasadas huelgas ferroviarias y frigoríficas.

La misión que ella lleva no es la de dilucidar conceptos, ni establecer normas a seguirse en tales casos, lo que sería vana pretensión, sino a cumplir con las prescripciones reglamentarias.

Vaya mi agradecimiento a todos aquellos que tanto en la cátedra como fuera de ella supieron inculcarme los conocimientos que poseo.

Al Dr. Pedro Groppo, que me acompaña como padrino

de tesis, y que como jefe del servicio al que pertenezco supo en todo momento allanar las dificultades que se presentaran, con una claridad y sencillez dignas del mejor elogio, mi sincero homenaje.

Al amigo y compañero José H. Bassi, mi más sentido aprecio por haberme inspirado con el ejemplo, a la realización de los fines propuestos.

A mis exjefes, médicos y compañeros del Hospital Fiorito, mi profundo reconocimiento.

ETIOLOGIA

Las heridas del bazo son relativamente raras, sobre todo si se tiene en cuenta la frecuencia con que aparecen heridas las demás vísceras abdominales lo que, podría explicarse por su situación profunda encerrado en una verdadera celda limitada por delante por el estómago, por el riñón hacia atrás, hacia abajo por el ángulo izquierdo del colon, el diafragma hacia arriba y la pared costal por fuera, o bien puede ser que un buen número de heridas acompañadas de alteraciones de otros órganos han debido pasar desapercibidas lo que indicaría el por qué del pequeño número de heridas que han sido descritas y que sirvieron a Quenú, Villar y Fevrier para escribir sus importantes artículos.

Sin embargo después que las heridas del abdómen sino mejor conocidas al menos mejor tratadas por una intervención quirúrgica activa, el número de casos de heridas de bazo publicados ha crecido en proporción bas-

tante considerable. Es difícil darse exacta cuenta de las frecuencias de las heridas. En tiempo de guerra, parece poco frecuente. Es así que, en la guerra de secesiones, sobre 253.142 heridos no se encuentra más que 29 heridos de bazo y en la armada Alemana en la guerra de 1870, sobre 99.566 heridos no hay más que 4 Béger, calculando la relación entre el peso del bazo y el peso total del cuerpo (0.27) encuentra que han debido observarse 683 heridas de bazo en la primera y 269 en la segunda. Pero hace justamente notar que la gran mayoría de los heridos atacados de herida del bazo sucumben sobre el campo de batalla con gran rapidez lo que hace que sea ínfimo el número de heridos vistos por los cirujanos. Es muy interesante mirar la frecuencia de los heridos de bazo con relación a los heridos del abdomen, para lo que reuniremos algunas estadísticas. Hagen Torul (*Deutsche Zeitschs für Cirujie* Bd. 92. 1908) reúne 96 heridos de bala de abdomen, nota 8 heridos del bazo 2 heridos aislados y 6 combinados de heridas de otros órganos.

Kohl (*Deutsche Zeitscr für Cirujie* Bd. 95 1908) no observa ningún caso sobre 11 heridos. Finkelstein admite que la herida del bazo se encuentra en un 4 por 100 de los casos más o menos, dependiendo la frecuencia con la naturaleza de la herida 5.8 % para las heridas por arma de fuego y el 0.75 % para las producidas por arma blanca.

Jaukowsky, da la estadística de los hospitales de Riga durante muchos años y llega a los resultados siguientes:

34 heridos de abdómen por cuchillo 1 herido de bazo 3 ‰
75 » » » » bala 5 » » 6.66 ‰

R. Bromwell Branch Aunals of Surgery Aout 19 11. vol Liv recoge 48 heridos penetrantes del abdómen por bala encontrando solamente una vez herido de bazo. Edler sobre 1072 heridos viscerales de abdómen por balas, no observa más que 2.77 ‰ de heridos del bazo.

Guibé en 4 años recogió 28 heridos de abdómen, sobre estos 28 heridos había 17 heridos de bala entre estos 4 veces el bazo había sido lesionado lo que da un porcentaje de 23.5 por 100 evidentemente exagerado.

La frecuencia de los heridos de bala en relación a los otros heridos traumáticas del bazo; Edler en 1887 dando 160 observaciones donde 83 ropturas traumáticas 52 ‰ y 77 heridos (48 por 100) sobre estos 77 heridos había 35 heridos (22 ‰) de cuchillados y 42 heridos (26 ‰) balazos. Pero si se excluye de la estadística los heridos por bala de guerra de la secesiones no se encuentra menos que 13.4 por 100 de heridos por arma de fuego. Meyer en 1878 da 17 ropturas y 3 heridos por arma blanca y 16 balazos.

Vanverts en 1897 da 17 ropturas y 3 heridos intervenciones (15 por 100, Auvrier en 1901 45 ropturas y 9 heridos 16.6 por 100) Fevier en 1901 56 ropturas 6 heridos por arma de fuego 9.7 ‰.

Berger en 1902 90 ropturas 18 heridos por armas de fuego y 19 heridos por arma blanca. (14 por 100).

Petroff en 1906 45 heridos por arma de fuego contra 31 por arma blanca. Berger en 1907 118 ropturas traumáticas 43 balazos y 30 heridos por arma blanca (18 %).

Johnstow en 1908 desde 1900 96 ropturas 11 heridos por bala 6 por arma blanca (9 por 100).

Finkelnsteim en 1908 dice que los heridos por la bala serían 8 veces más frecuentes que los heridos por arma blanca (0.75 y 58 por (100).

Planson 1909 estima la frecuencia de las rupturas de 70 a 85 por 100 de las lesiones traumáticas del bazo en lo que respecta a nuestra estadística de observación son también relativamente escasos los casos de herida de bazo. De los numerosos casos intervenidos durante nuestra estadía en el Hospital de Avellaneda hemos observado muchos casos de heridas de vientre o contusiones, en todas ellas se ha aplicado un criterio francamente intervencionista, solo se han hallado 5 casos de heridas del bazo por bala todas ellas complicadas con heridas de otros órganos y una contusión con ruptura de él. (Véase historias) de los heridos solo uno sobrevivió los demás fallecieron y la ruptura operada con estirpación del órgano en la actualidad después de tres años se halla perfectamente bien.

No queremos con esto decir que hayan sido los solos casos pero si que habrá habido otros casos, pero ellos han llegados al servicio por cadáveres y como no es posible aplicar la autopsia por asi impedirlo requisitos legales, la estadística es incompleta.

El sexo y la edad parece tener cierta relación con la

mayor frecuencia de las heridas, sobre todo las heridas producidas por armas de fuego, así tenemos que hay un gran predominio en favor del sexo masculino puesto que sobre los 84 casos en que (Guibé) conoce el sexo encuentra 66 hombres por 18 mujeres o sea exactamente 36 contra 1 aun esta proporción sería mucho mayor sinó se considerara mas que las heridas accidentales y si un factor particular no viniese a jugar un rol capital, el suicidio que se observa en la mujer con una frecuencia muy superior proporcionalmente al número de accidentes.

Es por esto que sobre 18 mujeres teniendo una herida del bazo por bala 9 veces se trata ciertamente de tentativa de suicidio, y en los otros 9 casos hay probablemente algun otro de suicidio.

Desde el punto de vista de la edad es curioso hacer notar que son los jóvenes los heridos. Sobre 66 observaciones en que se han anotado las edades de los heridos encontramos 16 de menos de 20 años, 40 de 21 a 30, 6 de 31 a 40, 4 de mas de 41 años; de donde 56 casos de menos de 30 años, es decir mas de 5/6.

Es difícil decir a que obedece esta particularidad. Sin duda los jóvenes mas curiosos, menos prudentes, están puede ser mas expuestos que los adultos.

Las lesiones traumáticas son de dos clases según sean producidas por un instrumento contundente o punzante y cortante. Tales son las rupturas y heridas del bazo.

Sin dejar de hacer notar la existencia de un grado menor de intensidad de la lesión a la que Verneuil de-

nomina contusión simple del bazo, esforzándose en darle fisonomía clínica, describiéndola de la siguiente forma: Lesión caracterizada por un dolor que radica en el hipocostrio izquierdo que se irradia hacia los lomos y los miembros inferiores y va acompañado de un aumento de volúmen del órgano y de acceso de fiebre tipo cotidiano. El no se apoya a decir verdad, en ninguna observación anatómica pero cree que los sintomas de la esplenitis que siguen a la contusión serían bastantes significativos para autorizar a llevar un diagnóstico afirmativo:

De donde el bazo puede bajo la influencia de una contusión de la pared toraco abdominal sufrir diferentes alteraciones de estructura yendo de una simple infiltración sanguínea a la desgarradura mas completa y a la reducción del órgano a una papilla, (como pasó en uno de nuestros casos).

A veces las lesiones son ocasionadas por un fracmento de costilla que se hunde en pleno tejido esplénico; tal fué el enfermo de Campbell en que una costilla fracturada habia atravesado el diafragma, el ilion y habia hecho una ancha desgarradura del bazo; pero no es siempre necesario que la cintura ósea sea fracturada o si ella lo es que un fragmento juegue el rol de especie de instrumento punzante subcutáneo, como en el caso anterior, para que se produzca una lesión del órgano.

El bazo es indirectamente contusionable y desgarrable sin grandes lesiones primitivas de la pared toraco abdominal como pasó en el primero de nuestros casos.

Los traumatismos en general que recaen en la base izquierda del torax o en el abdomen pueden y son los que generalmente lo hacen producir lesiones del bazo llegando en la mayoría de los casos a la ruptura del órgano.

El bazo sano requiere un traumatismo considerable para sufrir una ruptura que interese a la vez la envoltura y el tejido bascular del órgano. Estos accidentes se observan en los grandes traumatismos del torax y del abdomen. Una rueda de un automóvil rompe varias costillas y el bazo es alcanzado así como el hígado y el riñón; caso de Ziembicki Soc. Anot. 1872, en que un carretero es volteado por un gran automóvil el que le pasa sobre el cuerpo fracturándole 7 costillas, muere a las 14 horas, y en la autopsia se le encuentra una vasta desgarradura del riñón del hígado y del bazo que estaba reducido a papilla. Se señala esta complicación a continuación de una caída de un lugar elevado como el caso presentado en la sección del 22 de Noviembre de 1905 a la «Societe de Cirugíe» por M. Latouche, en que un niño de 10 años de edad jugando sobre el parapeto de un puente pierde el equilibrio y se precipita desde la altura de 5 metros sobre el pavimento, cayendo sobre el costado derecho; encuentra una piedra que va a chocar con violencia en un punto de su abdomen, produciéndose la ruptura amplia del bazo. Golpe de timón caso presentado por M Fontaynout a la «Societe de Cirugíe» en la sesión del 18 de Enero de 1905; de un golpe de pié en el hipocondrio; de

un golpe de piedra Sotis, Gazette Med., 1840; de una patada de caballo Berger, Gazette Med., 1843; aplastamiento entre dos carruajes o choque violento contra uno de ellos como pasó en nuestro caso primero, en que Isolina Basido de 5 años y medio de edad es golpeada por un carrito de mano que usan los panaderos, produciéndole una contusión complicada de ruptura del bazo. En estos diferentes ejemplos la violencia del traumatismo es suficiente para explicarnos la importancia de la lesión y la ruptura puede ser realmente calificada de traumática.

Hay casos en que es todo lo contrario; la ruptura sobreviene después de una contusión lijera, a veces insignificante, o todavía a continuación de un esfuerzo, de un acceso de tos o de vómitos. En fin, a veces se hace de una manera espontánea sin que medien circunstancias a las cuales se les puede atribuir.

En todos estos casos una nueva condición patológica interviene la alteración primitiva del bazo, siendo la que más predispone a la ruptura del órgano; en primer término aquellas que se observan en las infecciones palúdicas y más raramente en la fiebre tifoidea. De lo que se deduce que la ruptura espontánea o por causa insignificante, en relación al efecto, se observa con mayor frecuencia en los países en que el paludismo existe.

Los proyectiles de guerra que no alcanzan directamente el órgano, pueden también producir su rotura. Se concibe, por ejemplo, que un grueso casco de granada golpee con violencia los lomos o la base del torax iz-

quierdo, pueda producir una fisuración de la glándula con el mismo título que todo otro traumatismo de estas regiones; así es que a veces se llega a comprobar que el bazo está roto, encontrándose el trayecto del proyectil que permite afirmar que no ha podido lesionar el órgano por contacto. Esto mismo se observa en otros órganos, riñón é hígado.

Entonces la herida del bazo puede, desde luego, no ser la consecuencia directa del balazo; excepcionalmente, en efecto, la herida no ha sido producida más que indirectamente por el proyectil, el que, sin alcanzar el bazo y herirlo directamente, puede producir la rotura por contusión. Elder cita dos casos: uno es debido a Otis, en que se trata del choque de una bomba, no estallada, contra el lado izquierdo del abdomen, habiendo determinado un estado de choc marcado pero sin equimosis. La muerte sobreviene al cabo de 44 días. En la autopsia se encuentra sobre la cara inferior del diafragma un absceso lleno de pus caseoso y fétido, extendiéndose hasta la región iliaca; el bazo estaba roto en dos partes.

El segundo caso (Gahde *Deutschen Militararztliche Zeitschrift*, 1873): Un soldado recibe un balazo que, después de haberle fracturado el radio izquierdo, le hizo una herida en sedal de la región esplénica. Al cabo de 45 días aparece la fiebre y los signos de absceso de la región esplénica, y al cabo de ocho días se declara una peritonitis difusa que no tarda en llevarse al herido. La autopsia revela un absceso, habiendo ulcerado el bazo y

varios abscesos en el mismo que se habían abierto en el peritoneo.

En cuanto al mecanismo de estas roturas a distancia, no es siempre evidente; los más amenudo es el choque por sí mismo que ha actuado; la explicación es simple cuando se trata de un cuerpo de grandes dimensiones, mas en algunas circunstancias es necesario hacer intervenir otros elementos; habiéndose invocado en particular la contracción muscular violenta, que se produce cuando la pared es brutalmente sorprendida por el agente vulnerante; el aumento del volumen y mas aun las modificaciones de estructura y de consistencia del órgano, que, a parte de exponer al herido a una rotura, dificulta o hace imposible cierta clase de intervenciones, como sería una esplenorrafia, por ejemplo, en una herida del bazo, dado la friabilidad que el órgano adquiere en estos casos.

Las heridas del bazo comprenden las lesiones producidas por armas blancas, desde la puñtura y la punsion hasta las secciones más o menos extensas y las lesiones producidas por armas de fuego.

Las heridas por instrumentos punzantes o cortantes, son ocasionadas por diversos agentes vulnerantes; se han señalado varios ejemplos de heridas por trocar en el curso de una punción efectuada a objeto de extraer líquido ascítico; otras por cuchillo, y, en fin, otras por los diversos instrumentos de guerra, tales como los sables, espadas y bayonetas, no estando demás hacer la salvedad que esta clase de heridas se ven en reducido número de casos,

a tal punto que J. Fiolle, en su reciente artículo sobre heridas de guerra del bazo, confiesa no haber visto jamás heridas del bazo ni del mismo abdomen por bayoneta.

Las heridas del bazo por balas se observan en tres condiciones diferentes: por falta de destreza en el manejo de un revólver en un ataque, heridas de guerra o atentados criminales o después de una tentativa de suicidio.

Esta última condición se encuentra muy frecuentemente realizada, no encontrando menos de 36 tentativas de suicidio (Guibé) netamente indicadas, sin contar los casos en que no se hace cuestión pero es probable.

Es muy difícil de explicar la frecuencia de este factor; en efecto, el sujeto que busca suicidarse con un revólver, se esfuerza siempre de tirarse el tiro en el corazón, y, por consiguiente, dirige siempre el caño de su revólver hacia la parte izquierda de su torax, de manera a atravesarlo de adelante atrás.

En otros, el punto de elección es la parte en que late la punta del corazón, y el tiro es casi siempre disparado bastante a la izquierda y bastante bajo en el pecho.

Se concibe que, a menos de seguir un trayecto ascendente, lo que es muy raro, la bala tiene toda la probabilidad de penetrar en la cavidad abdominal, de atrevesar la zona sud-diafragmática izquierda, en la que justamente se encuentra el bazo.

A veces, en ciertos casos, la bala puede no producir más que una simple contusión del bazo, como en el caso siguiente, descrito por Graham: mujer de 60 años, tiro de revólver

disparado por su marido en una locura de celos. Pocos dolores abdominales, pero choc marcado. Pulso, 120. Temperatura, 36.1. Respiración, 30, superficial. La herida situada en la parte inferior del hipocondrio izquierdo, produciéndose por ella una abundante derrame de sangre. Después de transportarla al hospital, se le practica una laparatomía. Poniendo la enferma sobre la mesa de operaciones, se apercibe que los dos miembros inferiores están paralizados. Se interviene. Primera incisión al nivel de la herida; segunda incisión sobre el borde del recto, extendiéndose del reborde costal hasta la altura del ombligo. Hay una hemorragia intraperitoneal muy marcada, que proviene de una vena cerca de la inserción del ligamento freno cólico al bazo.

Existe, a más, sobre el ángulo esplénico del colon, una herida lineal incompleta, que es suturada con catgut. A lo largo del borde anterior del bazo, se nota una equimosis considerable pero sin herida; en fin, existe una herida de diafragma.

Se hace la ligadura de la vena, y, como luego no da sangre, se cierra la herida dejando un drenaje.

Muerte al cabo de 36 horas.

En la autopsia se encuentra la médula seccionada por la bala.

Las heridas del bazo no son forzosamente heridas a predominio de tipo ventral; el bazo por su situación y sus conexiones es un órgano torácico tanto como abdominal, la prueba la tenemos en que mas de la mitad de las he-

ridas esplénicas corresponden a las heridas etiquetadas de heridas de pecho.

Todas las heridas penetrantes pueden alcanzar el bazo; así tenemos en una observación de Bouvier Candrelier, Sc. Cirugía 1915; en que el proyectil que lesiona el órgano había penetrado por la fosa iliaca derecha, pero esto es una excepción y casi siempre se trata solamente del piso superior del abdomen es decir, de la zona situada por arriba del colon transverso.

Lo mismo se han citado casos de herida esplénica por proyectiles que han penetrado por el vertice del torax. Pero en regla general los orificios de penetración mas a menudo notados son: hipocondrio, izquierdo, reborde costal, los lomos, las 5 últimas costillas o espacio intercostales sobre todo el 7.º, 8.º y 9.º, o del lado izquierdo mas raramente el epigastrio, hipocondrio derecho, y la base del torax derecho.

¿Como actúan los proyectiles sobre el parénquima esplénico? Cuando una parte de la superficie es directamente alcanzada por el proyectil la herida es variable de forma y de extensión según muchas circunstancias; el volumen del agente vulnerante tiene aquí una importancia especial; en un órgano friable lleno injurjitado de sangre como el bazo, los pequeños estallidos de obús solo pueden hacer un túnel regular sin provocar estallidos, mas por poco considerable que sea el volumen del cuerpo extraño el órgano estalla.

Cuando se trata de una bala. la fuerza viva juega el

rol principal; las balas llegadas de lejos pueden no provocar roturas considerables mientras que aquellas que han sido disparadas a corta distancia provocan en el parenquima desórdenes extensos. Siendo aún mas peligrosas aquellas balas que antes de tocar el bazo han chocado con el plano resistente de una costilla caso anteriormente citado.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

Nada es mas vago que los síntomas de las heridas del bazo. Tal es así, que ordinariamente su existencia no puede ser mas que sospechada, encontrando en muchos casos muy simples en apariencia carencia en absoluta de signos inmediatos o si los hay no corresponden a la realidad anatomía de la lesión.

Los síntomas son variables inconstantes y a veces paradójales.

Tendremos en cuenta dos órdenes de síntomas; 1.º de acuerdo al trayecto de la herida que permite afirmar o por lo menos creer que el cuerpo vulnerante ha atravesado la región esplénica, 2.º por los signos propios a las lesiones del bazo.

Se podrá tanto mas seguramente afirmar la herida del bazo cuando el trayecto del proyectil sea mejor conocido. Es justamente el caso en que existe a la vez un orificio de entrada y otro de salida, o cuando en lugar de

este se puede constatar la existencia de la bala bajo la piel. Si se traza una línea ficticia uniendo directamente los dos puntos y si esta línea llega a atravesar la parte superior y posterior del hipocondrio izquierdo habrá grandes probabilidades de que el bazo se halle atravesado.

Cuando por el contrario no se tiene como punto de reparo mas que un orificio de entrada, desconociendo el trayecto seguido, el diagnóstico quedará en la vagueda.

Pero conviene hacer notar, que cuando la herida asienta en la región esplénica hay motivos para creer en la posibilidad de la lesión del bazo, quedando por el contrario en situación problemática cuando uno se separa de esta zona. Entendiendo por región esplénica la proyección del bazo sobre la pared toracica que quirúrgicamente se puede considerar como tal el paralelogramo comprendido entro la VIII y XI costilla de una parte la línea de las apofisis espinosas y la línea axilar anterior de otra. Los signos propios a las lesiones del bazo en realidad están todos bajo la dependencia de un factor único, la hemorragia, puésto que el dolor no presenta aquí nada de particular.

La hemorragia que se hace por la herida exterior no merece mas que ser señalada; a menudo mínima o nulo no tiene en sus modalidades ni en sus caracteres de sangre que se derrama, nada que permita hacer el diagnóstico de herida de bazo.

Los signos dependen sobre todo de la hemorragia in-

terna, cuando esta es abundante se caracteriza por los signos habituales de las hemorragias graves, mas aunque es creencia general que las heridas de un órgano vascular como el bazo deba manifestarse con signos de hemorragia a veces no hay el menor signo de esta a no ser que se trate de una herida de los grandes vasos del íleo caso en que en breve plazo lleva al herido a la muerte, lo que indica que no es indispensable que las lesiones esplénicas den siempre e inmediatamente lugar a una hemorragia suficiente para que se presenten signos generales apreciables a tiempo. Por otra parte puede haber lesiones de otra viscera abdominal (hígado) o un vaso bastante importante para dar una hemorragia grave.

De donde es imposible afirmar una lesión del bazo por este solo signo. Es necesario saber que la hemorragia por herida de bazo tiende desde un principio a la formación de un verdadero hematoma periesplénico que puede ser clinicamente apreciable. Este hematoma se llega a comprobar percutiendo con cuidado la región esplénica a fin de despertar su existencia cuya constatación sería un gran apoyo para el diagnóstico. Este hematoma ocupa la región esplénica desbordando de todos lados los límites del bazo normal de dos a tres traveses de dedos a medida que el aumento tiende a decender hacia el flanco izquierdo de la región hipogástrica donde la matitez se revela a fuerza y medida que la sangre se colecciona. La sangre derramada en la cavidad peritoneal debe ser considerable para dar signos apreciables a la percusión. Es necesario recor-

dar que el derrame por la herida de pulpa esplénica es un signo pato neumónico de herida del bazo y que no se presenta si nó por excepción (Beltrani) citado por Schaefer.

La contractura abdominal y el dolor a la presión son síntomas que deben también llamarnos la atención. Se percibe que estas manifestaciones peritoneales que si bien no nos indican lesiones de bazo si nos dicen perforación de peritoneo, son sobre todo marcados en el hipocondrio izquierdo, las otras zonas reaccionan también pero con una menor intensidad lo que es presunción en favor de la herida de un órgano aséptico, del bazo particularmente si no hay trastorno urinarios como ser hematuria lo que nos indicaría que el órgano lesionado sería el riñón.

Los signos de peritonitis se acentuan ordinariamente bastante ligero si el tubo digestivo ha sido abierto.

Por el contrario la reacción aséptica que provoca por parte de la serosa la presencia de sangre tiene tendencia a atenuarse poco a poco. Pero no se puede uno atener a los resultados de la evolución para tomar una decisión.

Radioscopia.—El examen radioscópico en las heridas de bala es de importancia capital siendo a menudo el principal elemento de diagnóstico. Tengamos por ejemplo un herido atacado a nivel del noveno espacio intercostal izquierdo un poco por atrás de la línea axilar presentando a la pantalla una sombra del proyectil por debajo del diafragma, el examen localiza el proyectil a 10 centímetros de profundidad con relación a la pared posterior

sobre el mismo plano horizontal de la herida, en estas condiciones hay casi la certeza de que el bazo ha sido atravesado o por lo menos alcanzado. En cuanto a fijar en cifras la penetración necesaria que debe efectuar un cuerpo extraño para llegar al órgano, es un poco difícil dado a los diversos factores de apreciación variable que intervienen, como ser: espesor de la pared, situación del bazo y sobre todo variabilidad de profundidad a que se encuentra la viscera. Algunas veces da resultados más categóricos pues la sombra del bazo es ordinariamente visible a la pantalla siendo posible que el radiógrafo afirme que un cuerpo extraño se encuentra en el bazo, caso de Henri Beclère en que pudo localizar en un herido un cuerpo extraño sobre el hilio del órgano; permitiendo la operación constatar en el efecto que la glandula había sido atravesada de fuera a adentro.

Los proyectiles del polo superior que se desplaza a cada movimiento respiratorio por el va y ven del diafragma son especialmente reparados caso de Beclere en un operado de M. Duval, en que pudo determinar que un pequeño casco de obus se encontraba a ese nivel.

Sin embargo no hay que pedir a este procedimiento de investigación una certitud absoluta, debiéndose en un gran número de casos contentar con un resultado aproximado; siendo preciso no olvidar que los diversos elementos que se han podido recoger en los exámenes por otros medios de exploración a nuestro alcance se comple-

mentan mutuamente lo que no deja de tener un cierto valor en el diagnóstico.

Como podemos ver por lo que anteceden no es cosa fácil sentar diagnóstico categórico y preciso de herida de bazo, pero felizmente en la práctica es raro que sea necesario sentar firmemente el diagnóstico de herida de bazo. la sola cosa indispensable que ha de buscar el cirujano es la indicación operatoria, viniendo en segunda línea y bien lejos, como importancia detrás de este primer punto, el diagnóstico de la viscera lesionada.

TRATAMIENTO

Dada la sintomatología y consecuencia de una herida de bazo ya sea por contusión o ruptura por golpe o herida penetrante dos factores hay que tener en cuenta. 1.º La hemorragia producida por lesión del órgano y 2.º el tratamiento con que debe hacerse con él. No se puede precisar generalmente la lesión del bazo como hemos dicho pero; si hay una contusión con supuesta lesión de vísceras, hemorragia peritoneal o una herida de arma blanca o bala de la región indica síntomas parecidos una sola indicación queda por llenar el tratamiento operatorio es el único medio de elección.

Toda herida de vientre, merece un tratamiento quirúrgico, es mejor abrir sin encontrar lesión visceral, que cometer una sola vez la falta de no hacer la operación dice Wassilieff, un fracaso por no intervenir no justifica ningún éxito obtenido por la expectación. La cirugía ha avanzado más reciente y si esta indicación hacía el cirujano

ruso hace 15 años no digamos los éxitos que se obtendrán en la actualidad con el gran paso dado por la cirugía las modificaciones, apartadas a la técnica hacen que se hayan alejado muchos peligros.

Nada aconseja por otra parte la expectación ya que nada se ha hecho para hacer seguro el diagnóstico de una lesión de peritoneo sin lesión visceral, nadie puede garantizar y la tentativa de Yen para el diagnóstico de las heridas del tubo digestivo es más peligrosa que el éxito que puede aportar. Apesar de todo debe recordarse lo que decía Chapuit, que ésta clase de intervenciones de urgencia deben ser hechos por cirujanos habituados a manejarse en vientre, que posean amás un buen instrumental quirúrgico y que los cuidados posoperatorios que se deben hacer a los enfermos sean factibles. Es tal vez la más difícil de la cirugía, el cirujano sabe que debe abrir un vientre, pero su exploración se dificulta por la anestesia generalmente mala ya que se trata de enfermos que no están preparados y más que todo, debe andarse rápido pues en la mayoría de los casos el tiempo que se gana es uno de los factores mayores de éxito. Los fracasos producidos por la falta de atención a cualquiera de estas indicaciones, no hacen sino justificar lo que hemos enumerado pero nunca indican la separación a la regla general

No se ha llegado a adoptar este criterio general, sin antes haber sostenido una verdadera batalla de discusión con los abstencionistas, los cuales no pueden argumentar en su favor, o bien que posean una sagacidad clínica tan

grande que les permita diferenciar una herida de vientre con o sin lesión visceral, o de no, el hecho de haber observado, como regla general para ellos, heridos de vientre en cantidad sin lesión visceral; francamente, lo primero no es lo que puedan aducir la mayoría de los cirujanos; lo segundo es verdaderamente la excepción; tampoco puede argumentarse en favor de la abstención operatoria; el estado de choc de los enfermos. El es debido, precisamente, a la herida, que es portador, y poco o nada va a modificarse su estado, esperando; ¿qué modificación se obtendrá de un enfermo que es portador de una desgarradura del bazo y de una buena hemorragia peritoneal, esperando, a base de inyecciones de suero, hemostáticos y demás? Ninguna.

De esto se desprende, como es lógico, que una herida de bazo, por lo general, cuando ella es simple, o sea sin lesión de otro órgano, debe tratarse la lesión visceral y la hemorragia peritoneal; veremos más adelante la conducta a adoptar en ambos casos.

Si la indicación operatoria, es la conducta a seguir en todos aquellos casos en que existe una herida de bazo por arma blanca o una herida de bala, no es tan fácil el diagnóstico cuando se trata de una contusión de vientre, no sólo en la relación esplénica sino también en cualquier órgano. Los contusos de vientre llegan al hospital con un franco síndrome peritoneal, facies demacrada, dolor, gran defensa muscular, pulso frecuente. Su examen es

dificultado por el gran dolor; hay vómitos, y, sin embargo, no se puede precisar una lesión de víscera.

Recordamos de varios casos de niños, a quienes, patada de caballo, caída de carros pequeños y haber pasado la rueda por su vientre, han llegado en ese estado; sin embargo, el reposo, una bolsa de hielo, modifica el estado al cuarto o quinto día; habiendo, en muchos casos, llegado dicho estado a hacer pensar en la indicación de una intervención.

No recordamos ningún fracaso de abstenerse en estos enfermos, en ocho o diez casos que hemos observado internamente. El hecho tiene su explicación; la masa intestinal, dada su estructura, su contenido de aire soporta bien esta clase de traumatismo, pero cuando él se hace en la zona de una víscera sólida, hígado, mismo bazo, los casos cambian; a los fenómenos peritoneales de choc se agregan los síntomas de una buena hemorragia, y de ahí se desprende la indicación operatoria.

De lo que hemos podido ser muy conservadores, es en lo que se refiere a los traumatismos de riñón; una hematuria, siempre que ella no sea a repetición, no es suficiente para indicar una intervención, y esto se explica; una simple desgarradura de riñón, hace caer siempre en cantidad en la pelvis renal, para que ella alarme, pero, a las veinticuatro horas, si ella no se repite en cantidad apreciable, todo andará bien con el simple reposo.

No sucede lo mismo con las heridas de bazo; su cápsula, fuertemente adherida, hace que ella se pompa con-

juntamente con el parenquima; su estructura especial y su gran bascularización, hace que una hemorragia apreciable se efectúe, y la indicación operatoria está planteada. Cuando la herida de bazo llega a producir una apreciable pérdida de sangre, ella se aloja en la fosa ilíaca izquierda, de preferencia; pero, si ella es muy grande, ocupa las dos fosas, y cuando se trata de una verdadera inundación, el vientre toma una forma especial de elevación marcada.

Una contusión de vientre en la región esplénica, sin síntoma de una gran hemorragia, permite adoptar un temperamento conciliador; la expectación, haciendo al enfermo las indicaciones que son de práctica, suero, bolsa de hielo, hemostáticos a base de emetina, es la indicación, y si los síntomas de una gran hemorragia no se presentan, todo marcha bien.

Se hará un buen hematoma en la loge esplénica, pero se reabsorberá en un tiempo, más o menos largo, será lo de práctica. Esta clase de heridas, sin ser de una gran frecuencia, son comunes, ya que la lesión de estómago o intestino grueso, órganos vacíos, es difícil por las causas antes enumeradas.

Diagnosticada o supuesta la lesión de bazo, ya sea por una contusión o por una herida de arma blanca o de fuego, la intervención es la indicación. Ahora veremos que técnica debe seguirse.

En presencia de una herida de región esplénica, la laparatomía mediana no es la más indicada; el bazo nor-

mal se halla distante de esta vía, lo que hace, por lo general, que esta incisión sea insuficiente para abordar cómodamente el órgano y para permitir las maniobras de exploración de esta zona.

Cuando el bazo escleromucoso, como podría suceder en caso de lesión traumática del órgano en estado patológico, aumentado de tamaño por paludismos, etc., sería factible pero también insuficiente.

Ella sólo debe ser usada cuando el orificio de entrada de la herida, lejos de este órgano, no haga pensar en él sino en la herida de estómago o viscera abordable por la línea mediana.

Teniendo la ventaja en estos casos de ser una incisión exploratriz, que permite darnos cuenta del asiento de la lesión, sobre todo cuando ha sido imposible determinarla de antemano y actuar en consecuencia. Igual cosa diremos de la laparatomía a incisión lateral o para rectal, que, a semejanza de la mediana, es posible abordar el bazo, aunque habitualmente poco fácil e insuficiente, necesitando, en la generalidad de las veces, agregar una segunda incisión de debridamiento transversal u oblicua hacia el flanco, para explorar el bazo y tratar la lesión como conviene, lo que les hará inútiles, al decir de Vauverts, puesto que, en cambio de la luz que hacen, comprometen gravemente la solidez de la pared y la predisponen singularmente a las eventraciones. Hay dos formas de hacer este debridamiento. La primera consiste en incidir francamente el labio izquierdo de la incisión vertical, perpendicularmente a su

dirección, partiendo de una altura variable, aunque casi siempre se hace del medio o de muy cerca. Es el debridamiento transversal. La segunda manera de hacerlo consiste en partir de la extremidad superior de la incisión vertical, para descender oblicuamente hacia abajo y afuera paralelamente al reborde costal, pasando a su nivel o un poco por arriba.

La vía transtoroco-diafragmática puede ser la vía de elección para los heridos de cuchillo, en que son menos profundos y mejor localizados, tienen la ventaja de permitir llegar directamente al punto lesionado y la de permitir tratar al mismo tiempo, los heridos del diafragma, que no hay que dejar abiertos, parece estar contraindicado en los heridos por arma de fuego, por estar las lesiones alejadas de la herida, y porque además las heridas del diafragma son mínimas, y casi no requieren apenas tratamiento. Esta vía ha sido empleada en heridos toroco-abdominales por Mathien, Delori y Kochier Delenas, los que le atribuyen la ventaja de la gran facilidad de exteriorizar y extirpar el bazo, siendo esta ventaja inapreciable cuando el pedículo es corto. Permite, al mismo tiempo, tratar las lesiones torácicas.

Para evitar el inconveniente principal de la vía transdiafragmática que es la de limitar la exploración del vientre al hipocondrio izquierdo; Duval ha ideado y al mismo tiempo practicado una incisión que da un amplio acceso al torax y al abdomen, permitiendo a la vez tratar las lesiones tóraxicas y abdominales, como ser sutura de

pulmón, extirpación de bazo y reparar una perforación del ángulo duodeno jeyunal operado que sobrevivió. Esta es una incisión toroco abdominal vertical. Esta incisión se emplea en las heridas toroco-abdominales, torócica posterior o posterior lateral. La incisión parte de la herida y desciende vertical u oblicuamente, de manera a cortar perpendicularmente los arcos costales y volverse una laparatomía izquierda dirigida hacia la espina iliaca antero-superior.

Se seccionan las últimas costillas hasta una profundidad conveniente lo mismo que el diafragma quedando ampliamente abierto el torax y el abdomen por su comunicación diafragmática. Se puede también alcanzar el bazo por la parte posterior empleando la vía dorso lumbar; esta incisión da una gran facilidad para efectuar la esplenectomia, pero tiene el inconveniente que no se pueden alcanzar las lesiones viscerales alejadas.

Las incisiones de elección para el tratamiento de las heridas del bazo son las incisiones que llevan directamente sobre esta viscera cuando se trata de heridas simples cosa que desgraciadamente es muy difícil encontrar en cirugía de balas, uno de estos procedimientos es el propuesto por Pauchet, el que consiste en incidir la pared abdominal paralelamente al reborde costal y a un través de dedo por debajo de él, de manera a dejar a lo largo del reborde costál una bandeleta de tejido para permitir la sutura; es una laparatomía subcostal. La luz que

dá esta incisión es generalmente enorme y suficiente para los casos corrientes.

En realidad no hay un procedimiento al que se le pueda llamar de elección sobre todo en la práctica en que la mayoría de las veces se ve el cirujano en la obligación de modificar los procedimientos completando los unos con los otros utilizando al fin procedimientos atípicos productos de las circunstancias. Mas, comparando las ventajas de cada uno de los métodos es fácil para un caso dado elegir la incisión simple o combinada que dé mas largo acceso al bazo, sin complicar demasiado la operación.

En presencia del órgano lesionado la conducta a adoptar es distinta según el tipo de la lesión, o bien es posible la conservación del órgano o está indicada su extirpación. La conservación del órgano siempre que sea posible es su indicación solo una lesión de su parenquimo o sinó la herida del ileo hace que sea la extirpación la indicación. Su técnica es sencilla. La primer maniobra de importancia capital, consiste en llevar el órgano a la herida operatoria, de manera a ver bien lo que se va a pinzar y ligar. Esto es cosa fácil; cuando el pedículo es largo o cuando se ha podido utilizar una vía de acceso favorable cosa imposible o muy difícil en circunstancias opuestas. La mano introducida en el hipocondrio se esfuerza por contener el órgano a fin de asegurarse que no existen adherencias entre él y los órganos vecinos o para destruirlas. Y se percibe la resistencia del ligamento freno esplénico, que es desde luego algunas veces despreciable; por poco que él sea

perceptible es necesario cortarlo entre dos pinzas. Después que el bazo es empuñado por su cara libre es llevado hacia el exterior.

Se coloca sobre el pedículo una doble línea de pinzas de Kocher largas o champs, se asegura que no se toma en las pinzas ninguna parte de viscera vecina; la gran curva-dura del estómago por ejemplo. Es necesario una gran circunspección para evitar lesionar alguno de los órganos vecinos. Entre las dos líneas de pinzas se corta a golpes de tijeras la lámina del pedículo y se saca el bazo. Las pinzas que quedan son reemplazadas por una ligadura en cadena muy cerrada, pero esta ligadura no es suficiente, y es prudente buscar en el muñon pedicular los vasos seccionados y ligarlos separadamente la arteria esplénica sobretodo. Esta precaución muy simple evitará un gran número de complicaciones hemorrágicas debido al deslizamiento de los primeros hilos. Esto es en caso de ser un bazo sin adherencias y teniendo un pedículo largo. Cuando el bazo tiene un pedículo corto la operación se vuelve a veces muy árdua; se está obligado a pinzar y a cortar paso a paso a fondo; en un punto profundo se hace reclinar el estómago y el intestino que dificultan la maniobra. El cirujano se ve a veces en la necesidad de dejar pinzas permanentes por serle imposible hacer las ligaduras.

Una vez extirpado el órgano y hecho las ligaduras el cirujano se cerciora que la hémostasia está bien hecha antes de cerrar el vientre, siendo esta observación muy

útil sobretodo en los casos en que se ha debido liberar un bazo muy adherente.

Cuando la lesión es de un tamaño pequeño que permite su conservación, esta debe hacerse, pues la conservación de un órgano de tal importancia es capital.

La conducta a adoptar es distinta ya sea la sutura o el taponage a la gasa o con epiplón.

La sutura es muy dificultosa, supone ante todo la buena exteorización del órgano para poder operar comodamente. Ella debe hacerse de preferencia con catgut grueso, y debe elejirse el húmedo, esto es por ser mas maneable, el catgut seco, es sumamente duro y rompería el parenquima con toda seguridad. Los tipos de sutura son muchos, baste decir que el de elección es la sutura en U, tomando gran espesor de parénquima. No debe comprimirse mucho el nudo, pues se desgarran con mucha facilidad, hay quienes prefieren usar la seda gruesa en punto simple tomando una buena porción de parénquima, pero nos parece mas práctico el uso de catgut.

Los procedimientos propuestos por Burci, para la sutura de heridos de hígado no es nada práctico en las lesiones de bazo. Segale que usa en el hígado pequeño discos de ebonita que encadenados unos con otros con un grueso catgut, se unen unos con otros y sirven de sostén a los puntos de cierre. Pierre Delbet reemplaza la ebonita en hígado con vallas de hueso descalsificado, pero su éxito en dicho órgano no tiene una gran aplicación en el bazo.

La sutura en balsa cuando se trata de un orificio por herida de bala es práctico en lo que se refiere a las heridas de cara externa porque la cápsula más espesa permite bien el afronte en su cara interna es más difícil.

El tipo de sutura de canal Marquis usado en hígado no es aplicable pues a su complicada técnica une la dificultad del uso de muchos hilos que en un órgano tan vascular como el bazo lo que hace es complicar inútilmente la cuestión.

El rollo de gasa usado por Chaval Prenst no es nada aplicable en esta clase de lesiones.

Aceptada cualquier clase de sutura, lo que queda, por hacer es una buena peritonización ya sea a expensas del pequeño epiplón si la herida es de cara interna o del gran epiplón si es de cara externa.

El taponage que es un medio de tan prácticos resultados en el hígado también se puede usar en el bazo. El se puede hacer con gasa como aconseja Potenski y Nicimi o se puede hacer con epiplón extraído del mismo enfermo como aconseja Barjalski y lo ha practicado luego Loewit

La gasa es un buen medio de taponage y por ende de hemostasia único peligro en las heridas de bazo, ellas se puede aplicar directamente entre los labios del herido, siendo retirada a los tres días lentamente para que no produzcan nuevas hemorragias. Este procedimiento excelente en las heridas simple de bazo se hace defectuoso en las heridas complicadas de otras vísceras, pues la supuración del foco operatorio en los casos de fistulas in-

testinal o gástricas hace que la mecha deje de ser el tipo de tapón aséptico ideal.

La gasa seca es la de elección, recubrirla en aceite alcanforado o en vaselina líquida, no tiene ninguna ventaja.

No debemos hablar de la técnica latina de Baldasari para curar las heridas de hígado con hueso decalsificado, es complicar inútilmente la técnica. El taponage con gasa actúa como si el coágulo fuera el tapón, la ligamentación de la fibrina de la pared de la herida y las adherencias de la gasa hacen que esta transformación se haga fibro conjuntiva y por ende una cicatriz útil y hemostática.

Tampoco tiene ninguna ventaja cauterizar previamente los bordes de la herida, y cubrirla de soluciones coagulante. El taponage para Schmid Bardelesen y Mickulitz dice que debe retirarse al tercer día y Borjalski dice después del quinto y antes de doce; pues ha tenido hemorragias secundarias de importancia en los casos que no ha procedido así.

El procedimiento ideado por Konsdutgoff de taponage y sutura no es de ampliación en las heridas de bazo, pero si en las grandes desgarraduras hepáticas.

Loewit ha usado el taponage en enjangado, llamándose así a la introducción en los bordes de la herida de un fragmento de epiplón extraído del mismo sujeto.

Esta técnica que ha dado excelentes resultados en las

heridas de hígado a Loewit, Barjaslki y Groppo es aplicable y útil en el bazo.

Se usa de dos maneras ya sea introduciéndola a presión entre los bordes y después suturando todo, epiplón y bordes de bazo o ha la manera de tapón en las heridas de bala.

Se procede de la siguiente manera: si la herida es en hoja de libro se introduce entre los labios un fragmento de epiplón que llegue bien al fondo de la herida y después se hacen los puntos en U comprendiendo la base de la herida y el epiplón no importando que haga hernia entre sus labios.

Si se introduce en una herida de bala lo mejor es colocar en uno de los orificios y sacar su extremo por el otro orificio supurando en balsa cada uno de ellos.

La ventaja de esta técnica reside en los estudios de Loewit, quien ha probado que el epiplón desempeña un gran papel hemostático haciendo la transformación fibrosa del exudado rápidamente.

Este epiplón se transforma lentamente en tejido conjuntivo como lo ha demostrado su autor.

En cuanto a la hemorragia peritoneal lo que debe hacerse es secar todo lo mejor que sea posible a fin de no dejar coágulo, por insignificante que este sea porque sabemos muy bien que estos constituyen un excelente medio de cultivo a las diferentes especies bacterianas que componen las floras microbianas. En caso que esta sea rebelde usaremos de la compresión por medios de gasas simples.

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL PEDRO FIORITO

Isolina B., de 5 años y medio de edad. Ingresa el día 20 de Octubre de 1914 a la sala VI, ocupando la cama 101. Es dada de alta el 14 de Noviembre de 1914.

Isolina es golpeada en su vientre, el día de su ingreso por la mañana, por un carrito de panadero tirado a mano, en momentos que se proponía cruzar la calle; a efecto del golpe es derribada, dando con fuerza sobre el cordón de la vereda (versiones recojidas por la guardia); la enfermita, que no ha perdido el conocimiento, está un poco agitada y se queja de dolor en su vientre. Han transcurrido 12 horas del accidente; como no presenta en su cuerpo lesiones exteriores que hagan presumir gravedad y su estado general es relativamente bueno, se decide dejarla en observación hasta el otro día. El 25 es vista por el Jefe del

servicio, encontrándose con una niña que no presenta alteraciones visibles de su facies, no tenía ni palidez especial ni alteraciones de su rostro; interrogada, respondía bien, quejándose solamente de dolores en su vientre. Temperatura, 37°. El pulso es frecuente poco pequeño; hay 155 pulsaciones. En su vientre se nota un ligero timpanismo, especialmente en el epigastrio, siendo doloroso, sobre todo, al nivel de las fosas ilíacas, no habiendo resistencia muscular marcada de la pared.

Pudiéndose percudir todo el abdomen sin provocar dolores vivos, no hay signo exterior de contusión violenta. Dado el estado del pulso, coexistiendo con pequeño balonamiento de su vientre, y en presencia del antecedente del golpe sobre el vientre, se diagnosticó lesión profunda y se decide la intervención.

Operación.—Laparatomía. Se hace una incisión que va desde el apéndice sifoides al pubis; al abrir el peritoneo un coágulo de sangre negra hace irrupción, al que sigue el intestino.

Rápidamente se hizo una evisceración completa y se busca la causa de la hemorragia; el hígado estaba sano, viéndose, por el contrario, al bazo que presentaba una amplia abertura del lado anterior hasta casi el hilio. La hemorragia era muy pequeña. Se hace la ligadura del hilio y se extirpa el órgano. Se revisa nuevamente los otros órganos, y no encontrando nada se hace una prolija limpieza de toda la cavidad abdominal, en la que se encontraban muchos coágulos; se coloca una mecha de gasa

que va a la loge esplénica y se cierra el vientre. Se aplica una curación compresiva y se lleva a un lecho especialmente preparado. Se le inyecta 400 gramos de suero y se le hace aceite alcanforado.

Al otro día la temperatura es de 38°; el pulso frecuente de 150; se le hace suero y aceite alcanforado.

A los tres días de operada se saca la mecha; el pulso y el estado general mejoran visiblemente; continúa en esa forma hasta el décimo día, en que se inicia un período de franca mejoría: la herida cicatriza bien; se extraen los puntos; a los 23 días de operada es dada de alta completamente curada. Y en la actualidad se encuentra en perfectas condiciones de salud.

Observación II

HOSPITAL PEDRO FIORITO

Bartolo V., italiano, de 51 años, casado; es traído el día 4 de Octubre de 1917, con un herida grave de la base del hemitorax izquierdo, en estado de gran shock.

La bala (de mauser) ha entrado por la espalda en el noveno espacio intercostal izquierdo, línea escapular media y ha salido en el sexto espacio por delante, por fuera de la línea mamilar.

A su examen se constata defensa muscular y dolor palpatorio en el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Síntomas funcionales no existen.

El estado general es grave, con pulso sumamente frecuente y pequeño y gran anemia.

Se tonifica, colocándolo en un lecho caliente e inyectándosele 1000 gramos de suero con adrenalina y aceite alcanforado.

Las sospechas de una penetración de abdomen con gran hemorragia peritoneal, se confirman cuando, varias horas después, a pesar del tratamiento instituido, el enfermo sigue peor.

Se decide entonces operarlo inmediatamente.

Operación.—Anestesia al éter. Laparatomía.

Incisión.—Subcostal oblicua a la izquierda, con cola externa dirigida hacia la cresta iliaca.

Inundación peritoneal. Bazo estallado. Esplenectomía.
Se cierra el vientre sin dejar drenaje.

A pesar de haber sido una operación muy rápidamente conducida, el herido fallece pocos momentos después.

Observación III

HOSPITAL PEDRO FIORITO

N. N. Ingres a la sala de este hospital con una herida de bala, orificio de entrada región de hipocondrio izquierdo y de salida undécimo espacio intercostal. Síntomas de hemorragia peritoneal, grandes datos; pulso filiforme 120, ha sido herido en la huelga ferroviaria por una bala de mauser,

Llega a este hospital dos horas después de herido y se resuelve la intervención.

Laparatomía mediana que demuestra una hemorragia peritoneal; herida de estómago de colon, habiendo perforado el bazo, produciendo una herida que en el orificio de salida se ha hecho estallante.

Se hace una incisión ampliatoria, paralela al reborde costal, y visto el estado del bazo, se extirpa; ligadura del pedículo; cierre de las heridas del estómago y colon bien peritonizado.

Se seca bien la cavidad abdominal y se deja un buen drenaje peritoneal. Murphi, etc.

Los fenómenos de una peritonitis franca aparecen al segundo día, produciéndose la muerte a las 60 horas de operado.

Observación IV

HOSPITAL PEDRO FIORITO

J. N. Ingres a al hospital a las 12 de la noche; habiendo sido herido, según lo afirma, dos o tres horas antes. Fué asaltado y golpeado por todo el cuerpo, y al disparar, dice el enfermo, como unos treinta metros del grupo, le hieren de bala, con orificio de entrada en la región lumbar, junto al reborde de la última costilla.

Su estado general es grave, demostrando su anemia y su pulso que se trata de una gran hemorragia. El vientre sumamente doloroso; gran defensa muscular; su pulso de 130 y de escasa tensión.

Se hace una laparatomía con incisión paralela al reborde costal izquierdo; abierto el peritoneo, se halla una verdadera inundación peritoneal; se explora inmediatamente, y la bala se halla en pleno hilio del bazo; ha entrado por su cara externa y ha destruído parte de los vasos del hilio, herida que ha motivado la gran hemorragia.

El estado del enfermo, sumamente grave, hace que se proceda rápidamente; al ligar el hilio, no se halla lesión de ningún órgano vecino; se cierra sin drenaje; pero, a pesar de las grandes dosis de suero, el enfermo muere a las seis horas después de operado.

Observación V

HOSPITAL PEDRO FIORITO

Marciana G., española de 31 años, casada, ingresa a la sala III ocupando la cama 70 el día 31 de Diciembre con una herida de bala por tentativa de suicidio cuyo orificio de entrada está situado en el 6° espacio intercostal izquierdo a un través de dedo por fuera de la línea esternal izquierda y su orificio de salida se halla en la espalda en el 9.° espacio intercostal izquierdo a 5 traveses de dedo de la línea media.

Examinada a las doce horas de haberse inferido la herida se queja de dolores abdominales y torácicos que localiza mal, hallándose abatida y demacrada. Tiene disnea y está pálida. Temperatura 37° 8; pulso regular, hipotenso de una frecuencia de 104 pulsaciones por minuto. No tiene tos ni ha vomitado. No ha movido el vientre ni ha expulsado gases.

El vientre aplanado es doloroso, a la palpación que es intolerable al nivel del epigastrio y del flanco izquierdo. Defensa muscular enérgica (vientre de madera). No hay desaparición de la matitez hepática ni matitez en el bajo vientre.

Con diagnóstico probable de herida toraco abdominal interesando el estómago y el bazo se interviene.

Operación.—Anestesia clorofórmica.

Laparatomía oblicua siguiendo el reborde inferior izquierdo del torax a un centímetro por debajo del mismo. Sangre en la fosa esplénica. Herida en túnel del lóbulo izquierdo del hígado, próxima al borde anterior, con los orificios superior e inferior redondeados y de bordes contusos. No sangra. Herida de la cara anterior del estómago alta sobre la gran tuberosidad a igual distancia de ambas curvaturas de bordes contusos y de un centímetro de diámetro aproximadamente. En la cara posterior, en la zona de la relación esplénica hay otra herida desgarrada y alargada de bordes irregulares por un pequeño hematoma y adherencias laxas a los órganos vecinos. El bazo que ha sido atravesado por la bala de dentro a fuera presenta en su cara interna una herida redondeada de bordes contusos adyacentes al íleo, y en su cara externa una herida desgarrada a radios divergentes.

La herida de la cara anterior del estómago se sutura en dos planos, y la de la cara posterior también; después de ser avivada y regularizada. Explenectomia, toilette de la región y drenage con un pequeño mickulitz que desempeña al mismo tiempo el rol de tapón sobre la herida del hígado. Se cierra el vientre por planos.

Post-operatorio.—Posición de Fowler. Suero fisiológico (1000 gramos) subcutáneo aceite alcanforado etc. Dieta

absoluta durante 12 horas. Después dieta hídrica durante 24 horas. En las primeras 24 horas tiene una hematemesis.

El pulso mejora (84) y el vientre sigue mejorando aunque tiene 38 grados de temperatura. Al cuarto día se retira la mecha abdominal. La evolución de los accidentes post-operatorios que presentó esta enferma es un ejemplo típico de esas evoluciones accidentadas que de vez en cuando se observan en las heridas penetrantes del abdomen.

Durante la primera semana a pesar de tener todas las tardes 38 grados de temperatura. fué mejorando el estado del vientre, aclarándose por ese lado la situación, pero en el transcurso de la tercera semana empezó a quejarse de algunas molestias en la base del torax del lado izquierdo notando en el exámen clínico obscuridades de dicha base.

Así siguió durante mas de diez días, al cabo de los cuales la temperatura empezó a subir; el apetito desapareció y el estado general se hizo francamente malo.

En la base pulmonar derecha se notó la formación rápida de un derrame, dando la primera punción exploratriz un líquido turbio rosado, y la segunda hecha varios días después un exudado con olor a podrido. En vista del giro tomado por la lesión pleural se decide ejecutar el día 25 de Enero una pleurotomía, extrayéndose una gran cantidad de un líquido turbio de color verdoso y un olor insoportable. La superficie del diafragma y de la pleura

es de color verde sucio. La operación ha sido ejecutada con anestesia local, considerando la profunda depresión en que se halla la enferma. Dos días después se nota ya una mejoría alagadora y en la actualidad la enferma muy mejorada, se alimenta bien y empieza a levantarse.

Observación VI

HOSPITAL PEDRO FIORITO

E. M., argentino, casado, de unos 35 años de edad, ingresa a la sala 1.^a ocupando la cama 10, el día 8 de Enero de 1918 a las 2 a. m., en estado gravísimo con anemia sobreaguda palides intensa, pulso incontable y agitación extrema, varias horas después de recibir una herida de bala en la espalda, situada en el décimo, espacio intercostal izquierdo sobre la línea axilar posterior. La herida es muy pequeña.

Poco tiempo después de su ingreso tiene dos hematemesis de regular consideración. El examen del vientre denota dolor palpatorio generalizado. Exquisito en el epigastrio hipocondrio izquierdo y flanco. Hay defensa muscular enérgica.

Desaparición de la matitez hepática. No hay zonas mates declives.

El diagnóstico de la guardia es de herida tóraco-abdominal interesando el bazo, pero el estado del individuo no permite tentar una intervención grave con perspectiva de éxito por lo cual se decide «levantarlo» previamente

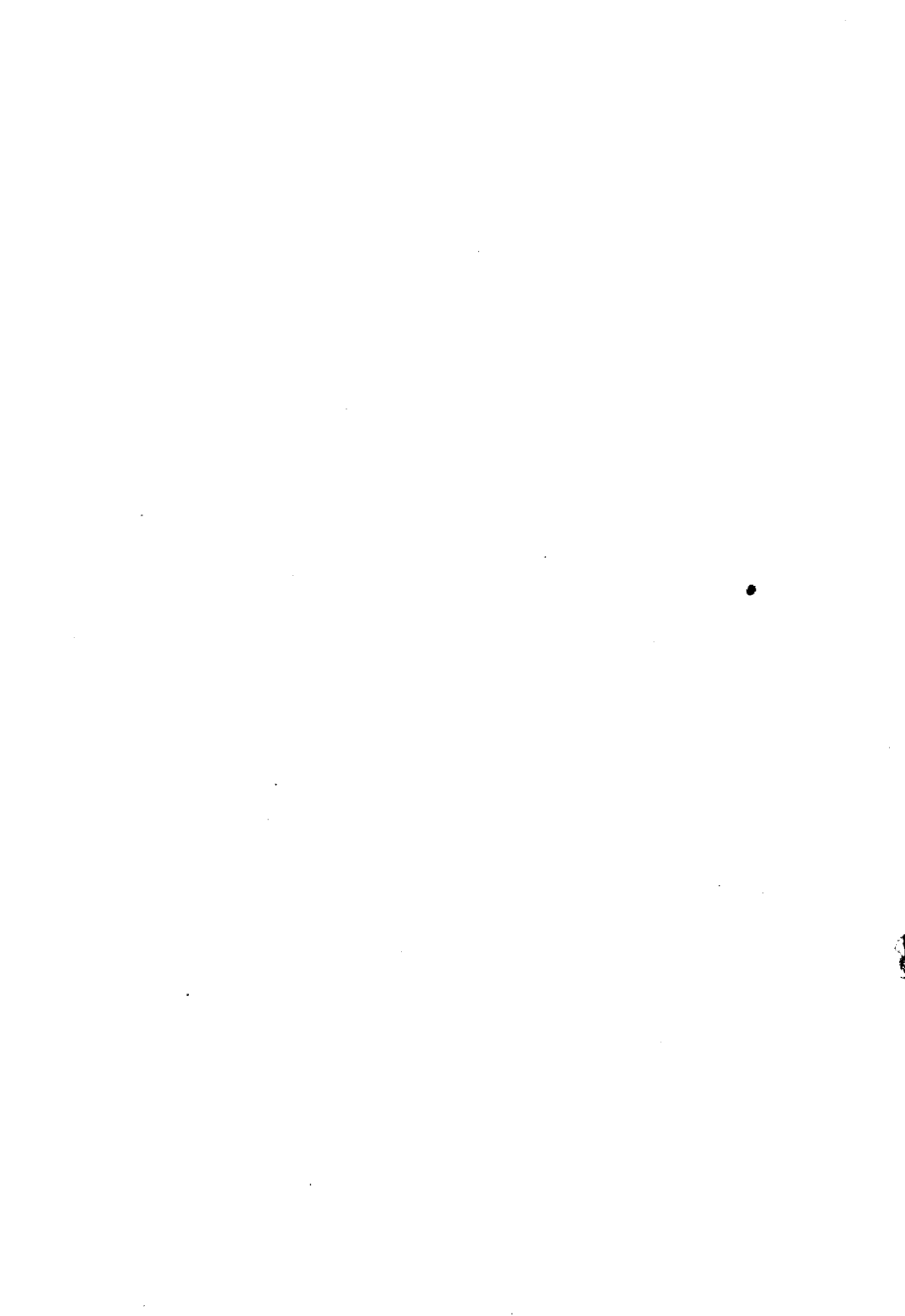
haciéndole suero con adrenalina intravenenoso y subcutáneamente y aceite alcanforado.

Habiendo mejorado el pulso como frecuencia y tensión con el tratamiento instituido se decide como última «chance» de salud, operarlo, pero mientras se ultiman los preparativos para la intervención el enfermo fallece.

Autopsia.—Inundación peritoneal. Gases en el peritoneo. Bazo estallado con herida de los vasos del pedículo. Herida contusa de la cola del pancreas. Hay dos heridas del estómago, una en la cara posterior, alta en la porción que linda con el bazo y otra en la cara anterior desgarrada. Sobre la línea media próxima al borde anterior, hay una herida en tunel del hígado. Contusión del pedículo hepático y del ángulo hepático del colon con un pequeño hematoma.

La bala es de calibre pequeño y con camisa de bronce se halla libre debajo de la vesícula biliar.





CONCLUSIONES

1.º Las herida pequeñas del bazo son susceptibles de una curación espontánea con el reposo.

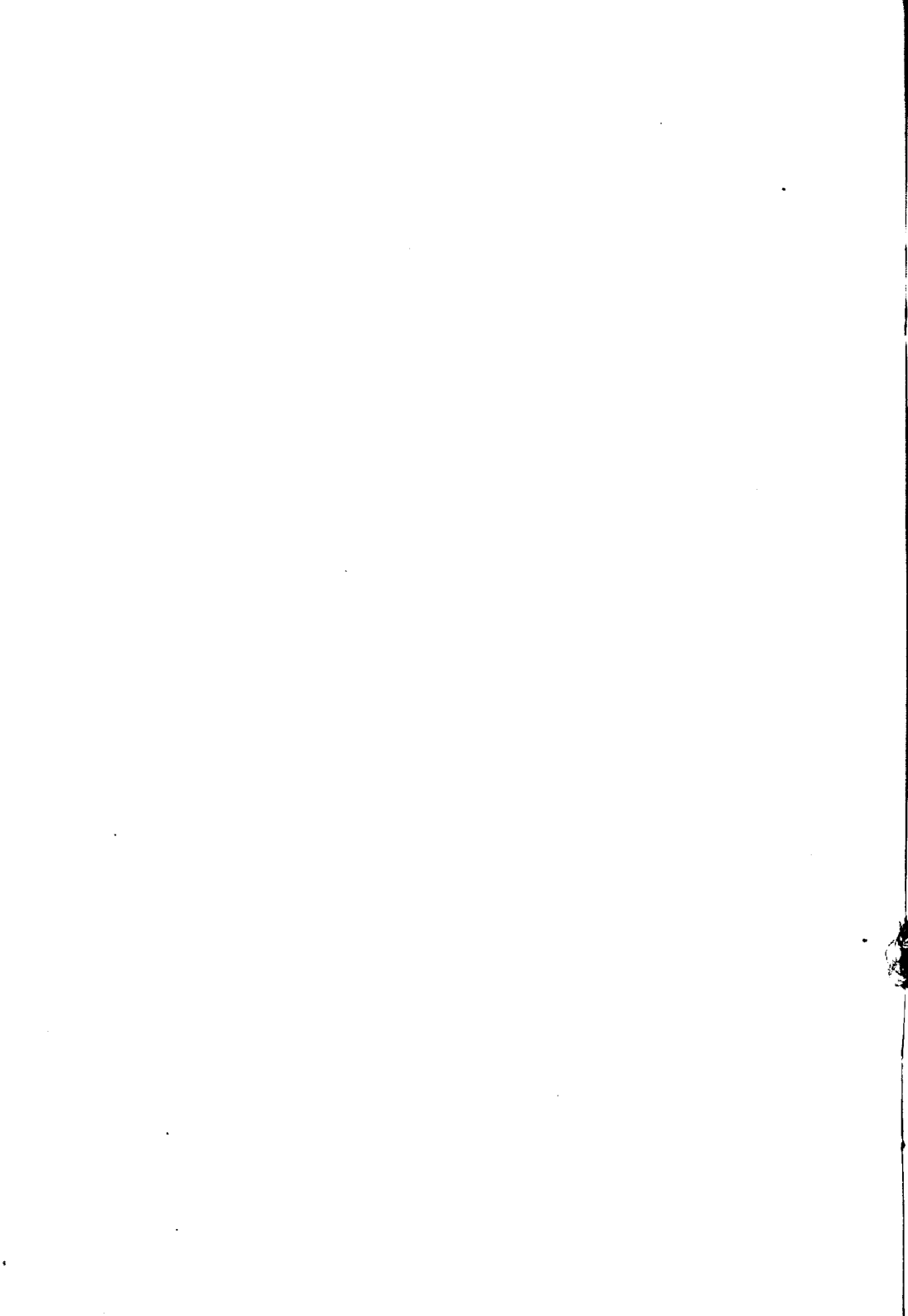
2.º Las grandes heridas de bazo en las que la sutura o taponage no garantiza la hemostasia la esplenectomía es el tratamiento de elección.

3.º El organismo, la tolera bien, la fórmula hematólógica vuelve rápidamente a la normal.

4.º La sutura en las pequeñas heridas es el procedimiento de elección.

5.º Cuando la herida es muy profunda sin llegar al hilio el taponamiento con epiplón y sutura es el tratamiento de elección.

6.º El taponage con gasa simple es un buen procedimiento de hemostasia.



Buenos Aires, Mayo 22 de 1918.

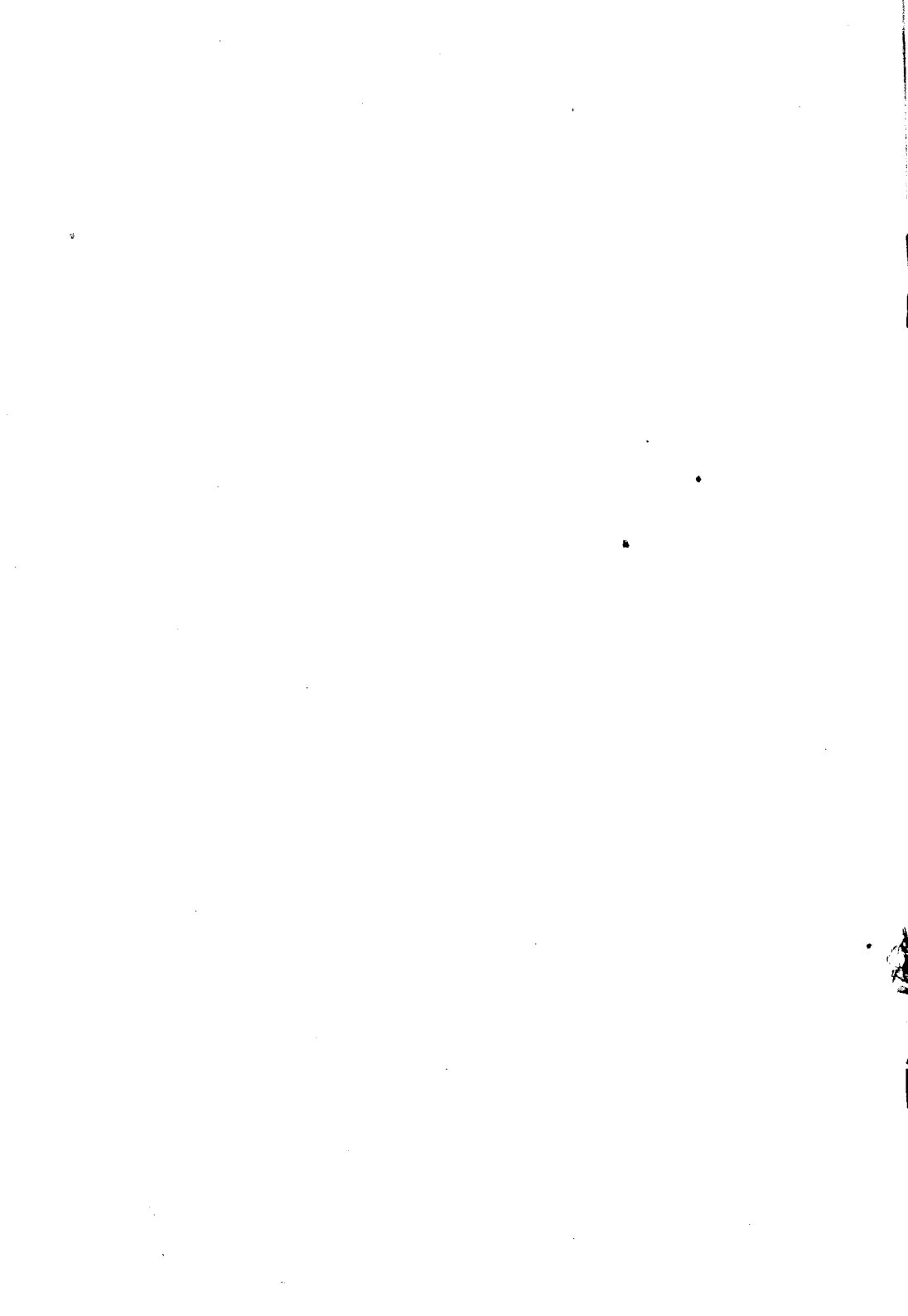
Nómbrese al señor Consejero Dr. Daniel J. Cranwell, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente doctor Adolfo F. Landivar, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 18 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3439 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultados de la esplenectomía en los grandes traumatismos del bazo.

Daniel J. Cranwell.

II

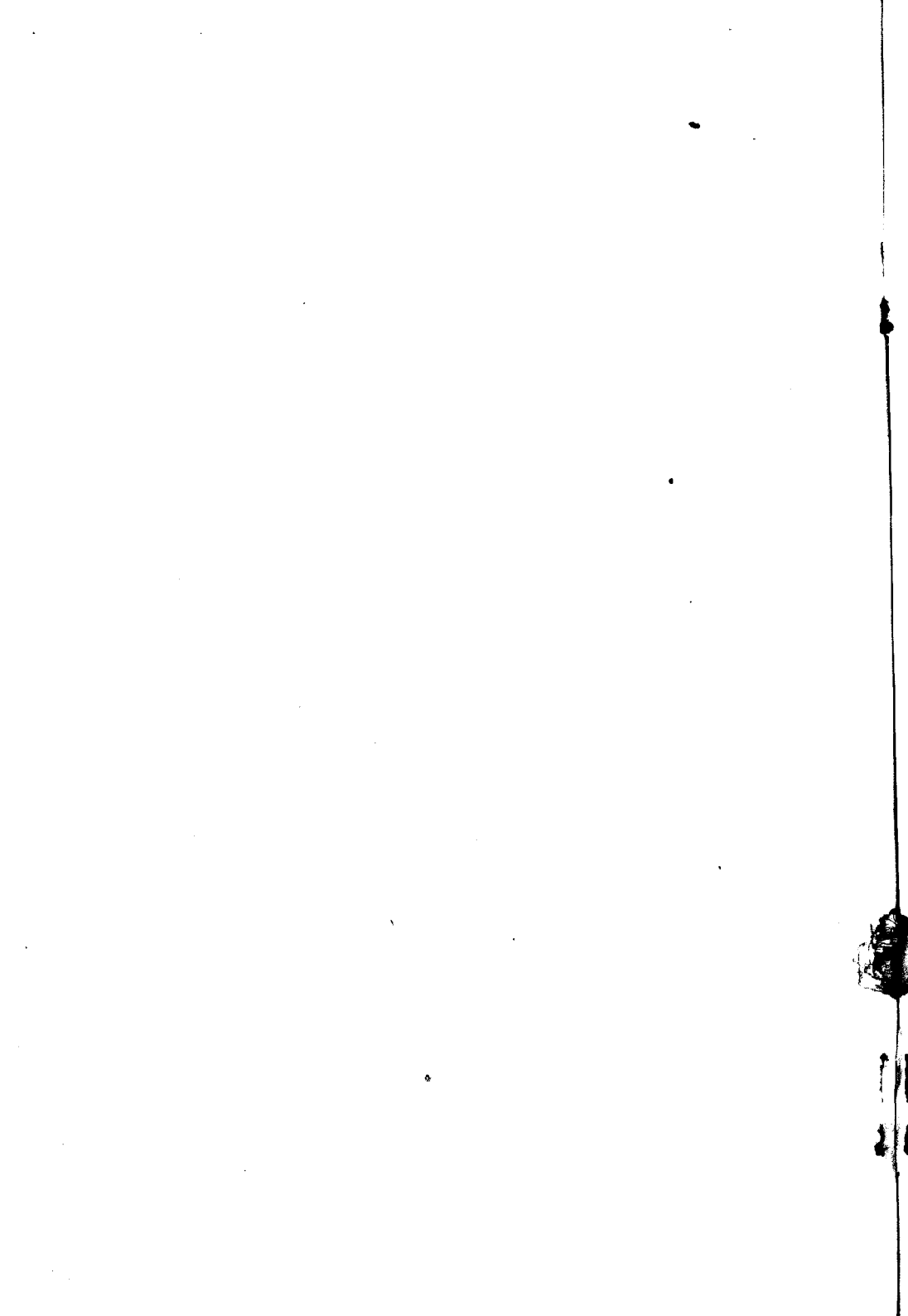
Complicaciones frecuentes en las heridas del bazo.

Ricardo S. Gómez.

III

Esplénomegalias y esplenectomía. Técnica de esta intervención.

Adolfo F. Landívar.



BIBLIOGRAFÍA

E. Quénu.—Del Traite de Chirurgié de Dudloy y Reclus affections Chirurgicale de la rote.

Pedro Duval, A. Cosset P. Eccene CH. Lenormant.—Tratado de Patologia Quirúrgica.

M. Latonche.—Rev. Societe Cirugie, Noviembre 1905.

M. Fontoyont.—Rev. Societe Cirugie, Enero 1905.

L. Testud y O. Jacob.—Traite de acatomié topografique, Paris 1909.

Monad y Vauverts.—Traite de Técnica operactoire, Paris 1908.

M. Gibbé.—Les plaies de la Rate par coup a feu.—Prevere de Ginecologie y de Chirurgie abdomen, 1912.

J. Fiolle.—Les plaies a lo rate etc. Rev de Chirurgie, 1917.

M. Sartorelli.—Le ferite della milza.—Chirurgia di guerra, Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 15 de Noviembre de 1917, n.º 91.

J. C. Alumada.—Heridas penetrantes de abdomen, 1918.

Groppo.—Heridas de hígado, 1918.



