

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

Ruptura de Bazo. - Hemorragia retardada

Por el doctor O. ECHEVARRIA

Voy a presentar dos casos de ruptura traumática de bazo con hemorragia tardía.

Observación I.—**M. R. de F.**, española, 30 años de edad. Ingresa al Hospital Maciel en mi guardia, el 7 de Marzo de 1932, con la historia siguiente: Dice que se encontraba presenciando la fiesta en un tablado de carnaval a las 21 horas del día 7 de Marzo, cuando empezó a sentir fuertes dolores de vientre, localizados principalmente en el hipocondrio izquierdo, con irradiaciones al hombro del mismo lado, acompañados de algunos vómitos alimenticios, malestar y algunos ligeros mareos. Con esta historia ingresa ese mismo día a las 22 horas al Hospital, sin temperatura y con un pulso de 72; el practicante de guardia que la examina, creyendo que el cuadro que presentaba la enferma era debido a una intoxicación alimenticia, pues ésta había hecho una cena copiosa a base de carnes de cerdo, la envía a la sala de guardia, vigilándola cuidadosamente por tener ciertas dudas sobre su diagnóstico. A la una de la mañana, como notase que la enferma en lugar de mejorar se agravaba, que los vómitos continuaban, que apareciese disnea y que su pulso, que al ingresar era de 72, se había acelerado llegando a 96 por minuto, entonces fui llamado para ver a la enferma.

Al examen que le hice noto lo siguiente: Enferma muy pálida, con gran decoloración de las mucosas, pulso de 96, temperatura 38°. A la exploración del vientre no se nota defensa, éste es muy depresible, acusa dolor muy acentuado en todo el vientre superior, principalmente en el hipocondrio izquierdo, con irradiaciones hacia el hombro izquierdo y fosa lumbar del mismo lado.

Al examen genital, se nota fondos de sacos vaginales dolorosos y me da la sensación de ocupados por una masa blanduzca, que interpreto como coágulos recién formados ocupando la pelvis.

La enferma no tiene ningún retardo en sus menstruaciones, estaba con su menstruación desde hacía cuatro días.

Hago punción del Douglas que no reveló sangre en el peritoneo, seguramente porque la aguja cayó en un coágulo sanguíneo. A pesar de que la punción del Douglas fué negativa, hago el diagnóstico de hemorragia interna por embarazo ectópico, presentándose con un cuadro de reacción frénica. Propongo la intervención de urgencia que al principio fué formalmente rechazada por la enferma, siendo más tarde convencida por su marido.

Operación.—Dr. Echevarria y Pte. Jannicelli.—Anestesia general, éter. Laparatomía mediana infraumbilical. Antes de abrir el peritoneo, se ve por transparencia la sangre derramada en la cavidad abdominal; abierto éste sale una verdadera ola sanguínea. Como notara que la hemorragia era muy grande, fuí con toda premura a hacer la hemostasis de la trompa que sospechaba rota y al exteriorizar las trompas noto con toda sorpresa que éstas estaban sanas; en ese momento, declaro que al enterarme de que mi diagnóstico clínico había fallado en la localización de la hemorragia y al tener frente a mí una hemorragia de tal magnitud, que ponía en serio peligro la vida de la enferma, tuve un momento de vacilación, por no saber de dónde venía tanta sangre; pero inmediatamente orienté mi exploración hacia el bazo, que puso en evidencia que la lesión radicaba en ese órgano. Como el estado de la enferma era muy grave prolongué la incisión hacia arriba, pudiendo hacer la esplenectomía fácilmente, por tratarse de un bazo sin periesplenitis y con pedículo muy largo, haciendo una doble ligadura en masa de todo el pedículo. Cierre de la pared en un plano con hilos de plata.

Terminado el momento operatorio, se le hace una transfusión de 95 c. c. de sangre. Aceite alcanforado, suero. A las nueve de la mañana, otra transfusión de 100 c. c.

Después de la operación, interrogo cuidadosamente al marido de la enferma, entonces éste me declara que su señora se había caído de una escalera de dos metros de altura, golpeándose en el hemitórax izquierdo, hacía cuatro días; pero como ese accidente no le ocasionó más trastornos que un poco de dolor pasajero, no le dieron importancia ninguna y por eso no lo declararon antes de la operación.

La enferma hace un post operatorio muy malo, al tercer día hace una bronconeumonía, siendo atendida por el Dr. Volonterio, quien ordena seguir con las transfusiones sanguíneas, sueros, digitalina, ouabaina, oxígeno subcutáneo y por inhalación en cantidad, estricnina, vacuna de Weill y Doufour, cataplasmas con mostaza, aceite alcanforado, etc. Después de haber pasado por un momento en que todos creímos que la lucha era infructuosa, la enferma empezó a mejorar lentamente, siendo dada de alta, curada, al mes siguiente, el 6 de Abril, con 4.500.000 glóbulos rojos, habiéndosele hecho en total 495 gramos de sangre en transfusiones.

Observación II.—E. A. G. Ingresa al Hospital Maciel, sala Cabrera, el 25 de Mayo próximo pasado, con el pulso de 100, por haber recibido un fuerte traumatismo en una caída de carro en el hemitórax y flanco izquierdo. que le produjo fractura de las últimas costillas.

Al día siguiente es examinado cuidadosa y prolijamente por el

Prof. Canessa, quien no encuentra ningún síntoma que pudiera revelar una lesión grave de la cavidad peritoneal. Constata únicamente fracturas de las últimas costillas del hemitórax izquierdo y equimosis en la misma región y flanco izquierdo; pero, con un estado general excelente y un pulso de 84. Pasa los cuatro días siguientes perfectamente bien, pide que se le alimente y se le deja levantar; pero se nota que el pulso se empiza a acelerar, llegando a 100. El 29 del mismo mes, a las últimas horas de la tarde, es decir, cuatro días después del traumatismo, hace un cuadro agudo de vientre con dolores intensos, distensión abdominal y pulso rápido, 120 por minuto.

Al hacerme cargo de la guardia, fui llamado para que lo viese, encontrando: enfermo con un tinte anémico, pulso rápido, 140, temperatura axilar $38^{\circ} 2/5$, rectal 40° . Al examen noto: vientre muy distendido y doloroso, pero sin contractura, macidez del flanco izquierdo, hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Tacto rectal muy doloroso.

Teniendo en cuenta el traumatismo del hemitórax izquierdo y el cuadro de hemorragia que presentaba el enfermo, hago diagnóstico de ruptura de bazo con inundación peritoneal secundaria.

Operación (hora 21).—Dres. Echevarría - Andreon y Pte. Sierra.—Incisión William Mayo izquierda. Al abrir el peritoneo se nota salida de gases de la cavidad peritoneal y una cantidad de sangre que inunda todo el campo operatorio, con olor pútrido. Explorando la región esplénica se comprueba que el epiplón tapona esta región y que hay una ruptura del polo inferior del bazo.

Al explorar el bajo vientre se nota que toda la macidez del hipogastrio y fosa ilíaca derecha, era sangre colectada en dichas regiones. Como el estado general del enfermo era muy grave, hago únicamente un gran taponamiento del bazo y coloco un drenaje suprapúbico. No pude encontrar en el acto operatorio la pequeña herida de colon que se encontró en la necropsia. El enfermo falleció a las tres de la mañana.

La necropsia fué practicada por el Dr. Moreau, quien tuvo la gentileza de facilitarme el siguiente resultado: "Fractura de las últimas costillas del hemitórax izquierdo, gran hematoma de la región esplénica, que se extendía hacia el riñón izquierdo y páncreas, sin lesión aparente de estos órganos, contenido en gran parte por el epiplón que hacía de tapón. Ruptura del polo inferior del bazo. Pequeña perforación de colon, también recubierta por el epiplón".

Observación III (Dr. Larghero).—E. R., 30 años de edad, uruguayo. En la tarde del 30 de Enero de 1931 soy llamado con toda urgencia de la sala 27 del Hospital Pasteur para atender a este enfermo. Había ingresado a la sala el día anterior a mediodía, lesionado en un choque de ómnibus y tranvía, habiendo recibido una fuerte contusión en la base

del tórax izquierdo (flanco). A su ingreso se constató una fractura de 7.^a y 8.^a costillas izquierdas; se le hizo un vendaje de contención y pasó a la sala en observación.

Veintiséis horas después del accidente, se encontraba perfectamente bien conversando con sus familiares, cuando al incorporarse en la cama siente bruscamente un dolor agudísimo, casi sincopal. en el hipocondrio y base del tórax izquierdo, con irradiaciones intensas a la espalda, hombro, región supraclavicular y cuello del mismo lado. Tiene un mareo que dura unos segundos.

Llámame de inmediato la atención la palidez del enfermo, cuyas mucosas están muy decoloradas. Se queja de un violento dolor bajo el reborde costal izquierdo con dificultad respiratoria. El pulso no es rápido (80), de mediano volumen. La presión arterial es de 13 y 8 al Vaquez.

Se retira el vendaje de tórax y se constata: Inmovilidad respiratoria del hemivientre izquierdo; a la palpación, dolor intenso en esa zona, más en el hipocondrio, con marcada contractura muscular. Dolor sobre el reborde costal y en los puntos frénicos. Fosa lumbar libre. Dolor sobre las últimas costillas izquierdas. El resto del abdomen se deja deprimir e indoloro. A la auscultación, disminución de respiración en la base izquierda. No hay derrame pleural.

En suma: Síndrome doloroso agudo del hipocondrio izquierdo, con típica irradiación frénica, acompañado por cuadro sincopal. Defensa en el hipocondrio izquierdo. Buen pulso. Buena presión arterial. Antecedente de traumatismo en la base del tórax e hipocondrio izquierdo.

Período de bienestar entre el trauma y el accidente actual.

Se trata de un cuadro idéntico al de ruptura de embarazo ectópico, en el vientre superior izquierdo de un hombre, que recibió un traumatismo que le fracturó dos costillas sobre las que se proyecta el bazo.

Por estas consideraciones hacemos diagnóstico de ruptura secundaria de bazo y aconsejamos la intervención, previa tonificación rápida del estado de shock. El Dr. X., cuñado del enfermo, no nos permite operarlo, y apoya su negativa en la rápida mejoría del enfermo y el buen pulso.

A la mañana siguiente, encontrándose completamente bien pide el alta y es llevado a su domicilio. Al salir del Hospital tiene una nueva lipotimia que se repite en su casa, pero se repone bien.

El 5 de Febrero, siete días después del accidente se reproduce el cuadro doloroso con síncope. Traído con toda premura al Hospital es operado de inmediato por el Dr. Etchegorry, que encuentra una imponente hemorragia peritoneal con grandes coágulos; el bazo está esta-

llado, con los restos de un gran hematoma subcapsular. Muerte en la mesa.

Como se puede ver, se trata de tres observaciones, la primera con un pequeño traumatismo que no le impidió su vida normal, ocasionándole una ruptura de bazo con gran hemorragia secundaria a los cuatro días. Las dos últimas con un traumatismo más intenso que le produjo la fractura de las últimas costillas del hemitórax izquierdo, que le produjo una ruptura de bazo con gran hemorragia secundaria a los cuatro días y a los siete días, y en donde el epiplón hizo el taponamiento temporario de la región esplénica.

Ultimamente este asunto ha ocupado la atención de los cirujanos extranjeros; lo han tratado en las Sociedades de Cirugía y le han dedicado artículos muy interesantes, como el de Jean Quenu, publicado en el "Journal de Chirurgie" el año 1926 y otras observaciones posteriores en la misma revista; el de Mouva, aparecido en la "Revue de Chirurgie", en Febrero de 1932 y otros trabajos aparecidos en los boletines de la Sociedad de Cirugía de París en estos últimos años.

Dr. Stajano.—El mecanismo del dolor, en los traumatismos del bazo, no escapa a las leyes generales de fisiopatología abdominal que hemos defendido en otras circunstancias en esta misma Sociedad. Las dos fuentes del dolor visceral, parietal, cada una a su turno, concurren a la constitución del síndrome, y es la anatomía patológica "in vivo" en el curso de las intervenciones, la que confirma el concepto anatómo y fisiopatológico del dolor en los traumatismos del bazo.

El síndrome visceral puro, de distensión hemática subcapsular sin hemorragia peritoneal y sin efracción del órgano por consiguiente, da el cuadro violento, de las crisis viscerales por distensión aguda. Se caracteriza por su tendencia a agotarse en pocas horas, si es que no aumenta la distensión, por limitación de la hemorragia, dando razón de las calmas traidoras y del silencio abdominal en plena aparente salud, hasta la reanudación de la hemorragia que conduce al estallido capsular, señalado por un nuevo síndrome agudo y teatral. Es el embarazo ectópico del vientre alto, en su faz de distensión hemática salpingiana previa a la rotura con su faz traidora de calma absoluta, y después de una o varias distensiones, la hemorragia intraperitoneal por ruptura de la víscera limitante. Es exactamente el mismo mecanismo, y el mismo cuadro doloroso, el que se desarrolla en el vientre alto y con un traumatismo como antecedente, que debe hacer pensar en el proceso que hoy ocupa a nuestro comunicante.

La reacción parietal, la defensa dolorosa del hipocondrio, la contractura del reborde costal, la sensibilidad de los puntos frénicos, la irradiación al hombro, y parte interna del brazo no son, sino elementos que constituyen la reacción frénica, que hemos

señalado en los procesos de irritación del peritoneo alto del abdomen, en los procesos congestivos y, en especial, en aquéllos provocados por derrames hemáticos del vientre superior o del vientre bajo, que llegan a la región dando el síndrome típico de las reacciones frénicas. Sigue la similitud perfecta con los embarazos ectópicos que dan la gran inundación peritoneal al punto que frente a un embarazo ectópico en accidente que presente reacción frénica franca, aceptamos y afirmamos sin temor de falsear la verdad, de que hay sangre libre en el vientre superior. El hematosalpinx jamás da dolor alto, como tampoco el hematocele enquistado. Comprobaciones operativas nos han permitido formular la categórica afirmación.

Dr. Bado.—Posiblemente, el estudio radioscópico de la base del tórax, hipocondrio izquierdo, nos mostrará la inmovilidad del hemidiafragma izquierdo, sirviendo esta constatación para suplir la escasez de síntomas periféricos.

Presentado en la sesión del 8 de Junio de 1932.

Preside el Dr. J. C. del Campo

Pseudo quiste hemático del pancreas

Por los doctores P. LARGHERO y A. VICTORICA

Las tumoraciones quísticas de origen pancreático se dividen desde hace muchos años en quistes verdaderos y falsos, en el sentido anatómico de la denominación según que la pared que limita la cavidad posea o carezca respectivamente de revestimiento epitelial.

Los llamados falsos o pseudo quistes (que no son en la mayoría de los casos, sino hematomas organizados en su superficie, enquistados), se dividen todavía del punto de vista patogénico en dos grupos, según que el origen radique en un traumatismo o en una pancreatitis aguda abortada en la etapa de hemorragia intra o peripancreática subperitoneal.

Esta división además de su interés anatómico y patogénico, importa también al diagnóstico, a la conducta terapéutica y al pronóstico inmediato y alejado, hechos estos últimos sobre los cuales no creemos haya llamado suficientemente la atención. A ellos nos referimos sobre todo en las consideraciones que acompañan a la observación que pasamos a relatar.

Historia clínica.—**B. V. de R.**, 34 años, uruguayo, casado. Procede del Departamento de Tacuarembó ingresa al Servicio de Cirugía del Prof. Navarro el 26 de Enero de 1932 por un tumor del hipocondrio izquierdo.

Su historia es la siguiente: Hace un año y medio tiene por primera vez una crisis dolorosa localizada en el epigastrio con irradiación al