

TERCERA SESION PLENARIA

Tema: ESPLENOPATIAS QUIRURGICAS *

Relator: *Dr. Martín Miqueo Narancio*

CONTRIBUCIONES:

Rupturas y heridas de bazo. Consideraciones a propósito de 35 casos. Técnica quirúrgica.

Dr. Alberto M. Fernández Chapela.

Equinococosis del bazo.

Dr. E. Terra Corbo.

Púrpura agudo trombocitopénico esencial. Su tratamiento.

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Enrique Emeric.

Hipertensión portal. Algunas consideraciones sobre veinte casos.

Dr. Jorge C. Pradines.

Ligadura de la arteria esplénica.

Dr. Enrique Barthé.

Las rupturas traumáticas del bazo.

Dr. José A. Piquinela.

Segmentación vascular intraesplénica. Segmentación. Anastomosis vasculares.

Dr. Luis Alberto Praderi.

Conducta quirúrgica en el quiste hidatídico del bazo.

Dr. Barsabás Ríos.

Neutropenia esplénica primaria. Esplenectomía. Resultado.

Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.

Radiología de las rupturas traumáticas del bazo.

Dr. Federico Giuria.

Esplenopatías quirúrgicas.

Dr. Alejandro J. Pavlovsky.

DISCUSION.

* Trabajo no entregado en Secretaría para su publicación.

RUPTURAS Y HERIDAS DE BAZO *

Consideraciones a propósito de 35 casos Técnica quirúrgica

Dr. ALBERTO M. FERNANDEZ CHAPELA

Haremos el análisis de 35 historias clínicas: 30 roturas y 5 heridas de bazo.

Se trata de enfermos operados por el personal de la Clínica C. interviniendo ocho cirujanos. Algunas fueron operaciones privadas de este equipo y 2 casos pertenecen al Sanatorio del Banco de Seguros.

Los 18 primeros casos de esta estadística fueron motivo de un trabajo que se presentó en 1951.**

ETIOLOGIA

En el 85 % de los casos, el traumatismo fue provocado por el cuerpo en movimiento brusco, golpeando contra un objeto fijo (accidentes de automovilismo, caídas de varios metros de altura, golpes en el fútbol, etc.).

La zona de aplicación del traumatismo es otro elemento a tener en cuenta; lo más frecuente es la región tóracoabdomino-lumbar izquierda. En 5 casos hubieron heridas provocadas por: trozos de vidrio, arma blanca, arma de fuego.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. P. Larghero Ybarz.

** Prof. P. Larghero Ybarz y Dr. F. Giuria. Traumatic rupture of the spleen. "Surg. Gyn. and Obstetric", 92: 385-404; 1951.

En cuanto a edad y sexo, de las 30 rupturas del bazo, 29 son hombres y 1 es una niña; de las 5 heridas, cuatro son mujeres y 1 un hombre. Estos casos se han presentado entre los seis y setenta años.

DIAGNOSTICO

La historia clínica del enfermo, dándole fundamental importancia a la forma en que se inicia el cuadro y jerarquizando el traumatismo, permiten llegar siempre al diagnóstico.

En los casos de ruptura primitiva con hemorragia inmediata, los signos de anemia aguda ayudan para un fácil diagnóstico. Cuando se trata de rupturas a sintomatología retardada, la impresión clínica del médico que recibe al enfermo y lo sigue en las distintas etapas con curva de pulso, presión arterial, conducen también al diagnóstico.

Esta sintomatología puede espontáneamente u obedeciendo al tratamiento, desaparecer. Pero no debe ser olvidada y obliga a tener a mano todos los elementos necesarios para proceder sin dilaciones.

Ningún síntoma debe ser despreciado; a este respecto recordamos que de los ocho casos de ruptura en dos tiempos, en dos el enfermo fue examinado en hospital y enviado a Policlínica, pese a que tenía uno de ellos una taquicardia 130 mantenida, y el segundo presentó lipotimia importante siguiendo a la infiltración novocaínica del foco de fractura costal.

Analizamos uno de los casos de las rupturas primitivas de sintomatología inmediata progresiva:

N. L., 70 años. Ingres a la hora veinte del 13-X-50 en el Hospital Pasteur. Fue embestido por un ciclista que venía con velocidad; golpeó contra el cordón de la vereda con el lado izquierdo de su cuerpo. Obnubilado, es recogido por la Asistencia Pública.

Examen al ingreso (Dr. Fernández Chapela): colapso periférico intenso, sudoroso, palidez acentuada. Pulso 58, bien golpeado. Mx. 8, Mn. 6. Fractura de antebrazo izquierdo. Región tóracoabdominal: erosiones en reborde izquierdo. Se le indica tratamiento antishock, transfusión, prohibiendo todo traslado.

Dos horas después del ingreso, han pasado 700 c.c. de sangre, escatín 5 c.c., cortigen y coramina. Continúa el dolor en hipocondrio izquierdo, aunque el abdomen es depresible. Persiste el estado de colapso periférico, polipnea. Presión

arterial: Mx. 11, Mn. 6. Pulso 50. No se comprueban lesiones en cráneo, tórax ni columna que justifiquen la prolongación del shock. El tacto rectal revela un Douglas doloroso.

A las tres horas y treinta minutos de su ingreso, luego de haber pasado un litro de sangre, se decide operar con diagnóstico de hemorragia interna, por ruptura de bazo, que fue comprobado en mesa.

Vamos a presentar ahora la historia opuesta. Una ruptura traumática con hematoma de fosa subfrénica en dos tiempos con intervalo libre de diez días.

R. C. H., 47 años. Ingresa al Hospital Pasteur porque hace diez días sufrió un traumatismo tóracoabdominal izquierdo. Cayó de un cajón golpeando en flanco izquierdo, a la altura de 10ª costilla, contra el borde de un barril. Desde entonces sigue con el dolor, que por momentos es más intenso, irradiado a hombro izquierdo. Siguió trabajando los primeros días; luego acusa astenia, febrícula, por lo cual consulta médico que lo envía al Servicio. Durante esos días tránsito intestinal y urinario normal.

Examen al ingreso: estado general mediocre; tinte icterico y francamente anémico. Presial arterial, 13 ½ y 7. Pulso 120. Temperatura axilar 37 ½, rectal 38 ½. Abdomen distendido en toda la región supraumbilical, con circulación colateral más marcada a izquierda. A la palpación dolor y defensa en hipocondrio izquierdo. Matidez del área esplénica. Douglas libre.

En suma: signos generales de anemia con moderada ictericia; síndrome físico de ocupación de logia subfrénica; síndrome radiológico característico de hematoma de logia subfrénica.

Operación (Dr. Pradines): anestesia general. Hematoma de logia subfrénica y hemoperitoneo de sangre lacada. Esplenectomía: buena evolución.

El intervalo libre entre el accidente traumático y la consulta puede ser de horas como en la observación siguiente:

A. M., 38 años. En accidente automovilístico violento traumatismo directo de hipocondrio y fosa lumbar izquierda. Fue atendido por médico en los alrededores de Montevideo, que lo trató con calmantes. Luego de un intervalo libre de veinticinco horas acusa dolores a tipo cólico en hipocondrio izquierdo y balonamiento de vientre por lo que decide ingresar.

Examen al ingresar (Dr. Alberto M. Fernández Chapela): pálido, pulso 136 al minuto. Equimosis y erosiones en base de hemitórax izquierdo y región sacroilíaca izquierda. Hematuria franca. Síndrome radiológico: ocupación de fosa subfrénica. Se opera y se comprueba una ruptura de bazo en dos tiempos. Buena evolución.

Hemos querido presentar un ejemplo de cada uno de los tres tipos lesionales:

- a) Ruptura primitiva con hemorragia inmediata.
- b) Ruptura en dos tiempos a sintomatología retardada (veinticuatro horas).
- c) Hematoma de fosa subfrénica con diez días de evolución.

Entre estos tres tipos clínicos existen todas las variantes. El traumatismo se acompaña casi siempre de síntomas inmediatos, denunciadores que no son bien estimados por el médico, o el enfermo no acude a consultar; horas o días después, progresiva o bruscamente, los síntomas se hacen alarmantes y obligan a actuar sin dilaciones.

De las 30 historias de ruptura de bazo que analizamos, 19 observaciones corresponden a rupturas primitivas con sintomatología inmediata y que llevaron al diagnóstico y a la intervención antes de las veinticuatro horas.

Rupturas a sintomatología retardada, 8 casos.

Hematomas de la fosa frénica, 3 casos.

Todos los esfuerzos del médico deben tender a que las rupturas de bazo sean tratadas, antes de que el paciente entre en shock secundario por hemorragia, etapa en que pueden aparecer lesiones de los parénquimas nobles a veces irreversibles. Esta complicación sucedió en el caso que vamos a relatar, que corresponde al N^o 19 de nuestra estadística.

F. P., 13 años. Traumatismo violento por caída de bicicleta. Golpeó a nivel de base de tórax contra una columna. No perdió el conocimiento, aunque después tuvo lipotimia y vómitos. Por la impresión que le causó ver deshecha su bicicleta nueva, el niño va a su casa y recién después de veinte horas sus padres lo llevan al médico. Es visto en Servicio de Urgencia donde permanece en observación. Seis horas más y luego enviado al Hospital Pasteur. Allí le recibimos nosotros, veintiseis horas luego de su accidente inicial, con el siguiente cuadro: palidez acentuada, sudoroso, dolor en todo el abdomen irradiado a ambos hombros. Pulso 120. Presión arterial 11-6. Dolor a la palpación en ambos costales. Tacto rectal, Douglas doloroso. Glóbulos rojos 3.600.000. Hematócrito 37 %. Se opera con el diagnóstico de hemorragia interna, posible ruptura de bazo. En la intervención se comprueba estallido de éste órgano y abdomen lleno de sangre. Veinticuatro horas luego de la intervención síndrome febril con 41°, delirio. Un examen de orina en ese momento mostró 1 gr. de albúmina, cilindros hialinos y granulosos. Entra en coma y fallece pocas horas después.

La autopsia reveló: fosa esplénica sin particularidades; degeneración grasosa aguda de hígado y turbia de riñón. Signos evidentes de que la muerte se produjo por anoxia en parénquima nobles.

Vamos a resumir la observación 25 que hizo un cuadro muy similar a éste, pero con menos horas de evolución de anoxia, habiendo podido encauzarse.

C. A., 10 años. Accidente automovilístico. Contusión de flanco e hipocóndrio izquierdos. Llevado inmediatamente al hospital fue tratado como cuadro de shock. Se llama cirujano (Dr. Foleo). Cuatro horas más tarde, comprobando éste un síndrome intenso de anemia aguda, operando sin dilaciones. Encuentra el vientre lleno de sangre y el bazo roto en dos fragmentos. A las quince horas de la intervención gran agitación, delirio, hiperpirexia, que se prolongó cuatro horas, cediendo con refrigeración y medicación coadyuvante. Buena evolución.

Del análisis de todas las historias que hemos vivido, hemos deducido la existencia de un verdadero complejo lesional en las rupturas del bazo, sea cual fuere su forma anatomoclínica. Hay elementos de índole general que delatan la hemorragia. Y hay elementos de índole regional que señalan la agresión de los componentes de la fosa subfrénica:

a) Componentes parietales, fractura o traumatismo costal, con hematoma o signos de contusión sobre costillas esplénicas (en 66 % de los casos).

La fractura costal no está presente en ninguna de las historias de niños o adolescentes con tórax muy elásticos.

b) Hematomas o equimosis de región lumbar.

c) Dolor y defensa en los músculos anchos del abdomen sobre el hipocóndrio izquierdo.

d) Signos de irritación frénica, dolor irradiado al hombro (Stajano).

La irradiación del dolor al hombro, axila o región supraclavicular izquierda, es de gran valor aunque su ausencia no descarta el diagnóstico. A veces este síntoma puede ser provocado llevando al enfermo a la posición de Trendelenburg. Es una de las formas de reacción frénica que el Prof. Stajano describió en 1924 para los procesos inflamatorios e irritativos peritoneales de origen pelvigénital.*

* Prof. Stajano, Carlos: "Reacción frénica". Montevideo, Facultad de Medicina, 1924.

e) Elementos de participación respiratoria: dolor con la respiración; respiración contenida, inmovilidad respiratoria.

f) Repercusión sobre las vísceras huecas de fosa subfrénica: distensión gástrica o colónica y dolor abdominal.

g) Agresión renal; en el 30 % de nuestras observaciones existía hematuria. Es un elemento de gran valor y que puede desorientar al cirujano, si pretende explicar todo el cuadro por la lesión renal. Si existe un síndrome de anemia aguda y la entidad de la hematuria no es tal como para justificar el cuadro general del enfermo, este síntoma debe robustecer el diagnóstico de ruptura de bazo.

SINDROME RADIOLOGICO EN LAS RUPTURAS DEL BAZO

Como siempre el elemento fundamental en el diagnóstico es la historia clínica; y aun existen casos en los que el examen radiológico está contraindicado. Pero, cuando su realización no implica un riesgo para el enfermo, puede ser de valor, mostrándonos los siguientes componentes: 1º) opacidad de fosa subfrénica; 2º) elevación del hemidiafragma izquierdo; 3º) desplazamiento de la cámara gástrica hacia la línea media; 4º) descenso del ángulo izquierdo del colon.

EL LABORATORIO EN LAS RUPTURAS DEL BAZO

El recuento de los glóbulos rojos raramente baja de los tres millones y medio pese a la situación dramática; es que el organismo se defiende por vasoconstricción antes de que aparezca el mecanismo de la hemodilución y puede llegarse a la muerte sin gran descenso de esta cifra, como sucedió en nuestra observación 19.

El restablecimiento de la volemia en estos enfermos demanda dos a tres días. Y paradójicamente en las buenas evoluciones, mejora el estado general y la cifra globular sigue bajando; es la hemodilución que recién se realiza.

Las hemodiluciones mayores se observan en las rupturas en dos tiempos, donde la pérdida sanguínea progresiva ha sido re-

parada por linfa intersticial que ha disminuído los glóbulos manteniendo la volemia. Existe un desequilibrio en el balance acuoso y salino en estos enfermos que debe ser corregido por una reposición adecuada.

El examen en las primeras muestras de orina, da cifras de cloruros normales, instalándose luego un descenso progresivo cuyo máximo se alcanza a las 72 ó 96 horas, seguido de un ascenso 48 horas más tarde.

LESIONES ANATOMOPATOLOGICAS ENCONTRADAS

De las 19 observaciones de sintomatología inmediatas:

- 10 casos corresponden a estallido de bazo.
- 4 casos corresponden a bazos separados en dos fragmentos.
- 3 casos corresponden a fisuras en las caras.
- 2 casos corresponden a lesiones en borde posterior.

De las 8 rupturas en dos tiempos:

- 4 casos son grandes hematomas subcapsulares.
- 3 casos son hematomas sub y pericapsulares (predominando la herida en cara externa y borde posterior).
- 1 caso hematoma de cara interna.

De los 3 casos con hematoma de fosa frénica:

- 1 caso operado a los diez días, presentaba infartos en cara externa de bazo; enorme cáscara coagulada rodeando este órgano; cápsula parcialmente decolada; coágulos intra y periesplénicos.
- 1 caso operado a los veintiún días con gran hematoma subcapsular.
- 1 caso en que por clínica y radiología se diagnosticó hematoma subcapsular y no fue operado. Corresponde al caso N^o 16 de la estadística ya publicada por el Prof. Larghero.

Del análisis de nuestros casos de rupturas se deduce, pues, que salvo concomitancia con injuria renal, presente en el 30 % de los casos, el bazo es el único órgano lesionado dentro del abdomen.

Como excepción, y en carácter de cirujano del Sanatorio del Banco de Seguros, vivimos un caso que ayudamos a operar al Dr. Piquinela (quien lo va a presentar a continuación) en el que había asociación con lesión de víscera hueca, estallido de intestino delgado.

De las 5 heridas del bazo (como curiosidad anotamos cuatro mujeres y un hombre, a diferencia de las rupturas en que eran 29 hombres y una niña):

- 1 caso: herida por vidrio con sección de arteria esplénica, sería motivo de una presentación del Dr. Barthe.
- 2 casos: heridas por arma blanca, con lesión exclusivamente de bazo.
- 1 caso: herida por arma blanca, donde a la lesión del bazo se asocia herida costal y diafragmática.
- 1 caso: herida de bala, con asociación de lesión gástrica, colon y pulmón.

TRATAMIENTO

Hecho el diagnóstico de ruptura de bazo, la esplenectomía se impone, lo más pronto posible, siempre que el enfermo haya sido puesto en condiciones de tolerarla. La transfusión de sangre, alrededor de un litro, es indispensable para conferir a esta operación una seguridad pocas veces igualada en cirugía de urgencia (Prof. Larghero). A falta de esta precaución, en un enfermo shockado, la esplenectomía puede ser fatal.

El enfermo es llevado a mesa de operaciones intubado, sonda gástrica que ha permitido previamente vaciar el estómago.

La esplenectomía debe realizarse con el mínimo traumatismo.

1º) Anestesia: profunda con resolución muscular completa (éter - gas).

2º) Incisión: en nuestro Servicio se preconiza la incisión oblicua tóracoabdominal por disociación, descrita por Mérola en 1917, Constantini en 1922 y Garlok en 1945.

Ventajas de esta incisión:

- a) No impone manoseo de vísceras, ni tironeamiento de mesos, lo cual es fundamental en el postoperatorio, según lo ha demostrado Stajano en nuestro medio.
- b) No traumatiza los músculos del abdomen, a diferencia de la paramediana.
- c) Permite, abriendo el epiplón gastroesplénico, ligar los vasos esplénicos, previamente a la ectomía, si el caso lo requiere (bazo fijo).
- d) Control fácil, a la vista, del lecho esplénico, que se expone fácilmente con una valva.
- e) Facilidad en el cierre, supresión rápida de la anestesia.

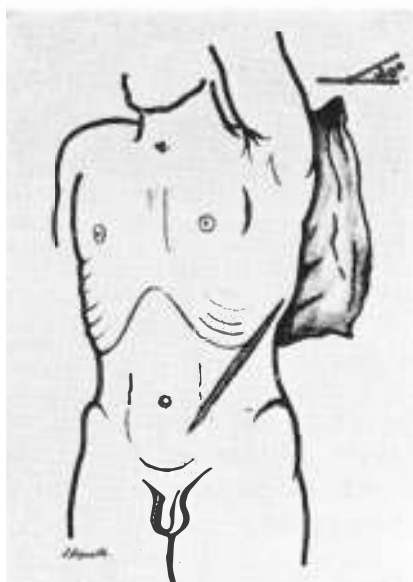


Fig. 1.—Incisión oblicua tóracoabdominal de Mérola.
Dirección del 9º espacio intercostal izquierdo.
Cirujano a la izquierda del enfermo.

Posición del enfermo.—En decúbito horizontal, con una ligera inclinación a derecha, cambrando la fosa subfrénica unos 30 grados sobre el plano horizontal.

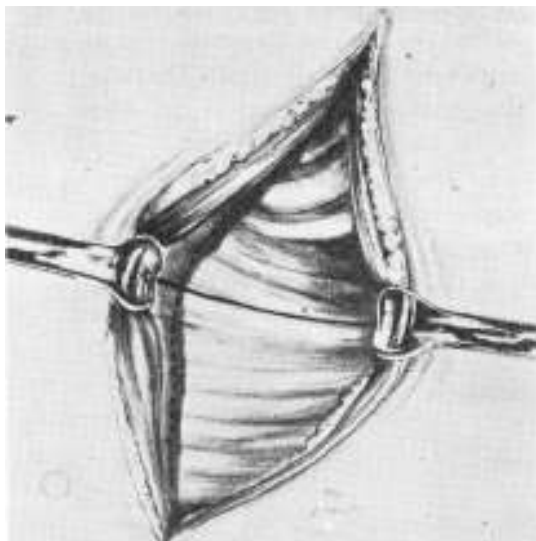


Fig. 2.—Gran oblicuo incindido en la dirección de sus fibras. Obsérvese que el tercio superior de la incisión invade sobre el reborde costal. Disociación de las fibras del pequeño oblicuo y transverso, abriendo la vaina del recto. Si es necesario, esta vaina será abierta longitudinalmente hacia arriba y abajo. El labio externo del músculo gran oblicuo debe ser liberado hasta el flanco.

Las incisiones en cirugía de urgencia deben ser amplias; ésta va desde el noveno espacio intercostal izquierdo a la altura de línea axilar media, hasta por debajo del ombligo, un tercio de la incisión queda sobre el tórax y dos tercios sobre el abdomen.

El gran oblicuo es incindido en la dirección de sus fibras, y decolados bien sus dos labios para dar luz sobre el plano subyacente. El labio externo del músculo gran oblicuo debe ser liberado hasta el flanco (ver fig. 2). Queda expuesto el plano muscular del pequeño oblicuo y transverso. Se disocia el plano de los otros músculos anchos del abdomen en el sentido de sus fibras. Esta disociación debe ser hecha cerca del reborde costal, abriendo la vaina del recto en sentido longitudinal si es necesario. Se consigue así una exposición amplia (ver fig. 3) abriéndose la cavidad peritoneal en un mismo plano con el transverso.



Fig. 3.—Luz proporcionada por la incisión.

Un ayudante retrae y levanta el reborde costal, en tanto que una compresa mantiene el colon y la vaina visceral. Se explora para determinar si el bazo es libre o con periesplenitis, y la longitud de los mesos.

Si el bazo se exterioriza con facilidad, con mesos complacientes, se tratará de empalmar el órgano, trayéndolo a la superficie lo que abrevia considerablemente la hemostasis.

Exteriorizado el órgano, se introduce una compresa en el fondo de la fosa subfrénica y se puede observar bien dónde termina la cola del páncreas, la distancia que la separa del hilio del bazo, procediéndose con comodidad al aislamiento y ligadura de los elementos del pedículo esplénico. Seccionado el pedículo, el bazo viene a la mano, laxamente sostenido por los vasos cortos del epiplón gastroesplénico, que se ligan en forma seriada.

Cuando el bazo no es exteriorizable por adherencias o por mesos breves, la hemostasis debe proceder a la movilización del



Fig. 4.— El bazo ha sido exteriorizado tanto más fácilmente cuanto más largo es su pedículo.

órgano. Se practicará primero ligadura y sección de los vasos del epiplón gastroesplénico, quedando así ampliamente abierta la retrocavidad de los epiplones. Queda a la vista el pedículo esplénico y el borde superior del páncreas, siendo fácil realizar entonces la ligadura del pedículo esplénico, que siempre debe ser ligado contra el bazo para no comprometer la cola del páncreas.

La pared se cierra por planos con mucha facilidad.

Se levanta el peritoneo y el plano muscular del transverso, que ofrecen como una bolsa que se sutura a puntos separados con catgut cromado N^o 1 (ver fig. 4).

Habrá que cuidar el cierre de la vaina del recto en sus hojas anterior y posterior. Si la abertura ha sido amplia, cierre sin drenaje.

Este tipo de incisión fue realizado en 20 casos.

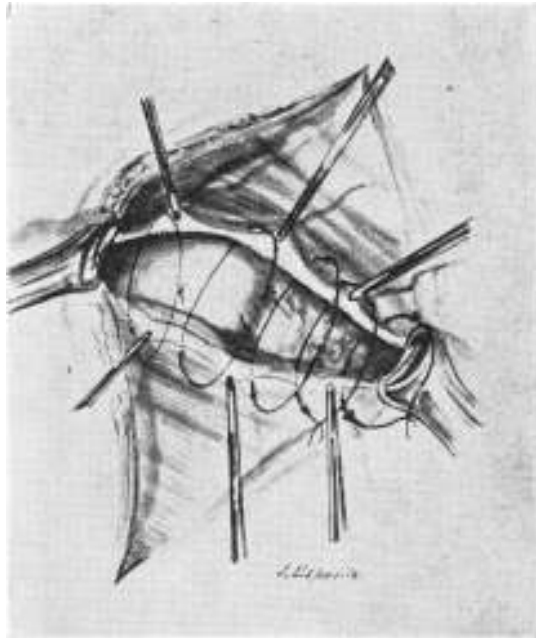


Fig. 5.—Cierre de los músculos pequeño oblicuo y transverso con peritonco, en un plano a puntos separados.

De estos 20 casos, en 17 de manera primaria y en 3 casos secundaria a otras incisiones exploradoras, porque el diagnóstico no era firme. En dos casos mediana infraumbilical y en otro paramediana derecha.)

Cuando el diagnóstico es hemorragia cataclísmica a punto de partida de un órgano de supramesocólica, la incisión de elección es la de Pean, que permite explorar simultáneamente hígado y bazo.

Cuando se comenzó con esta incisión, y una vez comprobada la hemorragia esplénica, se realizó la incisión preconizada.

En el caso de hemorragia grave por herida de vidrio con sección de la arteria esplénica que presenta el Dr. Barthe, la incisión fue mediana supraumbilical.

La incisión de elección que describimos, permite también resolver el caso clínico en las heridas de bazo, puesto que, resacando la costilla, permite resolver simultáneamente la herida torácica y la abdominal.



Fig. 6.— Cicatriz de incisión oblicua, tres meses después de la operación.

La incisión transversa del hipocondrio izquierdo fue realizada en 7 casos.

En 2 casos se realizó tóracofrenolaparotomía.

En suma, los 34 casos operados fueron abordados así:

Incisión de elección: 20 casos.

Incisión transversa: 7 casos.

Incisión paramediana izquierda: 4 casos.

Incisión por tóracofrenolaparotomía: 2 casos.

No se operó un paciente.

EVOLUCION POSTOPERATORIA Y COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes a temer son: ileus parálítico y pulmonares. El ileus se combate de manera profiláctica,

con la intubación y vigilancia de síndrome humoral. La profilaxis de las complicaciones pulmonares comienza con la elección de la incisión; en caso de atelectasias, se debe recurrir a la broncoaspiración.

Como complicaciones de menor entidad hubo un caso de oclusión mecánica del delgado por brida, que necesitó una reintervención a los 2½ meses.

Un caso de descompensación cardiocirculatoria con gran palidez, taquicardia, presión arterial Mx. 15, Mn. 0, por instalarse un gotero rápido con suero, que engendró un síndrome de hemodilución con hiperquinesis en una anemia. Suspendido el suero e instalada una transfusión, todo entró en orden en pocas horas.

Muertes (2 en 35, 6 %): Uno por olianuria que corresponde a la primer estadística presentada por el Dr. Larghero y el otro muerte hepática según comprobación necrósica.

CONCLUSIONES

En todos nuestros casos la ruptura del bazo siguió a un traumatismo de entidad.

El diagnóstico debe ser realizado en el menor tiempo posible; y para ello tener siempre presente el complejo lesional engendrado por el traumatismo de la fosa subfrénica.

Una vez realizado el diagnóstico positivo de lesión esplénica, el abordaje al abdomen se realiza por una incisión lateralizada, oblicua, que permite una entrada rápida al vientre, esplenectomía fácil y el cierre puede ser realizado en pocos minutos.

La incisión oblicua tóracoabdominal ensanchada disociando los músculos pequeño oblicuo y transverso abriendo la vaina del recto, permite una amplia visión del piso superior izquierdo del abdomen.

En el postoperatorio, el enfermo debe ser vigilado del punto de vista clínico y humoral. Pero no olvidar que por la hemodilución es lógico esperar una disminución de los glóbulos rojos por mm³ y aun una hipocloruria marcada. No insistir en la terapéutica intempestiva intravenosa. La normalización se va realizando paulatinamente por la propia acción compensadora del organismo, alcanzando sólo la restauración oral.

BIBLIOGRAFIA

- BRINES, D. A.— Spontaneous rupture of the normal spleen. "Arch. of Pathology", 36: 163; 1943.
- HARKINS, H. N. and ZABINSKY, J.— Traumatic rupture of the spleen. "The American Journal of Surgery", 61, N° 1: 67-75; 1943.
- HARKINS, H. N.— Delayed splenic rupture. "The American Journal of Surgery", 57, N° 1: 159-161; 1943.
- LARGHERO, P. and GIURIA, F.— Traumatic ruptur eof the spleen. "Surg. Gynec. and Obstetric", 92: 385-404; 1951.
- LAWRENCE, M. K. and HARKINS, H. N.— Traumatic rupture of the normal spleen. "Surgery", 35, N° 3: 493-500; 1954.
- STAJANO, C.— Reacción frénica. "Anales de la Facultad de Medicina", Montevideo, 1924.
- ZABINSKY, E. and HARKINS, H. N.— Delayed splenic rupture: a clinical syndrome following trauma. "Archives of Surgery", N° 2, 1943.