

## El diagnóstico precoz en las roturas traumáticas del bazo

por el doctor  
**Bosch Avilés**

Entre las lesiones viscerales que ocurren en los traumatismos abdominales, debemos estudiar, sino por su frecuencia por su gravedad, las roturas traumáticas del bazo.

Este órgano puede ser lesionado por cualquier traumatismo que actúe sobre el hipocondrio izquierdo, aunque en la literatura médica se encuentran varios casos en que con un traumatismo muy distante de esta región (caídas sobre las rodillas o pies, contusión del hipocondrio derecho), se han producido lesiones del bazo.

La intensidad del traumatismo, aunque muy importante, no es condición indispensable para la producción de estas lesiones, pues son muchas las roturas del bazo con traumatismos muy pequeños, pero es cierto que en estos casos se trata casi siempre de individuos con alteraciones esplénicas, generalmente palúdicas. Es de muy antiguo sabido que los esplenomegálicos pueden con un pequeño esfuerzo, con un fuerte estornudo, con una contusión ligera, producirse la rotura del bazo; pero los individuos con este órgano normal, necesitan para lesionárselo un traumatismo más intenso o más directo.

Los traumatismos del bazo pueden producir lesiones muy variadas; unas veces pequeños equimosis, otras hematomas intraesplénicos más o menos voluminosos, y otras roturas del bazo con o sin rotura de la cápsula; las dos primeras no nos interesan en esta ocasión aunque alguna vez pueden llegar a motivar una intervención quirúrgica; el último grupo comprende las

roturas más o menos profundas y de forma muy variada, las dislaceraciones o destrucciones de una porción del parénquima, y los arrancamientos en que un fragmento más o menos grande se encuentra separado del órgano, habiendo casos en que es todo el bazo el separado por rotura de su pedículo.

No están conformes los autores, en cual es la zona del bazo más frecuentemente lesionada: FINKELSTEIN cree que la cara interna es el sitio más frecuente de rotura, pues según estadísticas por él repasadas, encuentra 112 casos en esta región contra 82 en las otras; en cambio, PLANSON opina que es la externa la más vulnerable; el polo inferior es el menos protegido y el lesionado generalmente en los traumatismos que actúan sobre las falsas costillas. El bazo puede ser lesionado en todas sus partes, variando según la naturaleza, forma y dirección del traumatismo.

La gravedad de estas lesiones es innegable, puesto que la mejor estadística da un 24 % de mortalidad y algunos como J. F. GONNORS la elevan hasta un 60 %. Los enfermos mueren todos por hemorragia, algunas veces inevitable, pero otras por retraso en el diagnóstico lo cual hace que intervegamos cuando el vientre está lleno de sangre; debemos, pues, apurar todos los medios para llegar al diagnóstico precoz de tan importante lesión, única manera de disminuir la gran mortalidad.

Desgraciadamente la rotura del bazo no tiene ningún síntoma patognomónico y mu-

chas veces se presenta con un cuadro clínico que no es el de las grandes hemorragias abdominales, pero si no diagnosticamos la lesión en este momento oportuno, pasado un tiempo más o menos largo la hemorragia se presenta de un modo horripilante.

He aquí cuatro casos personales muy variados e instructivos:

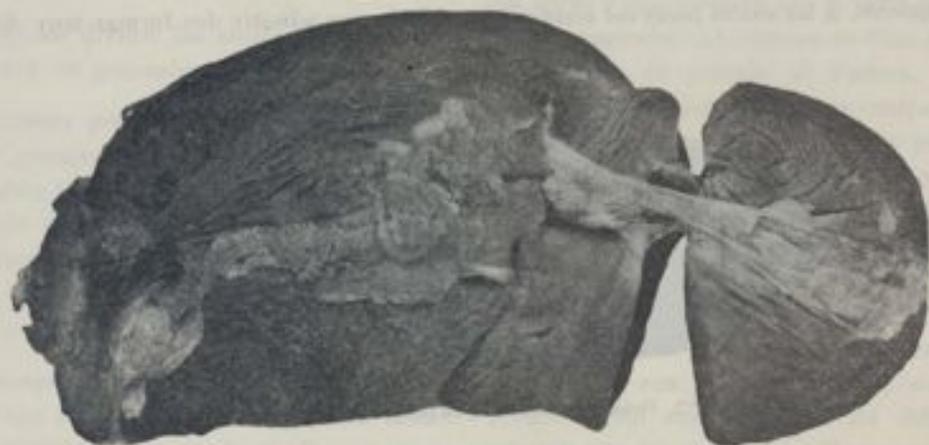
OBSERVACIÓN N.º 1:

S. J., 45 años, guardia de seguridad. Al descender de un tranvía choca contra un poste, cha-

ción que sigue el borde costal izquierdo; bazo con una herida estrellada que interesa toda la cara anterior hasta el fleo; esplenectomía, inyección intravenosa de suero, tónicos cardíacos. Fallece a las 24 horas.

OBSERVACIÓN N.º 2:

R. V., 31 años, jornalero. Atropellado por auto; fuerte contusión en el hipocondrio izquierdo y hombro derecho. Ingresa en nuestro servicio del Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo a la una de la tarde; desciende por su pie de la ambulancia y en igual forma va al pabellón; dice



Fotografía n.º 1. Sección del polo inferior del bazo (pieza operatoria).

vándose el mango del machete en el hipocondrio izquierdo. Síncopa que pasa a los 15 minutos negándose a ser trasladado a la casa de socorro por encontrarse bien, según él manifiesta, yéndose a pie hasta su domicilio. A las tres horas, intenso dolor abdominal y reaparición del síncope que desaparece también con facilidad. Ingresa en el servicio del Hospital de la Sta. Cruz a las cinco horas del accidente. Cara pálida y sudorosa; pulso a 120 y depresible; temperatura, 37.2°; dolor abdominal difuso, a la palpación más acentuado en el hipocondrio izquierdo; submatidez en el vacío izquierdo; no hay vómitos ni dolor en el hombro izquierdo; orina normal. Diagnóstico: hemorragia interna por probable rotura traumática del bazo.

Operación. — Laparotomía media supraumbilical; vientre con gran cantidad de sangre que proviene del hipocondrio izquierdo; segunda in-

tervención que sólo le molesta la contusión del hombro. Color de cara y encías, natural; vientre flácido y no doloroso; pulso, 84; temperatura, 36.8°. A las seis de la tarde, vientre normal e indoloro a la palpación; temperatura, 37.4°; pulso, 90; el enfermo sigue diciendo que se encuentra perfectamente. A las tres de la mañana, vómitos; se inicia el dolor abdominal. A las ocho de la mañana, hora en que lo visito por primera vez, todos los síntomas de una gran hemorragia interna; mucosas decoloradas, pulso, 130 y muy depresible; temperatura, 37.8°; dolor abdominal difuso, no hay dolor localizado a la presión. Se indica la intervención de urgencia.

Operación. — Laparotomía supraumbilical; vientre inundado en sangre; al explorar el hipocondrio izquierdo se encuentra el polo inferior del bazo completamente seccionado (fot. n.º 1); esplenectomía; fallece a las dos horas.

## OBSERVACIÓN N.º 3:

D. S., 22 años, sirvienta. Cae de una escalera recibiendo una fuerte contusión en el hipocondrio izquierdo con un taburete. Síncopa que desaparece fácilmente; se comprueba la existencia de fractura de la 9.ª costilla izquierda; pulso y temperatura normal; dolor a la presión en el hipocondrio izquierdo; dolor a cada inspiración que se atribuye a la fractura costal. Ingresa inmediatamente en la clínica privada. A las dos horas sigue el dolor a la inspiración, con todo y haber inmovilizado lo mejor posible la caja torácica; pulso, 90; temperatura, 37; presión arterial máxima 12, mínima 7; vientre flácido y solamente doloroso a la presión en el hipocondrio izquierdo. A las cuatro horas del accidente,

ingresa en nuestro servicio del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo casi en estado de shock; mucosas pálidas, pulso casi inconstante y apenas perceptible; submatidez en los vacíos. Diagnosticada hemorragia interna, se opera inmediatamente.

*Operación.* — Laparatomía supraumbilical; vientre lleno de sangre; se comprueba que la hemorragia procede del bazo; incisión que partiendo del ombligo va al octavo espacio intercostal; se encuentra una gran herida en la región ilear del bazo (fot. n.º 2). Esplenectomía, suero, tónicos, etc. Fallece a los pocos momentos.

Debemos admitir dos formas muy distin-



Fotografía n.º 2. Gran herida de la región ilear del bazo (pieza operatoria).

pulso, 94; temperatura, 37.2; presión arterial máxima 12, mínima 6; los otros síntomas igual; orina normal; no se observa nada en el aparato respiratorio; no hay vómitos. Sospechando la existencia de una lesión del bazo, se indica la operación, que se practica a las cinco horas del traumatismo.

*Operación.* — Incisión de Leclerc; poca sangre en el vientre; al separar el estómago y colon se observa gran hemorragia en la región esplénica; pinzamiento digital del pedículo esplénico; exploración del bazo en el que se encuentra una herida en "L" en su borde convexo y cara posterior. Esplenectomía; al despertar la enferma ya no aqueja el dolor que presentaba a cada inspiración; curso postoperatorio completamente normal. Curación a los 19 días.

## OBSERVACIÓN N.º 4:

J. G., 25 años, jornalero. Atropellado por auto; no tenemos datos sobre la región traumatizada.

tas de lesiones del bazo por traumatismos cerrados: 1.º, aquellos en que el síntoma de hemorragia interna se presenta desde el primer momento, y 2.º, los que no presentan este síntoma hasta después de un tiempo más o menos distante del traumatismo.

En los primeros, la cuestión a resolver es clara aunque algunas veces no podamos precisar el órgano lesionado; la laparatomía de urgencia se impone, pero desgraciadamente casi siempre es mortal.

En los segundos el problema es completamente diferente; lo hemos dicho ya, el enfermo se nos presenta antes de tener la gran hemorragia y hemos de adelantarnos a ella, pues fatalmente se presentará y entonces nos encontraremos en igual caso que los anteriores. Si tuviésemos un signo de

precisión resolveríamos la cuestión muy fácilmente, pero como éste no existe, pues el signo de Kehr (dolor en el hombro izquierdo) al que algunos autores conceden tanta importancia, pues METCALFE y FLETCHER dicen "dolor en el hombro izquierdo, mas, signo de hemorragia, igual a rotura bazo" es muy inconstante según la opinión de muchos autores (no lo hemos observado en ninguno de nuestros cuatro casos), debemos buscar todos los síntomas con detenimiento para de su conjunto formar una conclusión.

Podemos dividir los síntomas de rotura del bazo, en generales y local:

*Síntomas generales.* — Es muy interesante procurar que el enfermo nos precise la región traumatizada, pues aunque es innegable que hay algunos casos de rotura del bazo por traumatismos lejanos, no es menos cierto que la gran mayoría son producidos por traumatismos directos.

*Síncope.* — En toda contusión abdominal haya o no lesión de los órganos internos, el primer síntoma es el síncope; pero este síncope es siempre de corta duración y el enfermo se restablece completamente: no debemos, pues, concederle ninguna importancia a esta manifestación que seguramente no es más que un acto reflejo del simpático abdominal. No ocurre lo mismo cuando el síncope reaparece o se prolonga mucho tiempo; en el primer caso es indicio de lesión orgánica casi siempre hemorrágica como ocurrió en nuestra Observación n.º 1, y en el segundo como en la Observación n.º 4, signo infalible de una gran hemorragia interna. Este dato es suficiente para indicarnos la necesidad de una intervención de urgencia, pero no nos indica cual es el órgano lesionado, y como siempre se presenta al venir la inundación de sangre en el peritoneo, no debemos espe-

rarlo nunca sino adelantarnos a él fundándonos en otros síntomas.

*Pulso.* — El examen del pulso es un dato importantísimo de gran utilidad para el diagnóstico, que debe ser anotado metódicamente. La gran mayoría de autores (HAMILTON BAILLY, MAC CRACKEN, QUÉNU, etc.) están conformes en que el aumento progresivo del número de pulsaciones es un signo de una capital importancia para el diagnóstico precoz de la rotura del bazo: FIOLE dice que debe tomarse el pulso cada dos horas y que siempre que se note un aumento progresivo del número de ellas y una disminución de presión al Pashon, debe operarse sin tardar aunque no exista ningún otro síntoma: nosotros hemos podido comprobar este aumento progresivo en las Observaciones n.º 2 y 3, siendo en esta última este signo el que nos indicó la necesidad de la intervención.

La característica de este síntoma, no es la diferencia de las pulsaciones existentes comparadas con la cifra normal, sino la progresividad del aumento: no debemos esperar que las pulsaciones lleguen a cien o más, sino que basta como dice FIOLE un pequeño aumento en dos o tres exámenes repetidos frecuentemente para decidirnos.

*Presión arterial.* — En cuanto a lo referente al descenso de la presión arterial, no lo he podido comprobar en la presión máxima, pero sí en la mínima (Observación n.º 3), este síntoma lo he encontrado también en lesiones traumáticas con hemorragia de otros órganos (riñón) y creo por lo tanto que es muy digno de tenerse en cuenta aunque no sea característico de lesión del bazo.

Con todo y lo dicho, no puedo por menos de hacer notar que hay casos de rotura del bazo con hemorragia sin que se produzca esta aceleración del pulso (casos de FINSTERER, RAIT, BACCARINI, etc.), lo cual nos

obliga a afirmar, que la falta de este síntoma no niega la posibilidad de que exista una lesión esplénica hemorrágica.

*Temperatura.* — Hemos podido observar en estos traumáticos un aumento ligero de la temperatura iniciado al cabo de dos o tres horas; pero no debe concedérsele mayor importancia mientras esta hipertermia no llegue alrededor de 38°, pues el aumento de pocas décimas lo he encontrado varias veces en contusionados abdominales sin lesión orgánica: no obstante, cuando la temperatura llega en pocas horas a la cifra antedicha, tiene ya una significación muy digna de tenerse en cuenta. En los casos de rápida y abundante hemorragia, esta elevación térmica no se observa, presentando temperaturas más bajas de la normal.

El origen de esta temperatura no está esclarecido, pero no puede atribuirse a la absorción de la sangre extravasada, por la prontitud con que aparece.

#### *Síntomas locales*

*Dolor.* — Todo traumático abdominal tiene dolor que partiendo de la región contundida se irradia más o menos por el abdomen; generalmente este dolor no es de gran duración, no obstante yo he tenido ocasión de tratar un enfermo que yendo con velocidad en bicicleta y ante el peligro de ser atropellado por un tranvía, se abrazó a un poste, recibiendo una fuerte contusión abdominal; el único síntoma que presentaba era un dolor agudísimo y espontáneo que duró más de 24 horas, curando después rápidamente sin ningún trastorno. De esto podemos deducir que el dolor espontáneo inmediatamente después del traumatismo, por más prolongado que éste sea no tiene una importancia decisiva si no va acompañado de otros síntomas: en cambio, el dolor que reaparece des-

pués de un lapso de tiempo más o menos largo de reposo, es característico de lesión orgánica (Observación n.º 1). Este dolor reaparece generalmente alrededor del sitio lesionado, que será por lo tanto en el hipocondrio izquierdo o en el ángulo costovertebral; pero en algunos casos, lo cual siempre representa un obstáculo para el diagnóstico, reaparece en regiones muy distantes como la ingle e incluso en el emi-abdomen derecho.

*Signo de Kehr.* — Un dolor espontáneo que merece ser buscado con todo cuidado, es el del hombro izquierdo o signo de Kehr. Examinando las estadísticas y casos publicados de rotura del bazo, se encuentra este síntoma en un 10 a 18 % según distintos autores; nosotros no hemos podido hallarlo en nuestros cuatro casos, pero esto no es óbice para que recomendemos su busca detenida, pues todos los casos publicados en que se ha encontrado este signo, se ha comprobado la existencia de la rotura del bazo; lo cual demuestra que aunque inconstante, cuando existe es de un valor positivo.

*Dolor provocado.* — El dolor a la presión localizado en el hipocondrio izquierdo tiene importancia porque nos indica el órgano lesionado; este dolor ni es constante y puede encontrarse en una zona distante en cuyos casos no niega la posibilidad de la existencia de una rotura del bazo; debe buscarse siempre por ser un auxiliar para el diagnóstico.

*Contractura muscular.* — La contractura abdominal falta muchas veces en la rotura del bazo, como ocurrió en nuestros enfermos n.º 2 y 3; cuando existe puede ser general o local. La contractura generalizada es siempre indicio de reacción peritoneal y aunque no sea específica de ninguna lesión, ella sola indica la necesidad de una intervención de urgencia; si es localizada,

no es una indicación operatoria, pero es una guía hacia el órgano lesionado; no obstante, si esta contractura persiste mucho tiempo, es un síntoma muy digno de tenerse en cuenta. En todo traumatismo abdominal existe algo de contractura localizada debida a la contusión muscular, pero con reposo y fomentos calientes desaparece en el plazo de 15 a 20 horas; si persiste, debemos sospechar o una rotura muscular o una lesión de los órganos internos, lo cual diferenciaremos por los otros síntomas concomitantes.

La rotura del bazo puede presentar también otros síntomas más inconstantes, pero que es necesario recordar.

La matidez o submatidez de las partes deefives abdominales, como los vacíos y fondo de DOUGLAS: estos síntomas de indiscutible importancia, se presentan cuando la hemorragia es muy abundante y difundida por todo el vientre, momento al cual no debemos llegar si queremos salvar la vida de estos lesionados; debemos siempre anticiparnos a ellos para hacer el diagnóstico precoz en las roturas traumáticas del bazo.

Los vómitos son un síntoma poco frecuente y si aparecen inmediatamente después del traumatismo no tienen ninguna importancia, pero, al igual que el dolor espontáneo, son de gran significación cuando éstos se presentan pasadas unas horas; en nuestra Observación n.º 2, fué éste el signo inicial de la hemorragia abdominal.

Otro síntoma que pudimos observar en nuestra enferma n.º 3, fué el dolor en el hipocondrio izquierdo a cada inspiración: este signo que se halla ya descrito en la literatura médica, se encuentra rarísimas veces pero tiene una importancia característica, pues en nuestro caso, que como ya he dicho antes no le concedí importancia por creerlo debido a la fractura costal concomitante, desapareció completamente tan pron-

to se practicó la esplenectomía; prueba eficiente de que era debido a la rotura del bazo.

Por este repaso rápido de los principales síntomas que presentan los enfermos afeetos de rotura traumática del bazo, se comprende con cuanta razón decía al principio que no teníamos ninguno que mereciera el calificativo de patognomónico y que siempre ha sido, es y será la preocupación del cirujano, diagnosticar precozmente la lesión para evitarnos la gran hemorragia fatal. Esto ha hecho que se buscaran nuevos datos, dirigiéndose preferentemente las observaciones hacia el examen de la sangre.

WILLIS encuentra un descenso en la tasa de hemoglobina que desciende en una hora de 90 a 70 %. CONNORS cita un caso de disminución de glóbulos rojos de 4 a 2 millones. J. F. GONNORS dice que el examen de la sangre demuestra ligera disminución de hematíes y pequeña leucocitosis con polinucleosis: en cambio HAMILTON, BAILEY y otros muchos, afirman que el examen de la sangre no proporciona ningún dato útil.

No podemos nunca profetizar en qué momento se presentará la hemorragia interna que tememos; en nuestros enfermos en uno se presentó a las tres horas, en el otro a las 16 y en el tercero no llegó a presentarse por haberla diagnosticado precozmente.

Son muchos los casos publicados en que la hemorragia aparece a los dos o tres días: FERRARI observó tres, uno de ellos con cinco días de intervalo, y OEHLBECKER uno de catorce días.

Un caso notable que merece recordarlo, es el de J. EISENKLAM: trátase de un hombre de 35 años que ingresa en el hospital con síntomas de hemorragia interna; dolor violento del abdomen, contractura difusa,

vómitos, palidez, temperatura 36°, pulso 68: este enfermo había recibido 19 días antes, una contusión en el hipocondrio izquierdo por caída de la cama, sin que esto le privara de continuar su trabajo hasta el ingreso en el hospital. En la operación se encontró un desgarró en la parte convexa del bazo de 9 em. de largo por 3 de ancho, sin apreciar ninguna alteración en el tamaño ni en la consistencia del órgano.

¿Cómo explicar que una lesión de este órgano vascular sanguíneo tarde tantos días en producir una hemorragia fulminante?

Son varias las teorías ideadas: unos suponen que los traumatismos violentos producen una especie de inhibición con vasoconstricción intensa de los vasos del pedículo esplénico: otros creen que el pedículo esplénico queda aplastado entre el agente vulnerante y la columna vertebral; pero clínicamente se comprueba que esto no es cierto, pues en nuestra Observación n.º 2 el pedículo estaba íntegro estando solamente seccionado el polo inferior y la hemorragia no se presentó hasta las 16 horas.

TRENDELENBURG dice que si la sangre no se extiende rápidamente en toda la cavidad abdominal, es debido a que la contracción refleja de las paredes, comprimen las asas intestinales contra el raquis, evitando así que la sangre salga fuera del hipocondrio izquierdo: esta teoría no nos explica satisfactoriamente el por qué no se presenta la hemorragia difusa en los casos que observamos con vientre simplemente flácido.

Las explicaciones que más concuerdan con lo que comprobamos en la clínica son: 1.ª, la dada por AUDART que cree que la rotura esplénica no se manifiesta rápidamente algunas veces, porque la sangre queda retenida en la celda esplénica formada por arriba, detrás y afuera por el diafragma, por dentro por la pared postero-exter-

na del estómago, por abajo por una porción de la cara externa del riñón y de la cápsula suprarrenal, por el mesocolon transversal y el ligamento frenocólico izquierdo o sustentaculum lienis, por delante por el estómago y ángulo izquierdo del colon; esta celda sólo tiene comunicación con la gran cavidad peritoneal, por un hiatus anterior que lo tapa el estómago y el colon, los cuales tapan más o menos según estén o no llenos de gases y líquidos. En nuestra Observ. n.º 3, había muy poca hemorragia en peritoneo libre, en cambio, al separar el estómago y el colon para dejar al descubierto la celda esplénica, comprobamos que ésta estaba llena de sangre, lo que ratifica lo expuesto por AUDART.

La segunda teoría es la que afirma que en estos casos, primitivamente se produce una hemorragia intra capsular, la cual se distiende hasta que llega el momento que se rompe y entonces aparece el cuadro hemorrágico.

Son muchos los casos clínicos que demuestran la certeza de esta explicación, pues se han extirpado bazos traumatizados con cápsula distendida conteniendo en su interior bastante cantidad de sangre líquida y coágulos; también se han encontrado otros en los que se había producido la hemorragia retardada, con la cápsula despegada y con coágulos en su interior, no correspondiendo la rotura de la cápsula con la del parénquima.

Esta teoría, perfectamente aplicable en los casos de hemorragias que tardan días en presentarse, no nos explica algunos como el de nuestro enfermo n.º 2 en el que no había la menor señal de despegamiento de la cápsula. Debemos, pues, hoy día admitir, que las hemorragias retardadas son debidas o bien a la resistencia y distensión de la cápsula del bazo, o al cierre de la celda esplénica por sus órganos vecinos.

La gravedad de la rotura traumática del bazo, se ve algunas veces aumentada por las lesiones de otros órganos abdominales. No están muy acordes los autores sobre el porcentaje de estas lesiones asociadas las cuales según algunos llegan al 29 %.

El órgano más generalmente lesionado junto con el bazo, es el riñón izquierdo lo cual se explica perfectamente por su localización y por las íntimas relaciones de ambos; sigue a éste el páncreas, estómago, pulmón, hígado e intestinos. Estas lesiones concomitantes, nos obligan a una exploración muy meticulosa del enfermo, en especial de la orina y región renal, y a no cerrar el abdomen después de la intervención sin realizar una rápida exploración del mismo.

El tratamiento único de estas lesiones, es la esplenectomía. Antes se habían propuesto una serie de intervenciones como la ligadura del pedículo, la esplenorrafia, el taponamiento del órgano con o sin previa cauterización, la esplenectomía parcial, etcétera, pero hoy día estamos plenamente convencidos de que todas ellas son muy inferiores a la esplenectomía total rápidamente practicada, pues como dice muy bien LEJARS, estos enfermos están en choc o muy próximos a él, lo que hace que no toleren una operación prolongada. Esto ha hecho que se estudiara la incisión más conveniente para explorar y extirpar con facilidad este órgano: se había propuesto la incisión paralela al borde externo del músculo recto; otros indican como muy útil la que sigue el borde costo-condral; pero la que mejor permite la ligadura de los vasos esplénicos, que es lo primero que debemos hacer en estos casos, es la de LECÉNE; este autor practica una incisión que partiendo del reborde costal al nivel del 9.º cartilago izquierdo, desciende oblicuamente paralela a los nervios intercostales que se dirigen hacia el músculo recto del abdomen, termi-

nando al otro lado de la línea media y por encima del ombligo. QUÉNU propone también una incisión que difiere muy poco de la anterior.

La gran ventaja de estas dos últimas técnicas, no es solo el gran campo que proporcionan que permite pinzar rápidamente el pedículo, sino que respetan la innervación de los músculos abdominales, cosa que no ocurre con todas las otras.

En aquellos casos en que nos llega el enfermo en pleno síntoma hemorrágico sin que podamos precisar cuál es el órgano que la produce, debemos practicar una laparotomía media supraumbilical; si entonces comprobamos que la lesión es esplénica, podemos completar ésta con otra incisión que, como propone QUÉNU, partiendo del ombligo ascienda oblicuamente hasta el reborde costal al nivel del 8.º espacio.

¿Puede curarse espontáneamente una rotura del bazo? La literatura presenta varios casos de curación espontánea:

MAC CRACKEN en una estadística de 20 casos, cita dos que rechazaron la operación y curaron espontáneamente. En enero de 1924, publicó VALLACE una historia clínica de una enferma que atropellada por un carruaje dos años antes, continuaba con algunas molestias, y al operarla se encontró con un bazo roto y curado espontáneamente; histológicamente, el tejido esplénico estaba muy atrofiado e invadido por tejido fibroso.

El mecanismo de esta curación ha sido estudiado por MEYER en los perros. Después de tres horas la herida queda recubierta por un coágulo sanguíneo; a los cinco días el coágulo empieza a organizarse; a los catorce toda la herida está rellena de un tejido resistente comparable a una lámina conjuntiva.

La experiencia clínica comprueba lo anterior. LAMBOTTA ha visto una herida del

bazo tapada a los tres días por un coágulo fibrinoso en vías de organización y Osear HENGGELER encontró otro igual de quince días.

El epiplón juega en esto un papel importantísimo, aplicándose sobre la parte lesionada contribuyendo así no sólo a la hemostasia sino también a la peritonización.

Pero estos casos de curación espontánea son en proporción muy pequeña, lo cual hace que el clínico no pueda contar con ella, y que deba recomendar la esplenectomía siempre que crea en la existencia de una rotura del bazo.

De todo lo antedicho podemos deducir:

Primero. Que todo traumatismo del hipocostrio izquierdo, debe ser vigilado cuidadosamente durante varios días.

Segundo. Que solo el diagnóstico precoz nos permite aclarar el negro horizonte que se cierne sobre la vida de estos lesionados.

Tercero. Que si bien no tenemos ningún síntoma preciso de rotura del bazo, el aumento progresivo de las pulsaciones, la ligera temperatura, la disminución de la presión mínima, la contractura y dolor localizado, etc., forman un conjunto que nos permite hacer un diagnóstico bastante aproximado.

Cuarto.—Que el único tratamiento de esta afección es la esplenectomía.

#### RESUM

*L'autor crea que en les ruptures traumatiques del vas precisa no oblidar els principis següents:*

1r. Que tot traumatisme d'hipocostri esquerre s'ha de vigilar cuidadosament durant alguns dies.

2a. Que solament un diagnòstic precoç ens permet donar l'esperança sobre la vida d'aquesta malaltia.

3r. Que si bé no tenim cap símptoma precís de ruptura del vas, l'augment progressiu de pulsacions, la lleugera temperatura, la disminució de la pressió mínima, la contractura i el dolor localitzat, etc., formen un conjunt que ens permet fer un diagnòstic ben aproximat.

4. Que l'únic tractament d'aquesta afecció es l'esplenectomia.

#### RÉSUMÉ

*L'auteur dit que quand il y a rupture traumatique de la rate, il ne faut pas oublier les principes suivants:*

1) Tout traumatisme dans l'hypochondre gauche doit être surveillé pendant plusieurs jours.

2) Seulement un diagnostic précoce nous donne un peu d'espoir pour la vie de ces malades.

3) Quoiqu'il n'y ait aucun symptôme précis de la rupture de la rate, nous pouvons faire un diagnostic assez approximatif si les pulsations augmentent progressivement, s'il y a un peu de fièvre, une diminution de la pression minimale, contracture et douleur localisée, etc.

4) Le seul traitement est la splénectomie.

#### SUMMARY

*According to this author, in cases of traumatic rupture of the spleen, the following principles must be remembered:*

1) All trauma in the left hypochondria must be kept under vigilance during several days.

2) Generally an early diagnosis alone can save the life of these patients.

3) Although there is no definite symptom of a broken spleen, an approximate diagnosis may be made when there is a progressive increase in pulsations, slight temperature decrease of the minimum pressure, contracture, localised pain, etc.

4) The only treatment is a splenectomy.