

40-5

L. Mangin

2. Linnæus

No

87-1-C-111

1880

c 2411
(1880)

81-1-C-14

Nº

1880

Indicaciones de la Esplenectomía.

Memoria que para aspirar al Título de Doctor en
Medicina, presenta

— Dionisio Berrero Garcia —



Excmo Sr.:

Durante mi internado en la Clínica de operaciones de esta Facultad; tuve ocasión de observar algunos enfermos de esplenopatía y cuando para razonar el tratamiento que en ellos podía emplearse, acudí a la ilustración de los libros no encontré las soluciones que

estos daban lo suficientemente claras y precisas para decidir
mi ánimo en frente de una afección determinada por
una conducta precisa también, á seguir con intento de
curación.

Y como mas aqumjona nuestra voluntad
lo que menos conocido se presenta, esta obscuridad me
hizo recoger la experiencia de enfermos análogos que
pude ver en las demás clínicas guardando la exten-
sión é ilustraciones que acerca de ellos me dieron los
distintos Catedráticos. Pude también gracias á la
amabilidad de estos, que nunca agradeceré bastante,
recibir observaciones suyas de épocas pasadas y así

3-

en suma me encontré con un material de conocimientos suficiente á una inteligencia regular para darse cuenta clara del asunto.

Confieso que este es escabroso; y reconociendo mis escasas aptitudes, deduzco como habria de resultar, expuesto por mi pluma, con lo que vá dicho cuanta indulgencia y bondad he menester, por parte de los Suecos que juzguen mi trabajo.

Más como al cabo no hago sino relacionar con ellos amistades no lejanas á las que tanto tengo que agradecer en mi carrera, me atrevo con ellas á empuerar.

4

Siendo el objeto de este trabajo discutir las ventajas e inconvenientes de la esplenectomia en todas aquellas enfermedades para las que se ha propuesto y en que se ha intentado, debemos antes que nada asegurarnos de su posibilidad y del derecho que tengamos para llevarla a cabo. Justificaré pues este primer capitulo exponiendo los fenómenos á esta intervencion llevada á cabo no solo en el hombre puesto que así no tendríamos la clave del asunto por tratarse casi siempre de casos enfermos, sino en los animales con un fin experimental.

En primero y mas importante lugar hay que colocar el hecho de la universal tolerancia

de los animales para con la esplenectomía. Las obser-⁵
vaciones son numerosas pues raro es el fisiólogo que
no tenga experiencia propia y no haya seguido con
interés los casos operados en el laboratorio. Por lo
que al hombre respecta, ocurre otro tanto puesto que
hoy son ya muy numerosos los casos en que esta
extirpación se ha hecho con éxito feliz, desde el año
1884 en que *Chiari* dió el primero la prueba
con dos esplenectomías por baso herniado. Si, no obstan-
te, los fracasos se cuentan todavía por cientos en la
clínica, hay que atribuirlos a las inseguridades de su
indicación, que no sospechó complicaciones dependientes

del estado general del individuo, presentadas despues;
á dificultades operatorias imposibles de vencer ó vencidas
á cambio de destrozos considerables, y en ultimo termino
á graves ofensas á la asepsia cometidas durante ó
despues de la operacion.

En cuanto á la influencia que la esplenec-
tomia podia ejercer sobre el interior desarrollo del
individuo, he aqui el estado de la cuestion.

Pue Lanceraux el año 1893 apoyandose
en un hecho clinico el primero que sospechó la
influencia que las lesiones del bazo podrian tener
sobre el crecimiento en general, y en particular de

7
los órganos genitales pero Pasteur y Rouleff por
no citar mas echáron por tierra esta concepción con
sus experimentos sobre animales jóvenes. Por su
parte la clínica así lo confirma pudiéndose citar con
Yamberts siete esplenectomizadas que concibieron y
llegaron a término sin el menor accidente.

Otro hecho de observación corriente, esta
disminución de los hematies y aumento de los
leucocitos despues de sufrida la esplenectomia lo
mismo en el hombre que en los animales; y esto,
que es el fundamento de los que sostenian que el
bazo era capaz de transformar los leucocitos

en leucemias, es solamente un fenomeno pasagero
que para Pulpins solo dura ocho o diez sema-
nas, buena prueba de la sustitucion funcional por
la medula de los huesos y los ganglios linfaticos.

Para la medula abona la hipotesis el hecho de
su mayor abundancia en hemiatoblastos (segun aserto
de Litten y Orth) y de que en los conejos y conejillos
de Indias hay una cantidad de hueso tambien
mayor en la medula despues de esplenectomizados.

No es tan tangible aunque no menos
evidente la funcion supletoria de los ganglios lin-
faticos. Observase frecuentemente su hipertrofia

9
después de la esplenectomía; es sin embargo pasajera y
no siempre constante atribuyéndose por algunos á las
alteraciones ocasionadas por el acto operatorio en sí.

Kurlov ha propuesto un procedimiento espe-
cial para resolver estas dos cuestiones de la médula y
ganglios, determinando la especie de leucocitos que apa-
recen después de la extirpación del bazo. Notó que en
los dos ó tres primeros meses aparecían especialmente au-
mentados los linfocitos - 30 á 60 por 100, bajando á su
cifra normal al cabo del segundo año.

Al mismo tiempo empezaron á aumen-
tar los leucocitos de núcleo polinucleo especialmente

10
eosinófilos al paso que faltan las células granulosas mono-
nucleares = mielocitos =. De aquí deduce que en los
primeros momentos son los ganglios los que vicarian al
bazo y agotados estos entra en funciones la médula.

Se pensó también en el hígado como
compensador de las funciones del bazo, siendo Maggiorani
quien comprobó su aumento de peso en unos $\frac{3}{9}$ en
el de los conejos esplenectomizados; pero lógicamente
pensando cabe suponer que este aumento de peso
sea debido a que resulta favorecido con mayor
riego sanguíneo después de la supresión del territo-
rio esplénico. Por lo demás ningún otro argumento

11
hay que aducir á favor de esta hipótesis y aun este es
bien deleznable.

Otro asunto de interés á dilucidar es la sur-
te que correu los esplenectomizados enfrente de las in-
fecciones. Los numerosos trabajos llevados á cabo en
este sentido no permiten aun sentar conclusiones de-
finitivas. Roger y Bardach empleando culturas
carbuncosas y comparando series paucen tener razón
para afirmar la disminución de resistencia con los
virus débiles ó atenuados. Stetchinikoff por su
parte solo concede importancia al traumatismo
operatorio y Georgievski meiga, despues de sus

12

experiencias con el vibrión colérico y el bacillus anthracis, toda influencia a la esplenectomía.

La Clínica por su parte no encuentra motivo de debilitación orgánica, ni para facilitar la infección ni para agravar su curso; siempre con las limitaciones que lo escabroso y obscuro del asunto se permiten.

Inducido por los modernos estudios sobre toxicidad urinaria trabajó Jounesco en este sentido y sus deducciones, comunicadas al Congreso de Moscú (1894), afirma la disminución de la toxicidad urinaria después de la

13
esplenectomía lo mismo en el hombre que en los ani-
males. En cuatro perros esplenectomizados, de 50 á 60 ctm^{ts}.³
antes de la operación, bajó después á 45 - 95 ctm^{ts}.³ En
los enfermos esplenectomizados, de 40 á 60 ctm^{ts}.³ bajó
á 90 - 120 ctm^{ts}.³ En un enfermo con quiste hida-
tidico supurado comprobó una toxicidad preoperatoria
de 85 ctm^{ts}.³ lo que le permitió afirmar en este caso
lo extenso de las lesiones que habian hecho casi nula
la función del organo. Sin embargo un analisis mi-
nucioso de los casos presentados no resiste una crí-
tica severa, pues no se encuentra en muchos de
ellos el contraste que tanto marca en sus conclusiones

14

y además se sabe la complejidad de causas que motivan el aumento o disminución de toxicidad urinaria y no se puede ser tan exclusivista atribuyendo tanta importancia en su producción a un solo órgano aun cuando la tenga mucha.

Para terminar esta enumeración de los sucesos mas notables que ocurren en los esplenectomizados mencionari de pasada la supuesta regeneración del bazo que ya queda calificada y juzgada con este adjetivo.

Lo positivo y bien sabido es, para el bazo como para el tiroideo, la existencia de glándulas para-

esplénicas alguna vez tan solo; que el ingerto de porciones
de bazo es un hecho producido artificialmente, y por tan-
to que cabe pensar en una rumba durante las manio-
bras operatorias la cual dé lugar despues á nodulos me-
sentéricos. En fin, ganglios ó mejor grupos ganglionar-
les, se han tomado alguna vez por bazos.

Enumerados así á la ligera y con escasez
de comentarios, pues no necesitan mas, se ve que los
accidentes imputados á la esplenectomía no tienen ra-
zón de ser los mas de ellos, siendo únicamente compro-
vables los que á la composición de la sangre se re-
fieren, y aun estos siempre con el caracter de pasajeros

que presentan.

Parece pues á simple vista: que en estas condiciones la esplenectomia resulta una operacion siempre factible, sin gran riesgo para el organismo que la sufre. Sin embargo del examen serio y desapasionado de los casos que presento deducese, cuan grave intervencion supone, al extremo de, en alguna esplenopatia, no dar sino fracasos, y en todas ser motivo de honda perturbacion y rudo choque que pone al enfermo en condiciones de debilidad extrema.

Como como no entra en mi intencion, examinar asi en conjunto la utilidad y desventajas

de la esplenectomía, sino hacerlo separadamente y con
aplicación á lesiones determinadas y precisas, pongo aquí
punto final á este capítulo, para tratar ahora refiriéndome
á las distintas esplenopatías en que se ha juzgado necesaria.

Discutiré pues las indicaciones de la esplenectomía:

1° en lesiones traumáticas del bazo.

2° abscesos.

3° quistes.

4° esplenomegalia leucémica.

5° id palúdica.

6° id no palúdica ni leucémica.

7° tuberculosis y sífilis del bazo.



Traumatismos del bazo

Puede dar lugar sin traumatismo á heridas, rotura, ó hernia del bazo, pero hay que tener en cuenta además el largo capítulo de las roturas llamadas espontáneas en sujetos esplenomigálicos especialmente en los palúdicos.

Agruparé las heridas y roturas en una sección y haré otra con las hernias, por parecerme así más fácil establecer las indicaciones de la esplenectomía comparándola con los otros procedimientos operativos.

— Primera Sección —

Heridas y Roturas del Bazo.

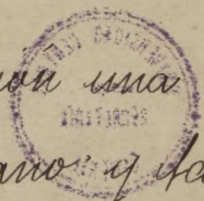
Supongo que estamos en presencia de una de estas lesiones, resuelto ya el problema magno de la decisión operatoria ante un traumatismo abdominal, puesto que la discusión de la oportunidad para la esplenectomía solo se hace con el bazo a la vista. El primer hecho que hay que sentar es la gravedad de estas lesiones a pesar bien de modo que no admiten espera y si se

tiene la suerte de abrir el vientre hallandolas enseguida^{2o}
la determinacion adoptada ha de ser rapida empezando
desde luego el procedimiento que se crea mas seguro
para el caso

Dejando a un lado la opinion de Lambert
y Vincent que con Villar y Lejars son excesivamente par-
tidarios de la esplenectomia tengo a la vista una comu-
nicacion hecha al XIV Congreso Internacional Sec-
cion de Cirujia titulada "The surgical treatment of
traumatic hemorrhage of the spleen" por el Ochr Nicolás
Lenn de Chicago en la que tras atinadas razones
dice "La noble tendencia de la moderna cirujia cada

nes mas conservadora, hace que aun no despreciando las estadisticas de dos autores, decididos intervencionistas con esplenectomia, y aun sabiendo como se sabe, que la ausencia del bazo no entraña por si la muerte, siendo sus funciones en todo o en parte substituidas, no debe sin embargo prodigarse esta operacion por cualquier motivo y menos en los casos justificables de un tratamiento conservador.

Anoto asi a continuacion una de otras la opinion del cirujano norteamericano y la de los cirujanos franceses, para hacer resaltar la diferencia de criterio que reina en el asunto, tan opuesta, como



que la primera trata á todo trance de conservar un órgano para el que la segunda tiene pocos miramientos no encontrando materia posible con proceder á su extirpación. 22

Evitando de radicalismos siempre censurables y para encontrar la fórmula exacta, nada me parece mejor que exponer, razonándolos, los procedimientos operativos con los que los abstencionistas combaten la conducta de los que intervienen con esplenectomía.

Y como en último término la hemorragia constituye el conjunto sintomático más precioso y de más urgente remedio en las heridas del bazo; á detenerla van enca-

mirados todos ellos los cuales enumeraré á continuación. ²⁵

1.º **Termo-cauterio.** Si tiene alguna aplicación, desde luego, su esfera es muy limitada. Puede no ser suficiente á detener la hemorragia, pero si acaso lo es, creo que ningún cirujano curará tranquilo un vientre sabiendo que el desprendimiento de una escara puede traer terribles consecuencias en un órgano tan vascular como el bazo.

Solo para heridas insignificantes y en órgano sano tiene su aplicación.

2.º **Taponamiento.** Cuando la hemorragia no puede ser detenida por mas directos medios, cuando recae en borde posterior ó en parte posterior de pared interna,

24
en fin cuando la herida no puede ser directamente accesi-
ble y se tiene la certeza que es solo parenquimatosas se
recomienda el taponamiento a lo *Wirkulies*. Por lo
demas hace tambien el oficio de drenaje y puede irse
disminuyendo su volumen a medida que va cerrando la herida.

En suma la esfera de accion de este pro-
cedimiento es ya mas extensa.


3.º **Sigadura del vaso herido.** Ocurre alguna vez
que se percibe un vaso sangrante, y en este caso parece
que hubiera de ser facil con ayuda de una pinza ti-
garte. Se comprende sin embargo que esta facilidad
en un organo tan friable y de las condiciones anatò-

25
micas del bazo, ha de ser muy relativa punto menos que imposible y nada práctica por tanto.

4.ª Sutura. Cuenta ya con mas provabilidades de éxito que los anteriores procedimientos. Su factura se facilita empleando aguja delgada e hilo grueso, mejor que nada el catgut, que al tirarse cierra la picadura; deben ademas pasarse los puntos profundamente comprendiendo bastante tejido esplénico en su espesor y apretarlos poco al anudar. Si practicada ha parecido dar buenos resultados en manos de Vincent encontrando facilidades para realizarla en bazo escleroticos en los que la peri-splenitis da a la cápsula una resistencia suficiente

para no rasgarse con las tracciones. Hay otros casos sin²⁵ embargo en los que las teniones inflamatorias han hecho del bazo un órgano casi difluente y aquí ya se comprende cuán difícil e insegura será esta maniobra.

En resumen debe intentarse, siempre que el aspecto del órgano sea normal, ó esclerótico para aprovechar estas facilidades y siempre que la tenión sea bastante accesible.

5^o Sigadurea de los vasos esplénicos. Tiene por fundamento el hecho de estar regado cada territorio del bazo por una sola arteria  cuyas colaterales no se anastomosan con las de territorios vecinos. Por esta


circunstancia es posible privar de sangre la parte lesionada del vaso conservando así lo restante del órgano en disposición de funcionar acto seguido.

Ya se comprenden á simple vista las limitaciones del procedimiento impeditas á la forma y situación de la herida por una parte y á su extensión por otra; pero además de las dificultades técnicas por las adherencias que puede haber (como ocurrió en el caso de Battle, primero en que se llevó á cabo esta intervención) hay en su contra el hecho desfavorable de que si el territorio exangüe es muy extenso viene el escape del órgano con las desastrosas consecuencias de sepsis ge-

25
mual que amebata los enfermos. El hecho mismo de las adherencias que hace difícil la aplicación de este método, dificulta en cambio el escape sobre todo si son muy vascularizadas y hace imposible siempre una rápida esplenectomía como se requiere en los traumatismos del bazo.

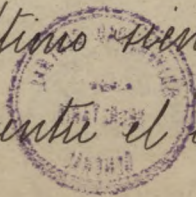
Don de dicho y dentro de las limitaciones señaladas puede muy bien figurar la ligadura aislada de un vaso esplénico en el arsenal de medios conuocados para los casos heridos.

6^o Forcípresión y sutura. Un procedimiento que fué objeto de la Comunicación antes citada por parte del cirujano de Chicago, es lo que él llama, forci-



presión de las márgenas de la herida y sutura de estas ²⁹
una con otra. El aparato que emplea tiene el mismo fun-
damento que el de Goyen para los pediculos vasculares, y
de su aplicación resulta "que la pulpa del bazo es sepa-
rada de su alojamiento en el tejido conjuntivo el cual
a su vez se convierte en una ancha y firme hoja dentro
de la cual los extremos cortados de los vasos son comprimi-
dos y apretados a tal punto que los queros troncos hijos
de la arteria y vena esplenica llegan a no dar sangre."
Este procedimiento ha sido ensayado por el autor en una
serie de experimentos que señala, en siete perros de distin-
to tamaño.

Los resultados que ha obtenido son maravillosos, combinando los dos tiempos forcipresión y sutura que en estas condiciones ya es mas facil realizar la segunda. Ellos demuestran que la hemorragia en heridas incisivas, longitudinales y hondas, abundante, mas que ningunas otras, cede y se detiene enseguida; que hemorragia secundaria no se presento; que tampoco ocurrio atropia de parte alguna a pesar de los estenso de las incisiones (dos de estas alcanzaban hasta $\frac{2}{3}$ del diametro transversal en las inmediaciones del hitio), por ultimo siempre pudo observarse una perfecta adherencia entre el omento y la superficie traumatizada.



31

El autor recomienda especialmente este procedimiento en las heridas incisivas y en los desgarros hondos cuando se necesita á todo trance una hemostasia perfecta y rapida.

Esto es lo que pueden dar y no hay que pedir mas, á los procedimientos que tratan de conservar el vaso herido; mas que no es poco y tengase en cuenta que si la práctica de alguno de ellos es difícil y exige una mano habituada largo tiempo á estos episodios hemorrágicos, los mas emocionantes de la cirugía; tambien por cambio cuando sin mutilacion y no aumentan con el choque operatorio el choque vascular de

22

La lesion como lo hace la esplenectomia que tras la hemorragia ya existente ocasiona un nuevo dispendio de energia suficiente para poner en trance serio la vida del herido.

No puede deducirse sin embargo de lo dicho que la esplenectomia deba rechazarse en absoluto como tratamiento de las heridas y rupturas del bazo. Desgraciadamente aun le queda muchas indicaciones que cumplir y numerosas ocasiones en que llevarse á cabo.

Ahi, cuando la aplicacion de uno o varios de los procedimientos indicados no sea suficiente para

detener la hemorragia cuando se trate de un caso en-
 fermo á tal extremo que poco ó nada haya que espe-
 rar de su función si ya no es que su presencia aca-
 sea graves peligros para el organismo; cuando la heri-
 da interesa la arteria esplénica si hay tiempo de
 intervenir, ó algunas de sus gruesas ramas lo que dá
 más espera; cuando comprende una gran extensión
 del bazo pasando cerca del hilio, y en fin cuando
 la ruptura es total y los fragmentos yacen en me-
 dio de un gran lago de sangre, solo queda para
 estos casos una esplenectomia llevada á cabo con rapidez,
 como única solución para salvar la vida del enfermo.

Segunda Sección -

34

Hernia traumática del Bazo.

Son tan claras y tan precisas las indicaciones de la esplenectomía en estos casos, que ellas justificaron la primera operación de este género en el hombre, llevada á cabo por Riand en 1791 y de ninguna otra manera ni por otro motivo se intervino en el bazo desde esta fecha hasta 1839 en que Quiltembaum intentó la extirpación de un tumor esplénico, siendo solo desde 1860 cuando se multiplican las intervenciones sobre esta víscera.

25
El buen éxito de la esplenectomía en las hernias traumáticas del bazo, aun en período tan distante del actual, justificaba las intervenciones que se llevaron á cabo aun no contando con las seguridades que hoy tenemos, dado el perfeccionamiento de la técnica, y el uso de las prácticas asepticas. Esta seguridad por otra parte ha venido á limitar cada vez mas las indicaciones de una intervención radical, y si hasta ayer las observaciones de este género se contaban por cientos (Pean, Blum, Adelman, Lambert, por no citar mas), es de esperar que hoy, en que los socorros se prodigan inmediatamente de ocurrido el accidente por la multiplicidad de Centros Beneficos, y en que el

segundo de un cirujano está, no en los órganos extirpados ^{no}
en los que pudo conservar; los casos de esplenectomía serán
cada vez mas raros por ser la cirugía mas humanitaria
¿Cual es pues la conducta a seguir ante un caso de
hernia traumática del bazo? = Dos casos pueden ocurrir:
o se nos presenta el herido en el momento de sufrir el
accidente, o por el contrario han pasado ya varias horas
o dias sin que se haya intervenido.

1º caso En el primero que por lo dicho arriba ha
de ser el mas frecuente, todos los esfuerzos del cirujano deben
encaminarse a conseguir la reduccion. El caso de Culenberg
(hemorragia despues de la reduccion) no debe repetirse,

27
basta para ello la inspección cuidadosa del órgano y su
pedículo que la mas elemental precaución aconseja. El
peligro verdadero está en la reducción dentro de la cavidad
abdominal de un órgano infecto; y á este peligro, ya se sabe
hoy la importancia que hay que darle con el empleo de
una desinfección cuidadosa del bazo ectópico llevada á
cabo como en la prociencia de intestino que siendo de una
limpieza mas difícil y de una contaminación mas fa-
cil, es con tanta frecuencia reducido sin que el curso
posterior nos haga arrepentir las mas de las veces de tal con-
ducto.

Comparando estos dos casos es por lo que

38
creo no debe seguirse la sistemática conducta que aconseja Lambert de proceder a la esplenectomía siempre en estos casos porque la supresión del bazo, dice él, no presenta ningún inconveniente serio.

Decidido a la reducción pocas dificultades habrá para ella con la estrangulación del órgano por los bordes de la herida que sería producida según Magdelain porque la contracción del diafragma en el momento del accidente había salido el bazo por un orificio relativamente estrecho. Para evitar este inconveniente basta con desbridar el anillo de estrangulación en la extensión precisa, con lo cual la maniobra se hace.

59
facil y nos permite una inspeccion cuidadosa del or-
gano y su pediculo para asegurarnos de su integridad.

La conducta de los antiguos dirijanos que en presencia de
un caso llamado permanecian pasivos esperando que
su exposicion fuera del abdomen y la muerte de medios
nutritivos ocasionare su esfacelo, no merece comentarios.

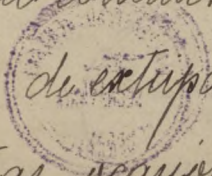
Basta para ello comprender como, aparte de contarse
con la supresion de esta viscera, tal perdida se hace á
cambio de mucho tiempo y de grandes peligros por la
larga supuracion que la precede y los fenomenos de in-
feccion general que la acompañan. Es pues procedimiento
que si tuvo su justificacion antiguamente, hoy ya, con

40
Los medios de que se dispone resulta en cierto modo criminal el intentarle.

La esplenectomía parcial, para los casos en que la herida sea también parcial, pierde su derecho en cirugía puesto que exige una práctica hemostática de la que en el capítulo anterior expuse las dificultades, mientras que la reducción no tiene sino facilidades y ventajas como acabo de decir.

Queda pues, con estas consideraciones, notablemente reducido, el campo de acción de la esplenectomía como tratamiento inmediato de las hernias traumáticas del bazo limitándose a los casos complicados con heridas

ó desgarros imposibles de tratar de otra manera y á los⁴¹
en que la anamnesis y la inspeccion nos indiquen que
el órgano pocos ó ningun servicio puede reportar al paciente.

2.^o caso. En presencia de un bazo herniado desde hace
algun tiempo; que ha contraido adherencias en todos sus
contornos; que presenta supuracion en toda ó en parte
de su superficie; con fenómenos generales quizá tambien, que
colocan muchas veces al sujeto en estado de debilidad y
abatimiento extremos; sobo una conducta hay que seguir:
tratar por todos los medios  de extirpar el órgano que no
más sino peligros y molestias ocasiona, evitando á
todo trance la infeccion del peritoneo para lo

42
cual además de las precauciones adoptadas con el vaso
durante la operación para evitar su contacto con esta
serosa, debe fijarse el pedículo a la herida abdominal
y de no conseguir esto fícale con termo-cauterio y
incenale definitivamente como la cirugía aconseja
para los pedículos de otros órganos también supu-
rados.



Quiestes del bazo

Tres categorias se conocen de quiestes esplenicos serosos, sanguineos y hidatidicos, no incluyendo los de moides por ser verdaderas curiosidades de museo y raros hallazgos de la Terapeutica quirurgica.

Como las tres variedades necesitan analogo sino identico tratamiento, y la discusion del metodo no ha de hacer grandes distingos para cada uno de ellos, estudiare en un mismo capitulo, el valor que la esplenectomia alcanza hoy como remedio de estas afecciones.



La intervención se justifica para los quistes ⁴⁴esplénicos, diciendo que la tendencia de todos ellos es crecer indefinidamente en plaso mas o menos rapido para cada uno pero alcanzando al cabo tamaño suficiente para determinar accidentes de compresión sobre los organos abdominales y toracicos. Y no es solo este hecho mecanico el que les hace temibles; son ademas ocasion de peligro general por no ser infrecuentes en ellos brotes de peritonitis locales o generales, pasajeras aquellas aunque son secuelas que agravan el pronostico, terminales muchas veces estas, con lo que va dicho cuanto deben evitarse.

La ruptura del quiste además es accidente^o
temible y sus consecuencias quedan bien remedadas en
la Obs. n.º 3. - Para terminar mencionaré tan solo la
transformación purulenta espontánea, otro accidente de
gran trascendencia que sumado a los arriba dichos
constituyen un conjunto de caracteres clínicos, base y
justificación suficiente para intervenir en cuanto se ten-
ga hecho un diagnóstico. Resulta sin embargo muy difícil
averiguar la naturaleza y asiento de estas neoformaciones,
a tal punto que los errores son cosa frecuente cuando
se las estudia en el enfermo. Para estos casos se ac-
cede a la laparotomía exploradora, y en ellos tiene cierta

justificación puesto que las afecciones que trata de ⁴⁹di-
ferenciar, son casi todas necesarias de intervención por
tal procedimiento; de modo que en ultimo termino las
más de las veces, el error diagnóstico no lleva apare-
jado el error terapéutico, pues que este primer tiempo
de la operación es comun á un gran número de
tumores abdominales.

Hechas estas consideraciones generales; para
establecer ahora las indicaciones de la splenectomia
en los quistes del bazo, pasaré revista á los otros
métodos terapéuticos propuestos.

Entre estos, la punción simple, la punción


42
con aspiracion é inyeccion modificatrix, la electro-puntu-
ra, la incision, y la extirpacion del quiste.

3.^a Funcion simple. Hace algunos años, diez ó quince,
era motivo de discusion este procedimiento curativo
de las colecciones liquidas. Ya sufrido de entonces á hoy
limitaciones y mermas considerables, unas por el carac-
ter de la region en que se opera, otras por la natu-
raleza del liquido que se piensa extraer y en fin
por las complicaciones á que dá lugar, inconvenientes
todos que traducidos al terreno del caso se mani-
fiestan por falta de seguridad terapeutica si es que
ademas no son perjudiciales. En los quistes lida-

hidáticos por ejemplo, no suprimiendo la causa, no²⁸
impide la reproducción del líquido y á mayor abun-
damiento, su ineffecticia puede resultar tambien, de
que sean varias las bolsas quísticas caso frecuente en
este organo. Así pudo reunir Harley 34 casos de
quistes tratados por este procedimiento con once cu-
raciones tan solo, trece fracasos y diez muertes. Pero
ademas de inutil resulta muchas veces peligrosa
cuando se derrama líquido en la cavidad abdominal,
dando lugar á complicaciones, como en un
caso que cita Chauffart, de muerte rápida, tras
una punción explorativa en un quiste hidatídico del

ligado. Y si la operación no se hace asepticamente ⁴⁵
ó el líquido del quiste está supurado, la peritonitis
que sobreviene es rápidamente mortal.

Ademas Besnier en su "Diccionario"
insistió sobre las lesiones que sufre el tejido espléni-
co con quiste hidatídico, demostrando que la
capsula ha perdido su resistencia y elasticidad, lo
que no solo facilita la ruptura del quiste sino que
favorece el derrame del líquido despues de la punción.

Otro inconveniente resulta de la transforma-
ción purulenta del quiste, que  ha seguido alguna
vez a la punción.

Por último si la punción se lleva á cabo^{so} con un fin explorador, puede encontrar un tumor ó base hipertrofica tan difluente que la hemorragia sobrevenida sea un accidente de los mas serios. Así ocurrió á Fuffier quien despues de haber hecho punción en blanco, se encontró luego despues con una hemorragia abundantísima de una base hipertrofiada.

Se ve pues sin aducir más argumentos, cuantos y que serios algunos son los inconvenientes de este procedimiento intentado con fin explorador y curativo, y comprendiendolo así es por lo que no se intentó en los casos que presento, sino cuando ya se era dueño

del organo y con objeto tan solo de facilitar las maniobras.⁵¹
2º Función con inyección modificatriz. - Tiene este método a su favor el hecho de pretender destruir la causa patógena mediante la acción de una substancia antiséptica que se pone en contacto con la superficie interna de la bolsa tumoral. Sus casos pudo reunir Lambert en los que se consiguió la curación con este procedimiento; los de Scoda y Schrotter que emplearon la tintura de yodo, y M. Bonilly el sublimado. Si para el el bazo dio resultado en estos casos, no ha sucedido así con el hígado en el que se ha tenido mas ocasión de ensayarlo. Las causas del fracaso deben ser, insuficiencia

52

antiséptica del líquido, estado de supuración del quiste
o existencia de varias bolsas quísticas. Inconvenientes en
cambio tiene los de la punción simple mas los de intor-
xicación por el líquido inyectado caso no infrecuente
aunque fácilmente evitable eligiendo antiséptico y
dosis apropiada.

Una modificación de este método, es el com-
plemento que cita Magdelain en su memoria que
consiste, en, una vez puncionado el quiste con el tro-
car grueso dejar en su lugar una sonda permanen-
te que permite repetir los lavados e inyecciones
modificadoras y dar salida a las secreciones purulentas

que cuando este proceder se llevaba á cabo casi seguramente se producian. Así hecha la operación, constituye el primer tiempo del proceder de Simón que aprovecha las adherencias establecidas entre el quiste y la pared abdominal para incidirle despues. Tiene los inconvenientes este método de la punción e incisión sin reunir ninguna de sus ventajas por lo cual debe rechazarse.

3^o Incisión. - Compararé pasando por alto los diversos procedimientos que se han imaginado para abrir los quistes esplénicos en épocas en que la cirugía habia de vencer con astucia al enemigo sepsis, el cual es vencido hoy con medios rápidos y seguros; así

que solo constituyen un apunte de historia, los procedimientos de Simón que barba explícito; la aplicación de causticos por Recamier, la acupuntura de Frousseau, los cuales eran ciegos tentos y poco quirurgicos. En cambio tienen mucha de juventud los procedimientos de Volkman en dos tiempos y los mas rápidos aun de Lindemann, Landau, Sänker, que puncionan el quiste lo fijan y abren despues en la misma sesión.

Simultandome a los seis casos que he podido reunir se observa solo un fracaso el de la Obs n^o 6 señora de mas de sesenta años con un quiste enorme que llenaba toda la cavidad ab-

dominal, en que á pesar de no haber infección ⁵⁵ tubo
como no podia menos, un proceso larguísimo para
para retraerse y llenarse la bolsa y esto acabó con las
escasas energías de la enferma.

No hubiera sin embargo sido susceptible de otro
tratamiento porque . . . la edad y adherencias contra-
indicaban la esplenectomía de la que tan partida-
rios se muestran Lambert en su memoria y Villar
casi copiándole, en su artículo "Bazo" de "Genti".
De esta larga duración en el proceso reparativo
se queja también el Octr. Ortis de la Torre en su
caso que transcribo en la Obs n^o 5, pero también

15
resulta excepcional la enorme supuración que se estableció puesto que en los demás no se ha notado. A las condiciones anatómo-patológicas del caso hay que atribuir el accidente pues sabido es lo excelente del teneno que a la putrefacción de los microbios ofrecen los coagulos fibrinosos.

Entender sin embargo como quieren algunos que la esplenectomía deba exigirse en sistema cuando se traten quistes esplénicos, me parece un tanto exagerado pues hay que tener en cuenta: 1º que la simple incisión seguida de marsupialización es casi todos siendo mucho menos grave y más ligero el traumatismo sufrido por el enfermo

2º que no hay tampoco justificación para ella o por lo menos sería muy sensible el intentarla si se tiene en cuenta el aspecto de la lesión; no es esta de las que afectan en mas o en menos la célula específica funcional, ya que el mismo quiste hidatídico con ser el mas serio de todos no daña en lo mas minimo las funciones del bazo. Es asunto externo y en cierto modo independiente de el organo donde asienta puesto que ni siquiera esclerótico, cuanto mas degeneraciones celulares provoca mas allá de la ténica que envuelve el tumor, y cuando este se quita queda el organo con integridad funcional absoluta.

58

Por estas razones que á mi se me ocurren claras y convincentes, me parece muy triste amputar un órgano sano que no tiene más culpa sino tolerar pasivamente un enemigo que tan poco se molesta, y por ello bien puede perdonar el enfermo la conducta del cirujano que á cambio de algun tiempo mas largo, procura conservar un órgano que al cabo para algo sirve.

Se ha esquinado un arma contra la incisión por los que dicen que con este método pueden pasar desapercibidos otros quistes alojados en la masa del órgano. Si hubiera podido ocurrir en el

caso de la Obs n^o 4 pero ya se vio como un reco-⁵⁷
nocimiento sencillo de la cavidad quística, fué su-
ficiente para dar cuenta del otro quiste supradia-
fragmático. Por otra parte se ha observado en el
bdso que los quistes únicos son los mas frecuentes y
que de existir alguno otro no abierto durante la ope-
ración se abren luego en el curso postoperatorio
por el cambio de presión que les hace buscar su
salida en la bolsa quística.

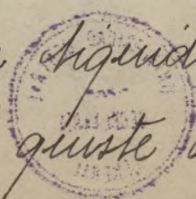
Otro inconveniente es el que ocurrió en
la Obs n^o 3, por la dificultad de fijar el tumor
que si en este caso fué debida a la hemorragia de la

envoltura esplénica en otros hay que atribuirlo a la ^{co} fragilidad de la capsula. El caso de Sentú que terminó con esplenectomía debe ser un aviso para los cirujanos, en este sentido. Era un quiste hepático que se incindió y marsupializó sin dificultades, pero al mismo tiempo había otro enclavado hasta su mitad en el bazo e independiente en el resto. Se extirpó esta segunda mitad y al tratar después de fijarse a la herida abdominal, ocurrió ya lo que en el caso del Doctor Bravo puesto que la rección de la capsula los había colocado en análogas condiciones. La operación terminó con esplenec-



tomia. y el enfermo murió en la misma noche. 51

Se ve pues la necesidad de guardar precauciones en el tiempo de manipular operando sobre un órgano tan frágil como el bazo; pero advertido de este peligro el cirujano de disminuirá en lo posible, yendo con cautela, ya que en cirugía lo previsto todo se resuelve y lo difícil es resolver lo no previsto.

El peligro de siembra de hidatides en el peritoneo al dehinarse algo de  líquido, si para otros órganos es cierto, para el quiste del bazo no se ha observado nunca y el caso de nuestra Ob. N.º 3

asi lo confirma pues pasados los fenomenos de fasci-⁹²
cidad ningun quiste niyo apareció en el peritoneo.

Por ultimo y para terminar con estos jui-
cios señalo Chaintre un peligro para la incision y
marsupialización, al establecerse numerosas adherencias
entre la bolsa retraida ya cicatrizada y los organos
inmediatos lo cual seria causa de dolores mortificantes
y de larga duracion, El caso que cita asi lo confirma,
y no es ilogico creerlo pero aparte las condiciones
individuales que en esto de dolor son muy variats.
tengase en cuenta que la operacion segun hoy se
hace destruye el menor peritoneo posible con lo

que no se hacen adherencias nuevas. En cambio la ⁶⁵esplenectomía deja el peritoneo con una amplia superficie traumática muy a propósito para contraer adherencias con los órganos próximos tan dislocables y exquisitamente sensibles como el estómago, colon, ureter, etc.

II extirpación del quiste. Se ha propuesto este proceder con objeto de obtener una curación rápida evitando el curso largo y accidentado del quiste tratado con incisión y manipulación. Tienen las facilidades de técnica según que nos lo trayamos con quistes pedunculados o sessiles. En el primer caso nada más fácil que la extirpación total como en el

caso de Oliver que fué seguido de curación rápida;
¿Pero no hay que dar la razón a Bernier cuando
dice que estos quistes no son propiamente esplénicos
sino mas bien desarrollados en el tejido celular sub-
peritoneal? Los quistes accesorios que existían en nuestra
Obs n^o 4 así lo confirman y en estos casos se com-
prenden muy bien que así deben tratarse puesto que
el bazo no toma parte alguna en su desarrollo no ha-
biendo por tanto necesidad de intervenir en él para
nada. Tal es el proceder que basados en casos pro-
pios recomiendan Portal, Finsen, Charcot et Savaine

Otra cosa ocurre ya con los quistes

165
sessiles enclavados en pleno parenquima esplénico. En
nuestra Obs n^o 5. se intentó la extirpación total pero
ya se vio la grave hemorragia que sobrevino operando
en pleno bdsó por lo cual hubo que desistir de
tal maniobra. Lo mismo ocurrió al intentar desprender
los coágulos fibrinosos del quiste hemático en la Obsⁿ-
5, y la misma conducta hubo que seguir obli-
gados por la hemorragia.

Las observaciones de los libros concuerdan
con esta manera de proceder. Un solo caso de
quiste hidatídico tratado así por J. B. Thomas ori-
ginó la muerte. Para quistes simples se intentó aná-

loga conducta por M. Ferrier, Bardenheuer, y Fink.
yendo seguida de buenos resultados despues de haber do-
tendido la hemorragia con ayuda de suturas o termo-
cauterio. Nótese sin embargo que en dos de ellos al
cabo de sus meses habia una hipertrofia ligeramente
dolorosa del bazo.

5º **Esplenectomia.** Bernier declara que a pesar del
magnifico éxito en el caso operado por Pean debido
a la habilidad del operador, la esplenectomia debe
reservarse para los casos excepcionales. De enton-
ces a acá, las opiniones opuestas y contradictorias se
han sucedido sin interrupción, y campeones del bando

intervencionista se manifiestan el mismo Pean ⁶⁷ Wilson
Wright Finkler, aquellos siempre, y este solo en los quistes
libres; mientras que los rechazan M. Blum, Casanova,
y Poulet Chauvel y Fachard.

Para formar juicio definitivo nada mejor
que atenerse á una estadística imparcial y bien hecha,
y á falta de una propia he de atenerme á la de otros
y á lo que se deduce del juicio expuesto arriba para
los diversos tratamientos de los quistes esplénicos.

Pudo reunir Lambert diez y ~~ocho~~ ^{veinte} casos
de quiste esplénico tratados por esplenectomía, con
tres muertes y quince curaciones. Sobre un caso de los

primeros operado por Durante no ha podido reunir⁶⁸
datos explicativos de la muerte. Otro, el de Koeberté era
su quiste en el que la punción hecha diez días antes,
habia determinado la supuración con fermentos ge-
nerales de infección. Duró la operación tres horas
por lo externo de las adherencias perdiendo bastan-
te sangre y falleciendo á las diez y siete horas. El
otro caso es el ya citado de Dentú.

De los quince casos curados, en nueve
la operación fué fácil, ó porque no hubo adhe-
ncias ó siendo flojas se desprendieron fácilmente.

En los otros seis hubo: en uno rasgadura

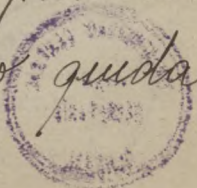
de la pleura por lo fuerte del ligamento freno-esple-⁵⁵
nico (Jonesco); se dejó en el de Wells un trozo de
quiste adherido al estómago por no poderlo quitar
resultando después una fistula gástrica; el caso de
Pean incluido entre estos y que corre por todos los
libros ya se sabe lo difícil que fue; en el de Berg-
man, las adherencias eran íntimas y extensas; y
en fin en todos el curso postoperatorio fue asaz
complicado y comprometedor. Hubo infección en dos
casos, congestión pulmonar en alguno, pleuresia
izquierda en otros, leucocitosis considerable pero pa-
sajera en el de Credé y el de Wells ya digo como ten-

minó en fistula gastrica.

70

En resumen pues la esplenectomia cura seguramente los quistes esplenicos pero a cambio de grandes desventajas. Sacrifica 1º el órgano sin tener en cuenta que está sano y en perfecta abilitud funcional con lo que su conservación bien vale la pena de apurar todos los medios. 2º Expone de momento la vida del enfermo con un traumatismo enorme que no todos soportan bien. 3º La existencia frecuente de adherencias la hace mas difícil y con mas peligro de lesionar órganos de importancia vital. 4º La hemorragia espiosa que se produce es

71
difícil de colubr en regiones tan profundas como
tas en se se opera. En fin si solo es fácil y úni-
camente ofrece garantía en los casos de bazo libre
y movable en la cavidad abdominal en cambio en
todos estos y en los demás sin limitación alguna
está indicada la esplenotomía o incisión, que es
menos expuesta, menos traumática, no mutilante,
de factura mas fácil y curadora casi siempre, no
defiendo nada que hacer á la esplenectomía don-
de ella no pueda intervenir, como queda demos-
trado en los casos que presento.



Abscesos del bazo.

Pueden ser periépléimicos y epléimicos:
 En cuanto a los primeros provengan de una infección epléimica o de una infección general (tifoidia estreptococia etc) o de supuraciones vecinas; solo son justificables de la incisión y drenaje de la cavidad, puesto que la eplénectomia, la parte de los peligros provocados por las adherencias tiene el inmenso de la infección del peritonio por el drenaje de pus inevitable casi siempre. Debe explorarse en el fondo de la herida me-

por dicho del caso purulento el estado del bazo y esto lo ²⁵
recuerdo con el caso de Bland Sutton a la vista. Quie-
ndo este cirujano reconocer las profundidades de un abs-
ceso lumbar sacó un víscero situado en la parte pos-
terior el cual sangró abundantemente. Lo atrajo hacia
afuera por su polo inferior creyendo se trataba de
un riñón y se encontró en pleno tejido esplénico. Como
la resección después de la ligadura parcial del pedículo
no dió resultado para colibir la hemorragia hubo
de hacer esplenectomía. La enferma curó al cabo de
tres meses, pero quedó una fistula estercoriacea pues el
absceso se originó en una perforación del recodo is-

74
querido del colon.

Los abscesos esplénicos mejor dicho intraesplénicos, son muchas veces hallazgos de necropsia o sorpresas de intervención por diagnóstico erróneo. Sin embargo tienen síntomas que muchas veces los caracterizan bien por lo que en estos casos se va con ánimo resuelto y se puede sentar casi a priori el tratamiento, que no ha de ser muy vario como se comprende.

En dos terminos oscila tan solo, incisión y desague, o extirpación del bazo.

La elección de uno u otro procedimiento debe supeditarse a la anatomía patológica - Los son.

las variedades que se admiten: Infiltración difusa que da aspecto como de esponja, absceso limitado algunas veces voluminoso, y abscesos metastásicos de ordinario múltiples. Se comprende enseguida que la incisión solo dará resultados en la segunda variedad y en algunos casos de la tercera mientras que será inútil en la primera. No se compueñan los casos de Blach, Eaton y Harrison, Collier, Kramer, Howe, con algunos mas que cita Lambert.

Al contrario la esplenectomia tiene sus indicaciones en los restantes casos, segun sea con limitaciones debidas, unas a las adherencias que hacen

penosa y expuesta la operación, otras á la ruptura del
bazo y consiguiente siembra de pus en el peritoneo, y
hasta sin estos extremos basta que al cortar el pedículo
caigan algunas gotas de sangre para originarse serios
peligros porque atravesando el líquido hemático el
parénquima del bazo constituido en esponja pu-
ulenta, se supone las condiciones de infecciosidad que
ha de tener.

Quedan pues muy limitadas también las
indicaciones de la esplenectomía en los abscesos intra
esplénicos debiendo solo hacerse en los bazos libres ó casi
desprovistos de adherencias y con estos peligros é inseguridades de

La sangre demandada.



Esplenomegalia leucémica.

Solo para rechazarla menciono en este lugar la esplenectomia en una enfermedad donde solo cuenta con fracasos.

Actualmente está bien deslindado el terreno y no hay discusion alguna en cuanto a la inutilidad y peligros de la intervencion, comprendiendose asi por todos los cirujanos, a tal extremo, que para el bazo siempre y ademas para muchos otros órganos es preciso cuando se trata de intervenir, un examen

75
cuantitativo y cualitativo de la sangre, cuya anomalía leucémica siempre es contraindicación formal y absoluta.

La razón es clara desde que se sabe que la leucémia es un motivo poderoso de hemofilia siendo frecuentemente observadas, hemorragias espontáneas como, purpura, epistaxis, hemoptisis, hematemesis, melena, hematurias y metrorragias. Pero además se comprende, que facilidades no encontrará la hemorragia en el momento de desprender las numerosas y fuertes adherencias, que los continuos brotes de peri-splenitis determinan en un bazo leucémico y enormemente agrandado.

80
Por otra parte el shock no puede menos de presentarse con frecuencia en un individuo debilitado que sufre un traumatismo tan intenso y que además de la sangre perdida durante las maniobras de hemostasia, pierde de pronto otra cantidad enorme con la que enciende el vaso, que en esta afección puede pasar de dos litros.

Son estas las dos razones principales que contraindican la esplenectomía o cualquier otra intervención en esta enfermedad, y si antes se llevaba á cabo sirvió tan solo para aliviar con sus fracasos esperando actualmente un remedio específico quizá bacteriano en cuya dirección trabaja la terapéutica.

Esplenomegalia palúdica.

Es con mucho esta esplenopatía ocasionada mas frecuente de intervenciones cruentas y así lo demuestra la Estadística de todos los Cirujanos.

En España donde son relativamente raros los ataques de paludismo pernicioso, son en cambio frecuentes las formas de paludismo crónico y caquexia palúdica, y así se comprende la repetición de casos con bazo hipertrofico que ocurre en las consultas de cirugía, convencido el enfermo

de su necesidad cuando tras un tratamiento médico ^{f. 2}
que agotó su paciencia se encontró con las mismas
molestias sino mas acentuadas.

Con estas una sensación de tensión dolo-
rosa en el sitio del bazo acusada en todo tiempo
y exagerada en periodo digestivo acceso febril,
ligaduras de vestido o maniobras intempestivas de
reconvocimiento médico. Y tanto puede obligar este
dolor, que inutilite la estacion en pie y mu-
cho mas la marcha, situacion esta que hace
pedir al paciente una intervencion a toda pri-
sa. Pero ademas el aumento de volumen por

una parte, y los brotes de periesplenitis por otra ⁸³
son ocasión de adherencias, cambios de situación,
y direcciones viciosas en los órganos periesplénicos
trayendo como secuelas, dispnea, anorexia vomit-
os, atonía intestinal y esturimiento que alguna-
ves llega á oclusión y hasta por compresión de
quienes vasos abdominales, ascitis y adema de
los miembros inferiores.

Por fin puede ocasionar nuevos y graves
trastornos el bazo palúdico hipertrofiado pues se
sabe la relación de causa á efecto que hay
entre él y el bazo ectópico ó flotante y en este ya no

es infrecuente observar torsión de pedículo, ruptura⁸⁴
del órgano y hasta producción de abscesos esplénicos.

En fin si algo te faltase al baro para
ser manantial de peligros en el palúdico citaré la
autorizada opinión de Laveran quien piensa que
"lejos de favorecer con su fagocitosis la destrucción
del protozoario es la contrario un refugio que este
busca en el intervalo de los accesos febriles para
manifestar en terreno apropiado sus aptitudes de
reproducción."

Si pues bajo estos aspectos considerado
el baro palúdico resulta peligroso para el órga-

nismo vamos con que medios contamos sin acudir á los radicalísimos quiniúgicos para combatir esta afección.

Supuesta la acción específica de la quiniua en el paludismo agudo se ocurrió primero y como más lógico emplearla en la caquexia palúdica y paludismo crónico para reducir el volumen del bazo. El resultado está muy lejos de las exageraciones de Piory el cual dice que basta colocar una pequeña cantidad de este alcaloide en la boca de un palúdico para ver á los pocos momentos como aminora la hipersplenía. Al contrario la observación

clínica enseña y ya Laveran lo hizo notar así ⁵⁹ la
necesidad que hay de asociarle un tratamiento
tónico por excelencia para conseguir algún efecto.
Por esto, más que por su acción específica en tal
sentido obra el arsénico en algunas ocasiones redu-
ciendo el volumen del bazo. Esto mismo, se ocurre
a la hidroterapia, buena prueba que cuando se
llevó esta a la exageración buscando sus efectos
locales ocurrieron una porción de accidentes de los
que solo ella era responsable.

En cuanto a muchos otros tratamientos
propuestos, me contentaré con citarles para rechazarlos

en bloque por inútiles sino perjudiciales. Tales ⁸⁷ son
los revulsivos: aplicación local del frío en vejigas
de hiel; electricidad farádica propuesta por
Mörster, inyecciones parenquimatosas de ácido fénico,
líquido de Fowler, lugotina, estricnina, etc.


En suma solo un tratamiento tónico a base
de quinina y arsenic ha parecido dar algunos
resultados pero no es sin embargo seguro, buena
prueba las observaciones que poseo en muchas de
las cuales se empleó llegando al cansancio del
médico y enfermo sin por ello conseguir ven-
tajas positivas y siendo su fracaso un motivo

más que obligó al último á buscar mas radicales procedimientos, en el arsenal de la terapéutica quirúrgica. 88

Para formar juicio acerca la utilidad de la esplenectomía comparada con los otros métodos operativos apuntaré el resultado de las diez observaciones de esplenomegalia palúdica que he podido reunir.

Incluyo entre ellas y creo se me perdonará por abreviar este trabajo primero, y porque en último término ya dije arriba que la principal etiología del bazo flotante es el

paludismo, tres observaciones que ⁸⁹poseó en las que
había esta asociación malarial. Ya lo tendré en
cuenta cuando haya de inquirir conclusiones a-
cerca de hechos que tienen esta heterogeneidad.


De los diez casos, seis fueron objeto de
esplenectomía muriendo dos y curando por com-
pleto cuatro lo que nos da un 33 % de morta-
lidad aproximadamente. Uno de los muertos.
Obs 4^a lo fui por colapso a las tres horas de
la intervención. El bazo era enorme y con gran-
des adherencias exigiendo una  incisión desde
apendice cecifoides hasta cuatro traveses de dedo

por debajo del ombligo.

El otro fracaso Obs 7^a fué debido á una broncopneumonia postoperatoria; y Mendría justificación en lo extensivo de las adherencias diafragmáticas magnitud del tumor tres kilos y mal estado del enfermo caquético ya. y las condiciones del Hospital no permitieron la ilustración necropsica en ninguno de estos muertos.

Si los cuatro casos curados hay que poner dos á la cuenta del caso ectópico en los que la buena situación del tumor, lo escaso de las adherencias la flojedad de ellas y sobre

todo la extensión del pedículo hicieron fácil⁹
relativamente las maniobras de liberación liga-
dura y estipación del base Obs 8 y 10.

Los otros dos casos curados despues de
esplenectomia Obs 2 y 7-10 fueron en el primero
con escasas adherencias, ligadura facil del pedículo
y sin hemorragia cicatrización por primera inten-
ción y sin complicaciones. En el segundo ya tubo
mas dificultades; las adherencias se hicieron un tan-
to dificiles de vencer en el polo  diafragmático
tubo hemorragia operatoria al ligar el pedículo
parcialmente lo que obligó a intertir los tiempos

55
y en el curso postoperatorio se presentaron fenóme-
nos pulmonares un tanto alarmantes recordando
en parte el caso desgraciado de nuestra Obs 5^a
siendo pasajeros sin embargo. Por último se pre-
sentó una leucocitosis bastante marcada que
luego desapareció totalmente á los veinticinco ó
treinta días.

Los otros cuatro casos fueron objeto de
tratamiento vario. En el de la Obs 1^a la edad de
la enfermita exponía á serio conflicto con la es-
plenectomía así que se fué con ánimo decidido
por la exesplenopexia. Se hizo esta y sin com-

22
plicación curó la huida abdominal sin conseguir
gran cosa en cuanto á reduccion del caso. En el
caso de la Obs 3 la enorme del tumor hizo al ci-
rujano contentarse con simple laparotomia. Con-
siguióse á pesar de tratamiento tan inocente que
saliese curada al cabo de un mes con notable
reduccion del caso y sin molestias generales. Fue
un accidente la hemorragia por la puncion con
la camilla en un caso difluente lo que obligó al
cirujano en nuestra Obs 6^a á taponar la herida
con gasa yodoformica para cohibirla y bastó
esto para que en curas sucesivas con igual método

74
obtuviese la enferma curacion definitiva recobrando
su volumen normal el bazo y el higado. En fin
el ultimo caso, un bazo palidico y movil, visto
su aspecto y consistencia normales fue fijado por
esplenopexia; cuando sin complicaciones en veinte
dias y desapareciendo por completo las molestias.

Es pues la esplenectomia llevada a cabo
como tratamiento de la hipertrofia palidica del
bazo la operacion mas grave que se puede
intentar con un fin curativo, y la revista de estos
casos ensena cuan serio se hace el pronostico en
razon de lo extenso y fuerte de las adherencias que

15

rodean y fijan el tumor á los órganos próximos, siendo las del diafragma mas difíciles de vencer y expuestas á complicaciones pulmonares. ¿Será esto debido como dice muy bien el Doctor Guedia á que este músculo queda sino anastomado orgánicamente lesionado al menos en su funcionalismo tan importante en la respiración? Me inclino por esta manera de pensar en vista de los dos casos que presento.

Otra fuente de peligros esta en la hemorragia que se presenta con frecuencia en el tiempo difícil de romper las adherencias. Es tanto mas de temer este accidente porque aparte operar en regiones tan hondas como

96
das en que el vaso esta colocado, la constitución he-
mofílica del sujeto hace mas difícil su cohibición. Se
sabe en efecto que el paludismo crónico y mas que el la
caquexia palúdica, traen como consecuencia de hondas
alteraciones en la pared de los vasos su disminución de
resistencia a tal punto que el menor traumatismo les
rompe. Así pensando Vermil limitando las inter-
venciones quirúrgicas en los sujetos con antecedentes pa-
lúdicos en razón de hemorragias que sobrevienen al
menor choque.

Otro dato muy de tener en cuenta cuando
se trata de fundamentar las indicaciones de la

97

esplenectomia. es el grado de caquexia en que se encuentra el enfermo, cuando llega el cirujano. Acerca de esto hay opiniones contradictorias y opuestas, pues que unos afirman que este estado por avanzado que parezca cede y desaparece con la intervencion radical sin que entrase peligro inmediato para el acto operatorio; otros al contrario temen mucho al traumatismo tan enorme que supone la esplenectomia en un individuo a tal extremo debilitado como el caquictico paludico. Los unos y los otros bandos aducen hechos de observacion a favor de su criterio y asi continua la discusion sin tracas de terminar.

Es sin embargo á mi juicio el asunto de ⁹⁸
facil resolución y los casos que presento nos dan la
prueba de ello. Hemos en efecto como las seis esplenec-
tomías ocasionaron dos muertes y en cambio los otros
cuatro operados por distinto procedimiento curaron
todos de la intervención, tres vieron desaparecer además
dos molestos síntomas de la esplenomegalia, y uno
se alivio al fin. Si pues tenemos en cuenta la ino-
cuidad de la laparotomía de la esplenopexia y exos-
plenopexia, si además la consideramos como son
capaces de curar en circunstancias que hacian temer
por la vida de los enfermos de haber empleado

79
La esplenectomía, justo es que con ellas tengamos
una conducta ásequi como defensa enfrente de
dos casos difíciles, cuando, mas que á priori, luego
con el vientre abierto se vean las dificultades y pe-
ligros de llevar á cabo una intervención mas radical.

Otra razón mas abona mi manera de pen-
sar, y es que tampoco la esplenectomía es absolutamente
curativa de los accidentes que el paludismo crónico pro-
duce, no siendo infrecuente sino al contrario de observación
continúa el hecho de la repetición de accesos febriles en
los esplenectomizados por lo cual se aconseja seguir
por largo tiempo un tratamiento tónico á base que quiniina

y arsénico

100

Si pues por este lado tampoco lleva la exclusiva de curación el procedimiento radical y hay que acudir á medios que se aseguren; el mejor tratamiento tónico sera evitar con medios mas suaves y menos dispendiosos la indeca del choque y los gastos de energia que supone la extirpacion del bazo.

Estas consideraciones me sirven á la vez para rechazar la conducta propuesta por *Fouesco* como tratamiento curativo de la caquexia palúdica. Dice este *Ciujano*, " Si la esplenectomia operacion relativamente benigna tiene excelentes resultados en la esplenomegalia,

palúdica, y determina la desaparición de los accidentes
de la caquexia no habrá sino quitar el bazo cuando
esta caquexia se avvicine." Ya no sería pues solo en los
casos de bazo grande, con dolores, molestias y accidentes de
compresión en los que había que intervenir, sino que
apenas se veia a este organo típeramente hipertrofiado
sin mas síntomas locales ni generales la esplenectomía
seria lo mas seguro para evitar que las cosas pasen á mái.

Demostrado queda arriba que la esplenecto-
mia no es operacion relativamente benigna sino que hay que
encuillarla entre las graves: no es por tanto de excelentes resul-
tados en la esplenomegalia palúdica aun cuando sea ope-

102
sacion radical, desde el momento que este radicalismo
se exagera muchas veces en perjuicio del enfermo ter-
minando con él, y en fin, tampoco cura siempre las
manifestaciones de la caquicia paludica supuesta la
necesidad de un tratamiento posterior que la confirme y ayude.

Por lo que hace a la esplenectomia como
tratamiento del bazo ectópico o móvil en general hay
que tener en cuenta varios factores, etiologicos unos, y de
anatomia patologica, y tecnicos otros.

No se ectopia y moviliza el bazo por
motivos tan sutiles como el simon, sino que cuando
lo hace hay justificacion plena para ello en la

103

Hipertrofia que padece, y repitió de nuevo que el paludismo tiene la culpa en la mayoría de los casos. De cuatro observaciones que presenté, tres tenían esta etiología. Podría si variar la gravedad de esta hipertrofia en sus terminos muy amplios desde la simple a la sarcomatosa pero en pocos ó ningun caso nos encontraremos con un órgano sano como de ordinario lo está el riñón, aun teniendo en cuenta las lesiones que para este señala Albarran. Además la trascendencia funcional del bazo es muy otra que la del riñón. En fin la tecnica de la esplenectomia en estos casos resulta las mas facil siempre

144
por la situación misma del tumor que en ni-
gun sitio estará mas escondido que en el suyo pro-
pio, por la ausencia ó flojedad de las adherencias,
y si ya no es bastante esto, por la bonantud del
pidículo que hace el tiempo de su ligadura una
maniobra facil y rapida.

Esto se puede invocar pues aqui la
esplenopexia con las mismas razones que la ne-
fropexia en el riñon y si ademas se tiene en
cuenta lo dicho al tratar de las hemorragias
por huídas ó punturas del bazo en casos de tri-
permegetia y se recuerdan las dificultades de fijar

105
La bolsa quística á la herida abdominal en algun
caso por mi presentado, se convendría aplicando
el criterio de analogía en que resulta mas difícil
y expuesta la esplenopexia que la esplenectomía,
y en fin, de cuenta los resultados no serán en
ningun modo tan satisfactorios y radicales, con
tal primera como con la segunda.



160

Esplenomegalia y no palúdica y ni leucémica.

Si hasta aquí estudiando la esplenectomía en las triptropías crónicas del bazo he podido referirme con precisión a dos entidades morfológicas, paludismo y leucemia es porque la clínica encuentra facilidades categoria puestas que tiene con los antecedentes para una y con el análisis de sangre para las dos, razones fundamentales de diferenciación.

Quedan todavía sin embargo dentro del grupo genérico esplenomegalia crónica una

107
porción de afecciones no individualizadas ni distingui-
das acerca de las cuales todo son discusiones y criterios
diferentes puesto que ni el microscopio siquiera resuelve
las dudas, ya que enfrente de la platina, no es posible
muchas veces calificar lo inflamatorio para distinguirlo
lo neoplásico. Consecuencia de estas dificultades son
las distintas interpretaciones que hoy se dan acerca
de pretendidas desmembraciones del tronco común
esplenomegalia crónica siendo así por ejemplo
la enfermedad de Banti creada por la escuela
italiana y rechazada por la francesa, el cáncer es-
plénico primitivo cuya única observación debemos

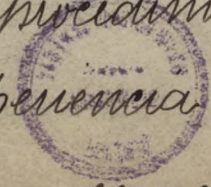
108

á Gaucher y del que no se han vuelto á ver mas
casos siendo al contrario negado por Cornil el pre-
tendido de Bouilly. Por esto se comprende que en
el mismo título con que encabezó esta sección vayan
incluidos por muchos autores (los cirujanos sobre todo)
los tumores llamados congestivos secundarios casi siem-
pre á ectopias del bazo, las esplenitis crónicas pri-
mitivas, la linfadenia esplénica, no leucémica, y
en fin, los tumores del bazo lipoma, fibroma,
mixoma, sarcoma, y carcinoma como mas conoci-
dos. El diagnóstico clínico en efecto, no alcan-
za en estos casos sino á darles categoría tumoral

109
puesto que solo un tumor es lo que se apucia y
la sintomatología es casi igual en todos ellos no
habiendo más razones que sirven para separarles
y diferenciarles.

Y si en lo clínico encontramos estas
obscuridades y difusiones, no pueden menos de trans-
cender á lo terapéutico como trascienden en efecto,
siendo solo las molestias que todo tumor origina
en región tan sensible y varia como el abdomen
las que pueden inducir al práctico por determinada
conducta á seguir, farmacológica o quirúrgica. Hasta
ahora esta ha ventaja del lado de la segunda.

vista la inutilidad de la primera para conseguir
 reduccion de tumor o mejora de molestias. Pero
 ¿ como precisar dentro del arsenal quirurgico la
 determinacion conveniente siendo imposible a priori
 determinar la afeccion que se ha de combatir?
 Solo despues, cuando los accidentes de curso natural
 o extraordinario nos hayan obligado a interve-
 nir con la paratomia, podremos con el vígano
 á la vista calcular las indicaciones y dificulta-
 des que presentará uno u otro procedimiento qui-
 rurgico ateniendonos á la experiencia ajena
 y propia que siempre enseña mucho, y mas



cuando el procedu haya de ser por todo modo
empírico, como viene en estos casos.

Por esto pues. apuntaré el resultado
de las 9 observaciones que pude reunir. Cuatro ca-
sos fueron operados con esplenectomía y los cuatro
fueron desgraciados: El de la Obs 11^a se encontró
con adherencias del bazo al intestino, hubo seuco-
citis enorme postoperatoria y al cabo de los
seis días al levantarse de la cama tuvo un sín-
cope y murió. La autopsia encontró desprendida
la ligadura de la vena esplénica con hemo-
ragia fulminante. En la Obs 7 había adhe-

12
sencia extensas en toda la periferia del órgano y
algo de ascitis. Se quitó el bazo sin sangre en
todas las maniobras pero el mal estado del pa-
ciente ya lo atestiguaba la tardanza en la eva-
sencia de la herida abdominal y así no fue
mucho que un episodio digestivo como el que
menciono matase al niño al mes y medio de
la operación. Hubo también ascitis considerable
en el caso de la Obs 8^a y aun cuando las
dificultades técnicas - no fueron considerables
se presentó ya un grave síncope respiratorio
del que salió tan mal parado el enfermo

que repetido al día siguiente acabó con él.

113

Estos dos últimos casos los dos con ascitis me parecen muy análogos aun con la diferencia de curso; a mi juicio la lesión del bazo no era única, algo más había que explicá la debilidad del uno para llevar tan mal la operación, en el otro para tener un curso tan tranquilo y terminar luego por un accidente digestivo que lógicamente pensando es poco motivo para morir. No encuentro responsabilidad en la ascitis, interpretándola no como compresión de vasos por bazo sino como indicio de lesión hepática; y así ya

no es mucho que con la insuficiencia funcional ¹¹⁰
de este órgano, aguda para un caso, mas crónica
para el otro, terminasen los dos como terminaron.

El N^o esplenectomizado Ob^o 9^a tenía un
caso ectópico que se tomó por un quiste ovarico del
lado derecho y murió al cuarto día por pleuro -
pneumonia gipal. La autopsia confirmó este diag-
nóstico.

Este caso al que me refiero cuando hablo
de caso ectópico debería haber cuado de la inter-
vención por el hecho de la ectopia pero searse co-
mo la esplenectomia actuó como causa predi-

ponente y coadyugante al fin para la mala ter-
minación.

Los afortunados fueron los otros cinco
casos todos curados con intervención menos radical.

Eran los de las Obs 1^a 2^a y 3^a bases enor-
memente hipertrofiados ocupando toda la parte iz-
quierda del abdomen y con grandes molestias diges-
tivas. Hecha laparotomía pudo verse lo extenso
de las adherencias y el aspecto fuertemente conges-
tionado que presentaba el órgano en vista de lo
cual no se pasó adelante cuando la herida ab-
dominal. Con intervención tan sencilla sin embargo

213
curaron los tres enfermos pues desaparecieron los síntomas subjetivos y resultaron notablemente amortiguados los de tumbración.

Otro tanto ocurrió en las Obs 4^a 5^a y 6^a pero ya en estas la experiencia del cirujano hizo la sustitución de esplenectomía por exosplenopexia modificando esta en cada caso de tal manera que en el uno resultó simple exposición del bazo, y en el otro se fijó además con dos puntos de sutura en la parte superior y uno en la inferior á la herida del abdomen. Los dos casos curaron por completo obteniéndose un éxito mas satisfactorio aunque en

111
Las tres observaciones anteriores.

En resumen pues á falta de un criterio clínico y anatomopatológico preciso, para definir las indicaciones de la esplenectomía en tumores crónicos del bazo no leucémicos ni palúdicos hemos de atenernos por ahora á los resultados de la intervención. Si la pequeña estadística que presento arroja una mortalidad de 100 por 100 en tumores fijos con mas ó menos adherencias, que sin embargo no ocasionaron grandes complicaciones operativas; si uno de ellos era ectópico lo cual cuando menos facilitó el tiempo de ligadura del pedículo; y si aun cuando mas benignos

118
Las estadísticas de los autores, la que lo es mas como
la de Lambert, todavia resulta con un 42 por
ciento en 110 casos, hay que convenir en que la es-
plenectomia resulta gravissima en tales condiciones.

La falta de hondos motivos de fisiología patoló-
gica que quizá tenga mucha influencia, hay que
conceder rason de gravedad á los casos de base
grande, muy vasculares, sino difluente, con extensas
y grandes adherencias y pedículo corto con gran fijera
del órgano. Habrá que tener en cuenta tambien el
estado de la sangre que siendo algo leucémica per-
mitirá mas hemorragia por la dificultad en la

coalescencia de las paredes de los vasos. Habrán también ¹⁴⁹
de apreciarse en cuanto existan, las lesiones acompañan-
tes de órganos abdominales para lo cual toda sa-
gacidad clínica será poca al diferenciar lo acceso-
rio y sintomático de lo primitivo y fundamental
y en último término habrá de contarse siempre
con las fuerzas del enfermo puesto que una in-
fección banal o un episodio en otros pasajeros
es en ellos motivo de terminación funesta.

Con estos datos en la mente y á la
vista luego, el cirujano, sabe que aunque á la
carga y no de modo tan radical, pero con

éxito satisfactorio en muchos casos la simple laparotomía y mejor la esoplinopenia cuando estos casos de imposible esplenectomía, y sabrá guardar esta para aquellos otros en que circunstancias opuestas o ausencia de las que arriba expongo permitan una operación que resulte tolerada en el momento, tolerable en el curso ulterior y al cabo mas radical.



Tuberculosis y sífilis esplénicas.

121

A título tan solo de apéndice y para terminar este trabajo, cito aquí tales afecciones porque ellas han dado motivo para intervenciones quirúrgicas, que hasta el día se cuentan perfectamente por lo escaso de su número.

Las razones de intervención por la tuberculosis, se tienen en el hecho demostrado de su existencia como lesión primitiva y única en el bazo, que aun cuando en período constituyente todavía por lo que a sus síntomas se refiere, está completamente asignado en las

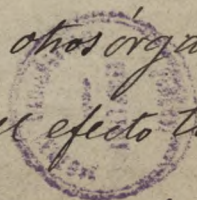
neuroprias, ya que no ha podido encontrarse otra lesión fímica que ella.

Comprendese pues la utilidad de una intervención en tales casos, suprimiendo un foco tan peligroso siempre donde quiera que se halle, pero mas en el caso dadas las condiciones anatomicas de esta víscera que hacen muy de temer un brote generalizado de tuberculosis con sus funestas consecuencias.

Figura la marsupialización al lado de la esplenectomia como tratamiento de la tuberculosis esplénica primitiva, y si la verdad la falta de casos no ha permitido aun llegar a un juicio definitivo acerca las ventajas e inconvenientes de una y otra. Mariott, Burke, y Sutton, operaron con esplenectomia, cuando

los caros de los dos primeros y muriendo de peritonitis el del tercero.
 Quemu en cautio habiendo celas con un foco limitado, se
 incendió amphiamente y manipulatio despues, viendo como el
 bazo, se eliminó poco à poco casi en totalidad, siendo imposible
 al año siguiente apreciar tumefaccion esplénica y sin que nuevo
 brote tuberculoso pudiera señalarse. Para los caros de tuberculo-
 sis diseminada propono la esoplenopexia con ó sin incision

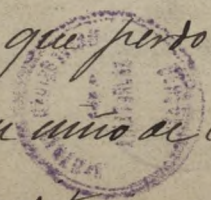
El caso que citó, operado por el Dr Ribera, da pocas
 esperanzas, pues las lesiones existentes en otros organos, conti-
 nuaron su curso, y tampoco pudo verse el efecto tónico que
 sobre estas tiene, la estirpacion de los focos avanzados como se
 ve por ejemplo para las pulmonares con la amputacion



en una artritis antigua.

En resumen, parece aceptable la epleuectomia, a con-
dicion de haberse con lesiones primitivas y disseminadas en el
bazo, contando siempre con las fuerzas del enfermo, y reservar la
manipulacion para los casos de foco unico y profundo ya por
la degeneracion cauesa.

———— Por lo que a la sífilis respecta, parece una estralimi-
tacion del Cirujano, intervenir en una enfermedad que cuenta
con tratamiento médico específico. Hay que pero usar sin em-
bargo a Mancuso que epleuectomizó un unio de 6 años en el que
las lesiones endocras del bazo sífilítico hereditario, no fueron ya
obedientes al tratamiento médico, curando en cambio con la



intervencion los molestos sintomas de periesplenitis que deter-
minaba un bazo con peso de 1.400 gramos

No me parece pues un radicalismo exagerado en
vista del fracaso de la Terapeutica mixta antirifilitica para las
leiones enderosas que esta afeccion determina, el ensayo de un
tratamiento quirurgico que para el bazo debe ser la epleecto-
mia ya que poco o nada conseguiran los otros procedimientos qui-
rurgicos. Supuesta la larga fecha y caracteres de las leiones
proliferativas enderosantes.



158

Observaciones de quistes esplénicos:

Observación 1.^a M B = de 35 años, casado, ingresa en la Clí-
nica a cargo del Sr Rivera el día 2/ de Noviembre de 1901 =

Diagnóstico = Quiste hidatídico del bazo.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical que siendo
insuficiente se amplió con una incisión transversa, que par-
tiendo de la mitad de la primera se extendía unos 9 cm ha-
cia el lado izquierdo. Permitió con la siringa de Pravac
que da un líquido claro y transparente, el cual se extrae
con un grueso trocar, y después rebatando la puntura
salida de numerosas hidatides. En fin manipulada

cion y desague en tubos.

Curso postoperatorio = En las curas sucesivas siguieron saliendo hidátides en relativa abundancia y a los diez días se quitaron los puntos de sutura. Cedió bastante en rellenarse la bolsa quística pero sin ninguna complicación pudo el enfermo recibir el enfermo, el alta curado a los tres meses de la intervención.

Observación 2.^a J R de 12 años que ingresa en la clínica del Sr Rivera el día 5 de marzo de 1901.

Diagnóstico = Tras algunas vacilaciones se hizo el diagnóstico hidatídico del bazo.

Tratamiento = Se llevó a cabo, adquiriendo mayor certeza

en el diagnóstico, con la anestesia cloroformica. Laparotomía lateral siguiendo el borde externo del músculo recto izquierdo con la que se cal sobre el tumor de superficie libre y brillante que había hecho libre al bazo en la cavidad abdominal. Punción con jeringa de Pravaz e incisión después saliendo un medio litro de líquido y estropeándose a continuación toda la membrana germinativa, sin poderlo hacer con la adventicia. Se manipuló después, elevando con gaza la cavidad

Curso postoperatorio = Fue rápido y normal; a los 11 días se levantó la cura apareciendo la herida limpia y casi curada. La cavidad se relleno muy pronto y el enfermo salió curado al mes de la inter-

Operacion

Observacion 1.^a Mujer de 35 años, casada, que ingresó en la sala del Hospital General á cargo del Dr. D. Juan Brabo.

Diagnostico = Tumor indolidico del bazo.

Tratamiento = Laparotomia lateral en el borde externo del musculo recto izquierdo con la que se llega al bazo que formaba como una sacara al quite y que habia contraido adherencias muy intimas con la bóveda diafragmatica. En vista de esto se decidió hacer mansupialnacion, mas como el tejido esplenico sangraba abundantemente al tratar de fijarlo á la herida abdominal, se colocaron gasas entre esta y el tumor, se comprimió el bazo hacia afuera y enseguida se dio salida al liquido por puncion.

150

con trocar. Agrandose despues la puntura estrayendo la membrana germinativa y a pundo luego mansupiarizar sin mas incidentes

Curso pntoperatorio: Al segundo dia tuvo la enferma un violento erisipelo con fiebre de 40° 7' grados. Sin motivo a que atribuirlo, se levanto la cura encontrando bien la herida. En la tarde del mismo dia aparecio un brite generalizado de penfigo que la ocasionaba un prurito muy intenso. Enseguida se comprendio que el derrame de alguna cantidad de liquido en el pntoneo, habia sido la causa del accidente, por las propiedades toxicas que posee, al ponerse en contacto con una superficie de tal poder absorbente como el que tiene

esta serosa. Para combatir esta complicacion se emplearon
baños con acido borico y almidon, desapareciendo las molestias
a los siete dias y la enfermedad a los quince. En cuanto a
la bolsa quística fue rellenandose poco a poco, alcanzando
al mes y medio el nivel de la piel.

Observacion 4.^a Ingresó en la sala del Hospital General a con-
go del Dr. D. Juan Brabo, el día 13 de Enero de 1903, una
mujer de 45 años casada natural de Madrid

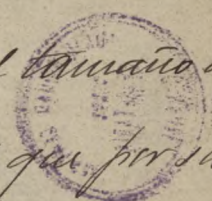
Diagnóstico = Quiste hidatídico del bazo



Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical, Al incidir
el fontáneo se encontró un quiste del tamaño de un puño
que se vació por completo; lo mismo hubo que hacer con otra

porción de quistes sembrado en el epiploon mayor.

Extirpados todos se llegó al quiste explemico que fue puncionado con trocar saliendo un liquido amarillento sucio en una gran cantidad. Dilatada la puncion se extrajeron, numerosas hidátides, enteras unas y otras rotas y en periodo regresivo perdiendose apreciar el mismo estado de descomposicion en la membrana germinativa. Reconociendo despues la cavidad, se le conto un orificio en su parte superior del tamaño de un dinio, por el que comunicaba con otro quiste que por su situacion se supuso ser supradiaphragmatico. Se extrajo cuanto se pudo de esta segunda cavidad, lavando despues con agua hervida y marsupializando la inferior a la herida abdomi-



nal, desaguando con tubos

Curso postoperatorio = A pesar de una infección tan inminente se conservó aseptica la doble cavidad, y la enferma recibió el alta curada a los dos meses de la intervención

Observación 5.^a Hombre de cuarenta y tantos años que ingresó en la sala del Hospital General a cargo del Sr. Ortiz de la Torre

Diagnóstico = Quiste hemático del bazo.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical, con la que se llega al tumor del que se extraen con trocar unos 5 litros de líquido sero-sanguinolento. Dilatación y reconocimiento del quiste que aparece revestido en su superficie interna de estratificaciones fibrinosas con algunos coágulos

Muertos en su interior. Tratando de extirpar estas masas, sobrevino hemorragia abundante que obligó a desistir de la maniobra y como las esternas y fuertes adherencias que la cara externa habia contraido con el recodo izquierdo del colon y este viago, impidieron la esplenectomia se hizo manipularizacion.

Curso postoperatorio = Fue largo y accidentado pues la cavidad lenta en retraerse, se infectó a pesar de los exquisitos cuidados que se tuvieron, sobreviniendo una exudacion fetida en estremo con espulsion de fibrina y restos de tejido esplénico acompañado todo con fiebres, algun dia elevatísimas y estos trastornos tuvieron al enfermo en una situacion

angustiosa durante largo tiempo -

Afortunadamente a los ocho meses todo volvió a la normalidad y el enfermo curó.

Observación n.º 6: Señora de más de 80 años que ingresó en la sala del Hospital femoral a cargo del Sr. Juan Prato.

Diagnóstico: Quiste hidatídico del bazo.

Tratamiento: Laparotomía media supraumbilical, reconocimiento de un quiste que llenaba casi toda la cavidad abdominal.

Remoción con trocar y salida con precauciones de una enorme cantidad de líquido. Manipulación y desique.

Curso postoperatorio: Se infectó la bolsa quística y murió la enferma al mes y medio de la intervención con coagulación extrema.



Observaciones de hipertrofia palúdica

Observación 1.ª CP niña de cinco años que ingresa en la Clínica del Sr. Ribera el día 27 de Enero de 1902.

Diagnóstico = Hipertrofia palúdica del bazo

Tratamiento = Laparotomía lateral siguiendo el borde externo del músculo recto izquierdo, encontrando el bazo muy hipertrofiado

pero de aspecto normal. En vista de esto se fijó a la pared abdominal con dos puntos de sutura, uno en la parte superior y otro en la inferior, rellenando el resto de la herida con gasa.

Curso postoperatorio = Levantada la cura a los 9 días se encontró una adherencia en forma de estípor la cual desapareció

en curas sucesivas. No se consiguió sin embargo gran cosa en cuanto a disminucion de volumen del bazo cuando la herida cicatrizó sin dificultades. Por ello se aconsejó a la enfermita otra operacion que no fue aceptada.

Observacion 2.ª = Muchacho de 12 años que ingresa en la Clinica del D^{to} Ribera en el mes de octubre de 1904.

Diagnostico = Hipertrofia palúdica del bazo.

Tratamiento = Laparotomia lateral; viendo que las adherencias no eran muy íntimas y se separaban sin dificultades, se hizo esplenectomia sin ningun entorpecimiento ni accidente de especial mencion.

Curso postoperatorio = Reaccionó bien el enfermo, y unicamente

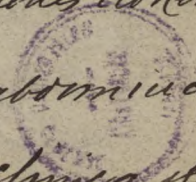
te al día siguiente se encontraba algo decaído y con fiebre de 38°. Siguió después bien, se levantaron los puntos de sutura a los diez días y salió de la Clínica curado en el mes de Noviembre.

Observación 3.ª = Mujer de 58 años que ingresó en la Clínica del Sr. Ribera en el mes de Enero de 1895.

Diagnóstico = Esplenomegalia palúdica y riñón derecho ectópico.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical, encontrando el bazo muy hipertrofiado con esternas y fuertes adherencias. Sin más tentativas se cierra la herida abdominal.

Curso postoperatorio = Salió curada de la Clínica el día 24 de Febrero, notablemente reducido el volumen del bazo y muy mejorada en su estado general.



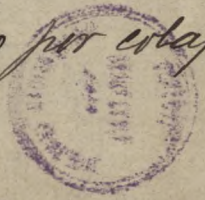
Observacion 4.^a = Hombre de 46 años que ingresa en la clinica del Str Ribera en el mes de Septiembre de 1892.

Diagnostico = Hipertrófia esplénica patológica.

Tratamiento = Laparotomía media supra e infra umbilical, encontrándose numerosas adherencias que fijan el tumor.

Se hace esplenectomía, extrayendo un bazo de 2'510 gramos de peso, 30 cm. de largo, 16 cm. de ancho y 7 cm. de grueso.

Curso postoperatorio = Murió el enfermo por estapros a las tres horas de la intervención.



Observacion 5.^a = A. A. mujer de 45 años que ingresa en la clinica de operaciones a cargo del Str Tomme el dia 3 de Noviembre de 1903.

Diagnostico = Esplenomegalia palúdica

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical, en con-
traudo el bazo con algunas adherencias, mas acentuadas
y fuertes en su polo diafragmático. Calculando que no po-
dría salir por los bordes de la herida, se amplió esta ha-
cia arriba hasta la punta del apéndice esifóides y hacia
abajo unos 3 cm. mas allá del ombligo. Procedióse despues
a la liberación del bazo cortando entre ligaduras las ad-
herencias que resultaron muy vasculares, en lo cual pudo
ya extraerse el bazo del abdomen, ligando despues parcial-
mente y en masa el peritoneo costándole y retirando
el organo que peso tres kilos. Foillete y sutura de la heri-

da abdominal

Curso postoperatorio = Reaccionó torpemente la enferma de la anestesia. y hubo que ayudarla con inyecciones de suero artificial. y usó buscando esto para elevar la tension arterial, se completaron con cafeina.

Ganó bastante al poco tiempo y al día siguiente todo peligro parecía conjurado con $37^{\circ}5$ grados de temperatura y 82 pulsaciones

En la tarde de este mismo segundo día, se devió el termómetro a $38^{\circ}9$ grados, el pulso ganó también en frecuencia llegando a 120 pulsaciones, y además apareció disnea y tos con expectoración escasa. En suma una broncopneumonia que arrebató a la enferma a los cuatro días =

Observación 6.^a Ingresa en la sala del Sr D. Juan Brabo

una mujer joven con antecedentes de fiebres prolongadas
 y en el momento con síntomas abdominales de abultamiento
 considerable en epigastrio, vacío e hipogastrio izquierdo, doloroso
 y macizo a la percusión con resitencia y pseudo fluctuación
 fiebre de 39° y pulso débil y frecuente

Diagnóstico = Se piensa en una inflamación peritoneal
 localizada y se decide la intervención.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical con la que
 se llega a un bazo esplenomegálico y con difluente con adhe-
 rencias inaparentes en toda su periferia, acompañado de infar-
 to hepático. Sugestionados por su blandura y recordando
 los quistes intraesplénicos, se hizo punción con trocar fino

1612

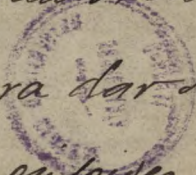
dando solo sangre y siguiendo esta al retirar la cápsula sin que batiere la compresion à detenerla. En vista de esto y tras un intento sin resultado de sutura capsular, se decidió colocar una pelota de gasa sobre el organo, rellenando toda la herida abdominal y sujetando todo con un vendaje de cuerpo bien algodónado y con suficiente presión.

Curso postoperatorio - Reaccionó bien la enferma sin repetirse la hemorragia, levantándose la cura a los cuatro días viviente y a granulación. Se rellenó otra vez con gasa y así se siguió despues hasta obtener una perfecta curación, desapareciendo toda molestia general y recobrando bazo e higado su volumen y funciones normales.

Observación 7.^a Mujer de 26 años con antecedentes padu-
dicos que ingresa en la Clínica del Sr Guerra el día
23 de Octubre de 1900.

Diagnostico = Hipertrofia malarica del bazo

Tratamiento = Laparotomía media supra e infraumbilical
y reconocimiento de un bazo muy voluminoso y con adheren-
cias muy íntimas en el polo diafragmático. Calculando
la escasa amplitud de la herida para dar salida al
órgano, se amplió, hasta el apéndice cecales y así y to-
do aun fue difícil liberar el bazo, aun cuando se
conquirió sin sangre. Visto que al intentar la ligadu-
ra parcial de los vasos, se rompió la vena esplenica



bubo que consistió de esta maniobra de detalle, ligando el pedículo en masa primero, pudiéndolo después hacer varo por varo. Fijé y sutura de la herida abdominal después de separar el bazo.

Curso postoperatorio: Se presentó en la noche del mismo día una tos pertinaz que producía mucha molestia en la región operada. Continúa al día siguiente, con respiración ansera, $38^{\circ}4'$ y 120 pulsaciones y al tercer día todo camina hacia la normalidad; desaparece el ligero catarro bronquial a los 8 días y a los 11 se levantan los puntos de sutura, encontrando la herida anéptica y recibiendo la enferma el alta curada el día

M de Luro. Durante este tiempo se le hicieron análisis de sangre con el resultado siguiente

Antes de operar = Hematíes = 4'612,000, Leucocitos = 9'375

é los 4 días de la intervención, H = 3'425,000, L = 18'800

" 8 " " " " H = 3'100,000, L = 31'000

" 13 " " " " H = 3'520,000, L = 29'000

" 17 " " " " H = 3'990,000, L = 26'000

" 25 " " " " H = 4'987,000, L = 16.000

El último análisis fue muy aproximado a la normal.

Observación 8.^a = Mujer de 35 años que ingresa en la clínica de Sr Ribera en el mes de Octubre de 1898

Diagnóstico = Bazo ectópico palúdico

Tratamiento = Laparotomia media supraumbilical, con la que se vio que a pesar de la ectopia; el aspecto, color, y consistencia del bazo eran normales. En vista de ello se ordenó la esplenectomia y se hizo esplenopexia.

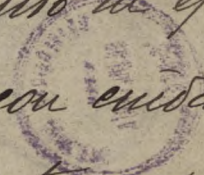
Curo postoperatorio = El dia 29 de Noviembre a los veinte dias de la operacion salió curada de la Clínica habiendose fijado y reducido notablemente el bazo en el hipocostrio izdo y sin molestias subjetivas.

Observación 10.^a = Ingresa en la sala del Hospital General a cargo del Sr D. Juan Brabo, una mujer de 23 años, con fenomenos agudos peritoneales y fiebre en una peritonitis. Al dia siguiente con

Tratamiento médico cambia la escena por completo y se encuentra un tumor en region de ovario derecho.

Diagnóstico = Quiste ovarico del lado derecho.

Tratamiento = Se interviene el dia 11 de octubre de 1901 con laparotomia media infraumbilical, encontrando, detras de la masa intestinal, un tumor fuertemente adherido a todo lo que le rodea, incluso al epiploon mayor. Separadas las adherencias con cuidado, se averigua la naturaleza esplenica del tumor, cuyo pediculo estaba torcido dos veces sobre si mismo. Se liga este y se para despues el bazo terminando la operacion con talleta de fenol y sutura de la pared abdo.



minimal

Cuno postoperatorio = Sin entrar tiempo alguno. Pudo averiguarse despues que la enfermedad fue palúdica y que además sufrió un traumatismo con lo cual quedan aclaradas las dudas del caso.



156

Observaciones de hipertrofia simple, no palúdica
ni leucémica

Observación 1.^a En el mes de octubre de 1891 ingresó en la
clínica del Sr. Rivera, un niño de 13 años sin anteceden-
tes dignos de interés

Diagnóstico = Hipertrofia esplénica simple

Tratamiento = Laparotomía media suprumbilical con la que
se encuentra un bazo enorme, atollado, adherido y muy vas-
cular por lo que no se pasó adelante; cerrando el vientre

Curso postoperatorio = El enfermo curó, reduciéndose la vis-
cera a su tamaño normal, regularizándose los difíciles
digestivos y saliendo de la clínica con un buen aspecto

general

Observación 2.^a Niño de 10 años que ingresó en la
clínica del Sr Rivera en el mes de Abril de 1894.

Diagnostico: Hipertrofia esplénica simple.

Tratamiento: Laparotomía media supraumbilical, encon-
trando un bazo que ocupaba desde la bóveda diafragma-
tica hasta la fosa iliaca izquierda, muy adherido a los
órganos próximos. Sin hacer más se cierra el vientre.

Curso postoperatorio: Sin complicaciones, pues sale curado
el día 17 de Junio con una circunferencia máxima de
60 cm. una distancia esi-umbilical de 15 cm. y bazo
sumamente pequeño. Buen estado general.

157

Observacion 3^a Hombre de 55 años que ingresa en la
clínica del Sr. Rivera en el mes de Marzo de 1901

Diagnostico = Se duda entre epitelionoma gástrico ó tumor
del bazo.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical, encou-
trando un bazo hipertrofiado y con grandes adherencias
por lo cual sin intentar esplenectomía se cierra la
henda abdominal.

Curso postoperatorio = Sin complicaciones, salió el enfermo
habiendo desaparecido sus molestias digestivas, con el
tumor muy disminuido y pudiéndose considerar curado.

Observacion 4.^a Mujer de 35 años que ingresa en la

Clínica del Sr Rivera el día 24 de octubre de 1895.

Diagnóstico = Hipertrofia simple.

Tratamiento = Laparotomía media supraumbilical que encuentra un bazo ocupando todo el hipocóndrio y vacío izquierdo y con adherencias al intestino. Se deshaen estas se liga y corta el pedículo parcialmente y la masa y se extrae el órgano.

Curso postoperatorio = A los seis días de curso magnífico se levanta la enferma de la cama, tiene un síncope y muere en pocos instantes.

Autopsia = Se encontró la arteria ocluida, y la vena abierta, sin duda al desprenderse la ligadura

Observacion 5.^a Niño de dos años y medio ingresado en la clinica del Sr Rivera en el mes de Septiembre de 1899

Diagnostico = Se duda entre hipertrofia simple y quiste hidatidico:

Tratamiento = Laparotomia lateral que encuentra un bazo muy hipertrofiado y adherido. Se deja abierta la incision abdominal sobre el organo, sellandola con gasa.



Curso postoperatorio = Salio curado de su hipertrofia a los tres meses de la intervencion

Observacion 6.^a Niño de siete años ingresado en la clinica del Sr Rivera en el mes de Noviembre de 1904

Diagnóstico: Hipertrofia simple

Tratamiento = Laparotomía lateral siguiendo el borde externo del músculo recto izdo encontrando al base en numerosas y fuertes adherencias a los órganos próximos, en vista de lo cual se limitó el Cirujano a fijarle a la herida abdominal con dos puntos de sutura en la parte superior y uno en la inferior.

Curso postoperatorio = Curó el niño reduciéndose al base a su tamaño natural y quedando adherido a las paredes abdominales.

Observación 7.^a = Ingresa en la clínica de Operaciones a cargo del Sr. Jimenez un muchacho de 13

años, en el mes de Mayo de 1903.

Diagnóstico = Hipertrofia simple con ascitis =

Tratamiento = Laparotomía media supra i infra umbilical

que encuentra un bazo enorme, bañado por su polo inferior en liquido ascítico en un muy grande cantidad, con adherencias externas aunque no muy fuertes, excepto en el polo diafragmático donde hubo que proceder con gran tino a separarlas, Pudo sin embargo terminarse este tiempo casi sin sangre entando entre dos ligaduras y ligando despues parcialmente primero y en masa luego, el pedículo esplénico, entandole y separando el bazo. Coillette del puntorio y sutura abdominal.



Curso postoperatorio = Sin alteraciones, se levantó la curva
a los dos días y se quitaron algunos puntos de sutura
no haciéndolo en los restantes porque se calculó que la
coalescencia no era aun suficiente. Siguió el enfermo bien
de estado general pero sin avanzar la cicatrización de la he-
rida y como al contrario saltaron los puntos que quedaban, hubo
necesidad de suturar de nuevo rodeando los bordes. Estos
llevaban buena marcha y todo hacia esperar un buen re-
sultado, pero a los veinte días de la operación primitiva
apareció una diarrea abundantísima que no hubo medio
de cohibir, muriendo el enfermo de inanición y caquexia
rápida. Por confesión de la familia nos enteramos, que

188
la culpa la tuvo una enorme cantidad de chocolate
crudo que ingirió en un día de visita.

Observacion 8.^a Niño de 10 años que ingresa en la sala del
Hospital de Niño Jesús a cargo de Sr Rivera, el día 25
de Septiembre de 1886.

Diagnostico = Hipertrofia simple con ascitis de marcha rápida.

Tratamiento = El día antes de la intervención se hizo paracentesis.
y al siguiente operando con spray femico, la parotomía
media supraumbilical indicando después el ombligo
desprendimiento de adherencias con relativa facilidad y
sin hemorragia, exposición del bazo fuera de la herida
abdominal pasando bien por ella, ligadura parcial

primero y en masa despues, presentandose en este tiempo un sincope que obliga a emplear respiracion artificial y excitaciones cardiacas. Mientras tanto el cirujano corta y repara el bazo, hace toilette del peritoneo y sutura la herida abdominal, continuando las maniobras de los ayudantes por espacio de dos horas hasta que el peligro se considero pasado. Tiempo empleado en la intervencion 35 minutos



Curso postoperatorio - Fue breve pues desgraciadamente el estado de colapso que se inicio en la intervencion, continuando despues, termino con el enfermo a las 9 de la mañana del dia siguiente

Autopsia: Se hizo completa no encontrando motivo ni lesion organica alguna para la muerte, pues ni una gota de sangre en el peritoneo, ni lesion visceral que la explique

Observacion 9.ª Muchacha de 16 años que ingresa en la clinica del Sr Rivera en el mes de Mayo de 1890

Diagnostico: Tumor dermoideo del ovario derecho.

Tratamiento: Laparotomia media infra-umbilical con la que se llega al tumor englobado por numerosos repliegues peritoneales y que solo despues de estripado se vio que era un bazo.

Curso postoperatorio: Murio al 4.º dia por pleuro-pneumonia gripal

Auptionia = Herida reunida, pulmones muy congestionados y derrame sero-purulento en la pleura



102

Tuberculosis esplénica

Observación única: Hombre de 50 años en quien se diagnosticó una tuberculosis del bazo.

Se enteró el día 4 de Febrero de 1901 con laparotomía lateral, descubriéndose el foco esplénico y haciendo manipulación.

Curo el enfermo del foco esplénico, pero murió en el mes de Marzo por evolución de una tuberculosis pulmonar.

105

Conclusiones.

- 1.^a Existe desacuerdo entre la Fisiología y la Clínica, pues mientras que aquella no encuentra mas accidentes imputables a la esplenectomia que las modificaciones sanguíneas como ícteras constantes; esta la considera como operación de las mas graves y que por lo tanto no debe intentarse sino en los casos estremos
- 2.^a Van quedando cada dia mas limitadas, las indicaciones de la esplenectomia en las heridas del bazo, por el perfeccionamiento de la técnica, y el empleo de nuevos procedimientos que como el de Senn, son muy recomendables, por el área

tan estrema que abarcan, de tal manera que la intervención radical solo debe intentarse cuando fracasen estos medios, ó cuando la herida recaiga en un bazo enfermo à tal extremo que poco ó nada haya que esperar de su función.

3.^a En caso de hérnia reciente del bazo, debe intentarse à todo trance la reducción, guardando las mismas precauciones que en la hérnia de intestinos, mientras que si la hérnia es antigua con las condiciones de sepsis que generalmente la acompañan, la conducta mas racional es la esplenectomía

4.^a Solo para los quistes que asientan en bazo sin adherencias y movibles en la cavidad abdominal, está indicada la esplenectomía, mientras que la marsupialización,

cura aquellos y los adherentes, sin exposicion y sin peligros.

5.^a Descartada la intervencion con esplenectomia en los abscesos del bazo por inutil sino peligrosa, debe sin embargo emplearse en las formas de infiltracion difusa y abscesos metastaticos multiples, no quedando la incision mas que para abscesos sencillos y facilmente abordables.

6.^a Las adherencias, la hemorragia y el Shock, contraindican en absoluto la esplenectomia en el bazo leucemico.

7.^a De todas las operaciones propuestas para curar la esplenomegalia paludica, la esplenectomia es la mas grave, y esta gravedad se aumenta en razon de lo estenuo de las adherencias, del estado de coagulosia en que el su-

fermo llega a la operacion, y de la constitucion hemofi-
lica que el paludismo imprime en el sujeto que le padece.

6^a Las conas de bazo ectopico y movil, son los de mas facil
esplenectomia, y como para cambiar de sitio este organo
necita casi siempre sufrir lesiones que dificultan su
seccion, vitas y reconocidas estas, no resulta gran peccado
el estirparle.



7^a No pudiendo particularizarse todavia, las indicaciones de la
esplenectomia en todas las afecciones suglobadas con el
titulo de esplenomegalias no paludicas ni leucemias,
lo unico que puede decirse es, que tal intervencion, resulta
gravissima, mientras que la esplenopexia y mejor la

esopleneopesia sin ser tan graves, resultan casi siempre errativas.

10. La tuberculosis esplénica a condición de ser primitiva puede tratarse quirúrgicamente, haciendo esplenectomía en las lesiones diseminadas y marsupialización en los casos de foco único.

11.ª Las lesiones erdemas sifilíticas, rebeldes al tratamiento específico, pueden ser objeto de esplenectomía, cuando las molestias del enfermo sean incompatibles con su vida ordinaria.

He dicho.



José Ferrer García
Admirante
de Marina

Madrid y Noviembre 1905

Admirable
W. Fineman

Dia 2 de Diciembre de 1905

Verifico el ejercicio del grado de Doctor
y fui calificado de sobresaliente

Federico Olvera

Manu Fineman

J. Acevedo Vique

Dr. H. H. H. H.

U. M. A. G. U. E. R.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the upper right corner of the page.

Handwritten text, possibly a signature or name, located in the lower left area of the page.