

17-30-22

Duplicato

49

Some Unusual Cases
of the
Surgical Practice
of

Aureliano Urrutia, M. D.

Professor of Surgery and Dean of
the Medical School of
Mexico, City.



San Antonio,
Texas

1047691

CLINICAL HISTORY No. 1
Urrutia Sanitarium

During the year 1912, the Manager of the Foundry of Mineral del Oro, was wounded by a bullet, at the base of the neck, the bullet piercing the artery and the jugular vein at its source, but not causing any external hemorrhage; he survived the accident, due to having fainted a few moments later.

The wound caused the artery and the vein to become tied together, originating a difusing aneurism arterio-venous, which in the course of two months had reached the proportions of a human head located in the upper part of the thorax and invading the supper clavicular regions, pectoral and arm pits.

He was treated at the American Hospital and from there sent to another one in New York for further treatment. There, after the most thorough study from the laboratories and based mainly in the X-Rays investigation, the case was declared as beyond the reach of surgery.

Upon his return to Mexico, he was interned in my Sanitarium and subjected to a clinical study for two weeks. I decided to submit the following program or suggestion: to extirpate his aneurism, after having properly tied the brachiocephaliuous branches, arterial and venuous uncovering them at their source. My suggestion was accepted and I proceeded to loosen the two esterno-cleidomasthoides at its external-clavicular insertion,

until I could see the bifurcation of the original carotide vein, that is to say as far as the fourth cervical vertebrae. I disarticulated the right clavicle. With the hand saw I extirpated the base of the sternum and after fully exposing all, I uncovered first the venous branches and afterwards the brachiocephalic trunk, inserting a thick silk thread to temporarily suspended the circulation. I placed another thread under the same conditions upon the external and internal carotid of the right side, especially on the external jugular, after having isolated the ganglions of the sympathetic and the pneumogastric. My assistant made the threads tense to prevent the passage of the blood to the aneurism and watch the circulatory phenomena. The aneurism ceased to throb, the entire skin of the patient became extraordinarily pale, the respiration became extremely difficult, the pulse filiform and for a moment it seemed as if life was extinguished.

I instructed the assistant to loosen the thread to allow the passage of the blood to the brain and to the aneurimastic pouch. The pulse became full and regular, respiration was more frequent and the skin again took its normal color. We thus waited for thirty minutes to again make the temporary ligament. On this second time after six or seven minutes of stillness in the aneurism, a slight movement in the pulse was again noticeable. Some of the collateral received blood from the left side branches and it made me think on the necessity of binding the axillar and subscapular.

We then definitely placed the ligament of the brachiocephalic trunk and the original phenomena of the absence of circulation were repeated, although not as distinctly as the first time, while there was a clear pulsation of the temporals.

Taking advantage of the stillness of the aneurism, I loosened the large and small pectoral that formed the false pouch of the aneurism, contained in the muscle

fibers, all of them worn out, a large amount of fibrine (old aneurismatic coagulum) that weighed two pounds.

I immediately attacked the subclavian artery. I stopped the perforations independently from the artery and from the vein and I at once restituted the regions formerly occupied by the tumor, sewing up the different elements in the same state they keep under normal conditions. We placed the patient under the action of adequate temperature, injecting for three days normal saline solution in doses of 500 grammes every twelve hours.

The convalescence was normal, excepting two spots of blood poisoning in the extremities of the ring and little fingers, the patient left the hospital three weeks after the operation.

Doctors Monroy and Hitset had the kindness to visit the patient and to ask all the particulars of the operation and could ascertain that this pathological piece, was one of the most interesting that can ever present itself in aneurisms. The patient again took up his work and two years later I had occasion to treat him for a different ailment. His right arm partially regained normality but he resented the lack of clavicular bridge in some of his movements.

CLINICAL HISTORY No. 2
Santa Rosa Infirmary,
San Antonio, Texas

A patient by the name of J. N. coming from Nogales, Arizona, was brought to me with a diffusive aneurism of the right external iliac.

Besides the usual symptoms of aneurism; abnormal pulse, expansion and contraction characteristic upon the arch of Poupart, she had the abdominal cavity filled with an enormous tumor, that reached up to the edge of the right rib region; its shape was regular, globulous and with the appearance the uterus has in pregnancy.

After the usual examination and X-Ray and laboratory tests at the Santa Rosa Hospital, the following preliminary diagnosis was established: arterio venous aneurism in the iliacs, with abdominal tumor, probably of hematic source.

Treatment.

Laparotomy, an exploration at first, to define the nature and site of the tumor, and in view of conditions extirpate the aneurism. After opening the abdominal cavity it was found to be filled almost in a third of its extension by the pouch of an aneurism the walls of which were made up of the degenerated walls of the psoas and the cover inherent to the muscle, up to the walls proper, of the intestins and the abdominal peritoneum. The tumor was full of blood clots, some old and others of recent formation and with an impelling and expelling movement, as in all aneurisms.

Without time to lose and almost automatically I seized the pincers of dissection and channeled catheter to locate the iliac artery. I separated it from the vein; I suspended it with a thread and I quickly stopped the

circulation of blood and after this I enlarged the incision towards the Scarpian triangle until I found the insertion of the psoas. I first located the saphena, artery, the femoral vein. I passed a thread through them and stopped the circulation. I did likewise with the artery and also suspended the circulation.

The aneurism in its entirety became still.

Without any hesitation I made an incision on the mass full of blood clots, something which at first astounded all the doctors that were present at the operation, as Dr. Pagenstesher, of San Antonio, told me afterwards.

I cleaned out the mass of blood clots with large compresses until I could see the bottom of the wound clean and clear; the artery and the vein had been cut tangently, to the extent of five millimeters, they were interwoven and also communicated with the outside. I stopped the perforation and after a moment of intense emotion, we had before us a field of operation clear and simple. The pouch could be easily separated. The peritonization of the abdominal cavity and the replacement and sewing up of the organs of the region was made briefly.

...The patient did not suffer any traumatic shock. The lower right limb was kept during three days at an artificial temperature of 38 degrees (centigrade) and the healing was complete and prompt. Drs. Nixon and Scott of San Antonio, examined the patient eight days afterwards, at the request of the Santa Rosa Hospital as proven by the records. The patient returned home one month after the operation, conserving the movements of the right limb slightly impaired.

CLINICAL HISTORY No. 3
Santa Rosa Hospital,
San Antonio, Texas

During the year 1917, the columns of the press of the United States, were filled with information regarding two twin girls, who had the misfortune of having been born united at the most inconvenient point of their bodies to make life possible and with the most extraordinary abnormalities ever recorded. The union took place in the abdominal cavity and the X-Rays showed that intercommunication was so large that intestines passed from one to the other indistinctly and with extraordinary ease.

The bones of the thorax formed a kind of bridge which was the main obstruction to permit existence and which seemed to condemn them to live united forever. The upper abdominal cavity showed a shade like portion always present and unchangeable, which always caused the surgeons of Chicago's and New York's clinics not to make an operation. With this heavy overload, with these obstructions every day becoming thicker, the father of this almost superhuman freak came to see me. He had with him the opinions of the most eminent clinical authorities of this country as well as X-Rays taken by the scientifically curious in almost all the hospitals of North America; he wanted my opinion in the hope of finding a ray of hope to alleviate his grief, increased during the last days, with the unexplainable fact that one of the girls was in a feverish condition, greatly depressed and with clear symptoms of acute suffering, while the other girl apparently was in the best of health. One was named Josephine and the other Guadalupe (a poetical name for Mexican ears.) They were five years old and very attractive. They seemed to emulate two rose buds constantly crushing their petals. I carefully studied this case; I consulted the best books on the subject and for a long time I consulted my own books on surgery. I laid bare the heart of a father of many children, and to

my heart I left the solution of this arduous problem. While thusly engaged, I received the report of the Laboratory of Dr. Stout of San Antonio, which revealed the fact that the urine of one of the girls contained a large percentage of sugar of the pathological type, while that of the other one was normal. That is to say, one of the girls, sooner or later, was doomed to perish and the other had to suffer the consequences of such calamity. This circumstance which made my prognosis more pessimistic, suggested to me the idea of a certain independence of the two organisms and made me think on the possibility of an operation, depending only on the technical means or way that I might develop to overcome the dangers of surgical shock, of hemorrhage and all unforeseen contingencies, a most important factor in surgery, which can only be controlled by the intuition of the moment and Divine inspiration.

I suggested to the father of the girls, a preliminary operation to serve as exploration in order to verify by touch and sight the anatomical and physiological nature of this thick link, which seemed destined to join forever these two unfortunate beings; and if it were possible, to complete the operation at once. In case the operation seemed unadvisable, stop and proceed later at a second session commanding then all the elements that would assure success. This same preliminary exploration might determine that the case was scientifically beyond operating.

My offer was accepted; I made an incision of twenty centimeters in length and could ascertain that the small intestine of one of the girls passed freely and easily from one abdominal cavity to the other; that the link had a circumference of sixty centimeters in length; that there were no adhesions; but, on the other hand there was only one cavern or vault for the diaphragm of both girls and under this, there was only one liver in common, enormous, thick and larger on one side, just as if Jose-

phine had been assigned the right lobe and Guadalupe the left. But as a matter of fact, they were really two livers which were completely blended into one, because one of them, that of Josephine, had a bilious vesicle healthy and well developed while Guadalupe had in the place corresponding to this vesicle, only a rudiment of such an organ. I did not try to fathom the thoraxical connections, because whichever these might be, there was in my opinion, only one question; the most crucial of my surgical life, the greatest that can present itself to any surgeon in the world.

What procedure should I follow to effect the separation of these two beings? Would these girls survive after dividing this enormous organ in equal parts? I closed the incision made in the stomach, only temporarily, in order to take up with the girls' parents, the following problem: the operation is extraordinarily dangerous, because there is only one liver which must be divided between them, leaving half of it to each one. Of these two halves, I feared the one corresponding to the sick child might be deficient or that she would not be strong enough to withstand the operation; but I had great hopes to save the other girl. My proposition was accepted. I had some special clamps made for the hepatic operation, these clamps being thirty centimeters in length. I made all necessary preparations for such a gigantic operation and I assigned my countryman Doctor Aniceto Ortega, to give the anaesthetic to Josephine on whom I was banking my greatest hopes. Guadalupe was entrusted to Dr. Adams, reputed as the best anaesthetician of San Antonio, and to whose skill I relied for the most dangerous side of the operation. Almost at the same time, both Doctors said "Ready", out of the most profound silence that ever reigned in an operating room. An incision of crescent shape, thirty centimeters long, slightly tinted in red the white cloth of the operating table. I uncovered the sternum, the cartilages on each side, I loosened the lower part of the

pectoral muscles and with a hack saw I separated the sternum on both sides and the side cartilages ossified from the sixth and seventh rib. With the trepan and chisel I lifted this osteocartilaginous plastron and with great surprise we saw both hearths in their systolic and diastolic movements through a channel which made a common cavity of those of the pericardium, by a perforation which admitted two of my fingers; I closed each one of these cavities independently, giving each heart its own enclosure; I did not for a moment think of the dangers of the thorax in spite of numerous veins that were bleeding amongst the loose tissues of the mediastine; my mind was completely engrossed with only one thing: the liver.

Unconsciously and as if something compelled me to take a rest, I proceeded to make the asepsia of the entire wound, I tied even to the smallest veins and arteries that were bleeding, thus securing a dry field of operation; I removed the gauze soiled by blood, I applied fresh compresses, I reached for the stomach, I loosened the temporary clamps of the first operation; I protected all the viscera with hot compresses, surrounding the liver on its upper and lower parts, I then applied the special clamps in the huge red bridge, the only link uniting those two young creatures and I prepared to perform, what in my opinion was the most solemn moment of the operation.

Dr. Ortega just at the moment I took the amputating knife to divide the liver, said a happy phrase. "Everything", he said in the sweetest Spanish, "is white as the hostium" (the Holy Communion wafer.) I rapidly cut this gland in two, I seized with pincers the thick vein crevices that opened on one side and the other of the tissue of the liver; I sewed them with needle and fine silk and with round needles and No. 1 chromic catgut, I sewed up the gland, resting on the Glison capsule; I did the same thing with the other girl, who notwithstanding the efforts of the assistant had lost some blood;

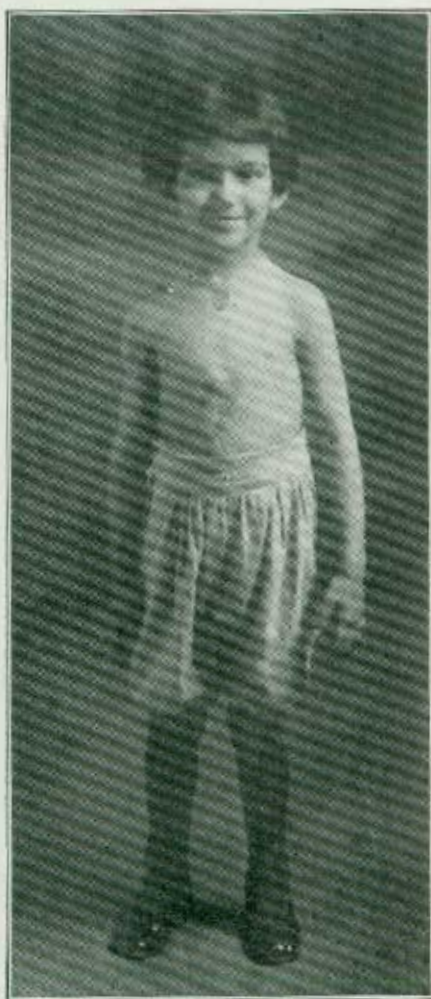
I closed the abdominal cavity protected by a dry dressing. We sent the little patients to their wards, under the usual care given in all major operations. One of them did not have the slightest trouble; the operation had no reaction either in temperature, pulse or respiration. The other one, Guadalupe, was well during the first hours, but slowly weakened without being able to take my nourishment and unable to respond to all efforts or resources employed to make her live. Josephine recovered without any incident; the convalescence lasted two weeks, after which she left the hospital with her wound totally healed. Fifteen years after the operation I was asked whether she could marry and I answered in the affirmative and the parents informed me that since the operation she had not suffered any sickness or trouble that could be connected with her original condition.

Mexican Surgery has the honor of having on its records this unique case in the annals of the Surgery of the World.

AURELIANO URRUTIA, M. D.,
Professor of Surgery and Dean
of the Medical School of Mexico City.



Before the operation.



15 days after the operation



Condition of the girl operated.

CLINICAL HISTORY No. 4

Foreign Bodies in the Stomach.

36 cases of foreign bodies in the stomach have I had in my practice, there being amongst them fruit seeds, five pounds of olive seeds and wild berries, with total obstruction of the Jejunio Duodenalis angle; also fragments of animal bones, nails, coins and in once instance a piece of false teeth. Of all these, three deserve the most attention, because the patients were children two years old, operated in the Santa Rosa Hospital. To one of them was extracted a ladies hair pin, three inches long; it was already embeded in the mucous membrane, with an ulcer already forming and a perforation. The extraction was made without untoward incident and the healing almost immediate.

The other case is of one girl to whom was extracted a mattress maker's needle, seven centimeters long, which accidentally was inserted in the abdomen, perforating the first portion of the smaller intestine, causing a wound tangent shape in the tranverse colon, finally locating in the stomachal cavity, wherefrom it was extracted without the slightest incident to the peritoneum.

The third case is the most interesting, and we beg to enclose the complete corresponding record of this pathological piece of work.

Clinical History of the child Lorenzo Rodríguez.

Age: 5 years.

Address: Round Rock, Texas.

Chirurgical Department.

Time of admission: 10:30 A. M.

Date: June 7th, 1932.

Diagnosis: The clinical laboratory examinations established the diagnosis of an enormous tumor with a nucleus formed by foreign bodies in the stomach filling the entire stomachal cavity and made up of hair, pieces of thread, bristles and also filiform formations of organic source.

Laboratory Tests.

Urine: Normal.

Blood: Red corpuscles, 4,500,000.

White Corpuscles: 7600.

Hemoglobine: 80 per cent.

Color: Index 0.8.

Coagulation time: 3 minutes.

X-Rays: Surface of increased density, centrally located.

No definite outline of the tumor could be determined; but the adherence to the wall of the stomach and the duodenum was clear, showing a large bridge that united or tied together the two parts of the foreign body.

Operation:

A middle incision from the xiphoid appendix to the umbilicus. In opening the abdominal cavity it was found that the tumor was of gastro-duodenal nature or character, developed within the respective cavities. There were vascular adherences between the tumor and the gastric walls with a very marked vasculisation and constant penistaltic movements of the cardia towards the pylorus resembling a living foetus.

The (epiplon) contracted; the smaller intestine, empty and with the appearance of hard chords in contraction. The liver tinted with a yellowish, redish color and the biliar vesiculæ out of, or deprived of bilious matter.

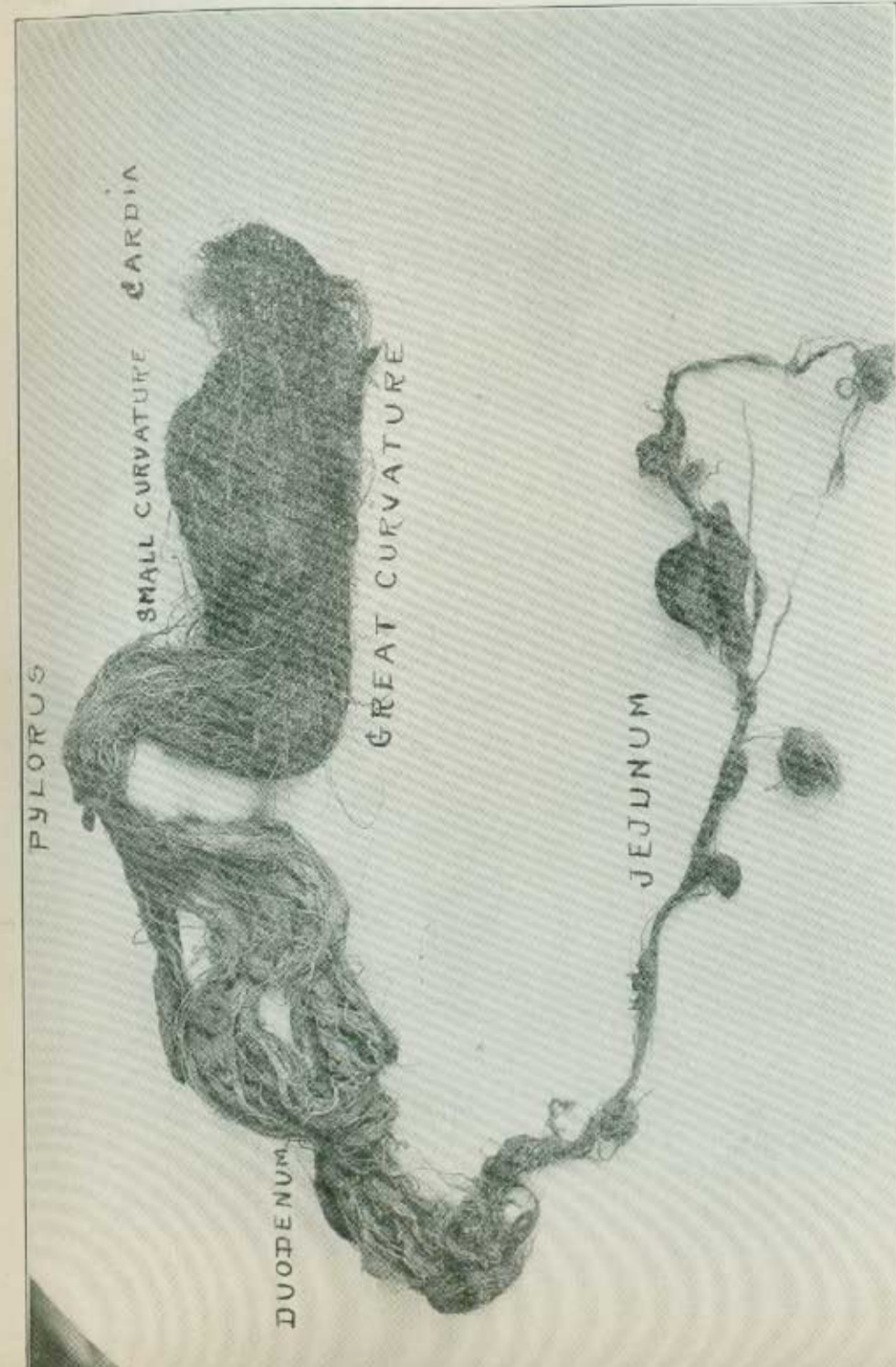
The operating field was isolated with dry gauze and an incision was made upon the large circumference (or curved organ) of 15 centimeters in extension. There appeared a black mass with membranous covering, which at first sight gave the impression of a fleshy schist; but in removing what appeared like a membrane or covering it was shown that it was a formation mucous-membranous already organized and resting or deposited on the surface of large masses of long hair, such as the tress of a woman, or the tails of some animals. It was, in other words, the tail of a horse within the stomach of a child. In trying to extract this, it was seen that the main or largest part or portion was lodged inside the duodenum and it became necessary to umbride the pylorus and part of the duodenum in order to extract the entire mass without causing traumatism to the organs. After emptying the contents of the stomach and the duodenum, the hemostasis and asepsis of the mucous membrane was made, and it had many points already ulcerated and degenerated as if it were covered with false membranes. First portion of the duodenum and in the smaller curving of the stomach, the wall was so thin, that it was necessary to make a circular resection 10 centimeters long. We made sure of the permeability (water proofing) of the intestine, through the angle Yeyuno-duodenal and after cleansing the major wounds the duodenal surfaces were sawn up, making in the anterior wall of the stomach another reinforcement suture of the tissues affected by the adherences and that due to that fact, were decomposing, or degenerating. After sewing the gastric wounds, the stomach was reduced to half its size and taking care to rebuilt the gastro anastomosis the abdominal wall was sewed, leaving a slight drainage (penrose) upon the suture anastomosis gastro duodenal.

After the operation, there was no reaction; the healing and recovering was completely normal. For eight days only liquid food was administered and after fifteen days the patient left the Hospital with the wound healed

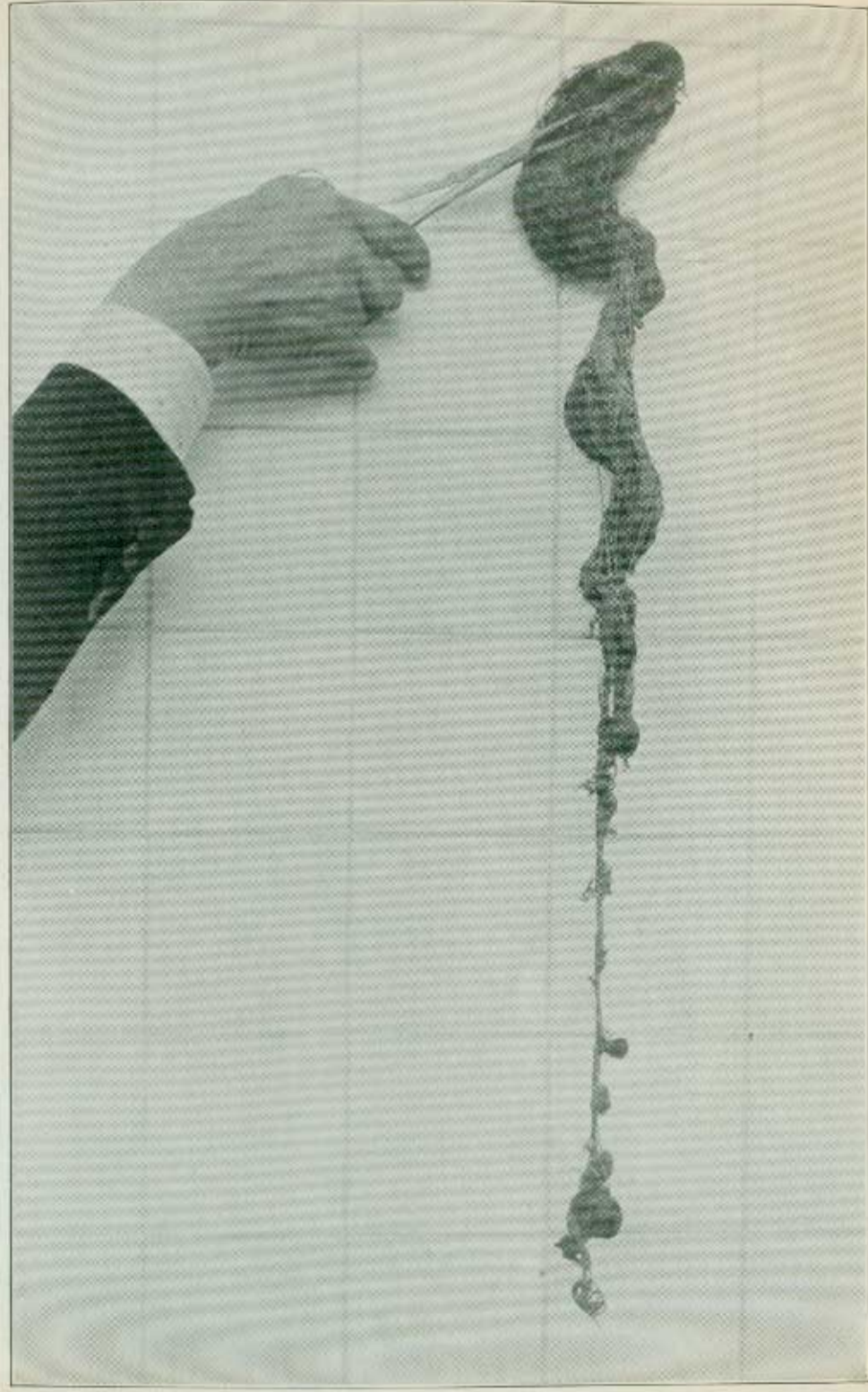
on first intention and the complete recovery of all his faculties.

Description of the foreign body.

A hard mass. Tumor made up of bristles and long hairs and threads, also organized tissues (neoplasm). Appearance like the tail of an animal. Irregular. Taking the shape of the stomach and adhering thereto and to the duodenum and the first portion of the jejunum. Formed of hair and bristles of long standing or duration, in embryo state and long lodging or location in the stomach and intestine. It measured six inches in its widest part. Three and a half inches on the pylorus. 16 inches long in the well formed part with an elongation in the shape of a tail that was being moulded into the entire part of the duodenum and the first part of the jejunum.



This specimen was removed from the stomach and small intestines of the child Lorenzo Rodriguez, 5 years old, from Round Rock, Texas. Operation was performed the 8 th. of June, 1929 at Santa Rosa Infirmary. San Antonio, Texas.



Algunos Casos
Excepcionales
del
Servicio Quirúrgico
del

Dr. Aureliano Urrutia

Profesor de Cirugía y Director de la
Escuela de Medicina de México.



San Antonio,
Texas

HISTORIA CLINICA No. 1 Clínica Urrutia

El año de 1912, el jefe de la Fundición del Mineral del Oro recibió: una herida por arma de fuego en la base del cuello interesando la arteria y la vena subclavia en su origen, sin producir hemorragia externa; y habiendo salido del accidente debido a un síncope producido momentos después.

La herida comunicó la arteria y la vena, dando origen a una aneurisma arterio-venoso difuso que en el transcurso de dos meses había alcanzado las dimensiones de una cabeza humana colocada en la parte superior del torax e invadiendo las regiones supraclavicular, pectoral y axilar.

Fue atendido en el Hospital Americano y enviado de allí a uno de los Hospitales de Nueva York para su tratamiento; donde después de un estudio minucioso de laboratorio y basándose principalmente en el informe radiográfico se declaró fuera de los recursos de la cirugía.

A su regreso a México fue internado en el Sanatorio y sometido a un estudio clínico durante dos semanas. Resolví presentarle el siguiente programa: Extirparle su aneurisma haciendo la ligadura previa de los troncos braquiocefálicos arterial y venoso, descubriéndolos en su origen. Aceptada la operación procedí a desinteresar los dos esterno-cleidomastoideos en su inserción esterno-

clavicular hasta poder ver la bifurcación de la carótida primitiva, es decir hasta la cuarta vértebra cervical. Desarticulé la clavícula derecha. Extirpé con la sierra de mano el puño del esternón y después de una amplia exposición desnudé los troncos venosos primero y después el tronco braquiocefálico pasando un hilo de seda gruesa para suspender temporalmente la circulación. Puse otro en las mismas condiciones sobre la carótida externa e interna del lado derecho y especialmente sobre la yugular externa después de aislar los ganglios del simpático y el neumogástrico. El ayudante puso en tensión los hilos para suspender el paso de la sangre sobre el aneurisma y observar los fenómenos circulatorios. El aneurisma cesó de latir, toda la piel del enfermo en todo el cuerpo palideció extraordinariamente, la respiración se hizo extraordinariamente superficial, el pulso se hizo filiforme y pareció por un momento que la vida se extinguía.

Ordené al ayudante soltar los hilos para dejar pasar la sangre al cerebro y el saco aneurismático. El pulso volvió a latir lleno y regular, la respiración se hizo más frecuente y la piel tomó nuevamente su coloración normal. Así esperamos treinta minutos para repetir la ligadura temporal. En esta segunda vez después de unos seis a siete minutos de silencio en el aneurisma volvió a notarse ligero movimiento pulsátil. Alguna de las colaterales recibía sangre de los troncos del lado izquierdo y me hizo pensar en la necesidad de ligar la axilar y la subescapular.

Pusimos entonces definitivamente la ligadura del tronco braquiocefálico y se repitieron los fenómenos primitivos de ausencia de circulación sin ser marcada como la primera vez y con pulsación clara de las temporales.

Aprovechando el silencio del aneurisma, desinteresé el grande y el pequeño pectoral que formaba el falso saco del aneurisma conteniendo entre las fibras del mús-

culo todas degeneradas; una gran masa de fibrina (Coágulo aneurismático antiguo) que pesaba dos libras.

Fuí inmediatamente sobre la arteria subclavia. Obtuqué las perforaciones independientemente de la arteria y de la vena y acto continuo restauré las regiones anteriormente ocupadas por el tumor suturando los distintos elementos en las mismas condiciones que guardan bajo su tipo normal.

Colocamos al enfermo bajo la acción de una temperatura adecuada, inyectándole durante tres días solución salina normal en dosis de 500 gramos cada doce horas.

La convalecencia fue normal y exceptuando dos placas de gangrena en las extremidades de los dedos pequeño y anular el enfermo dejó el Hospital tres semanas después de la operación.

Los doctores Monroy y Hittset tuvieron la atención de visitar al enfermo y de pedirme un informe pormenorizado de la operación y pudieron darse cuenta de la pieza patológica que según opinión de ellos era lo más interesante que podía presentarse en materia de aneurismas.

El enfermo reanudó sus trabajos y dos años después pude observarle para darle algún tratamiento en un padecimiento de distinta índole.

Su brazo derecho llegó a recobrar parcialmente sus funciones, pero se resentía de la ausencia del puente clavicular en algunos de sus movimientos.

HISTORIA CLINICA No. 2

Hospital de Santa Rosa,
San Antonio, Texas

Procedente de Nogales, Arizona, se me presentó el enfermo J. N. con un aneurisma difuso de la iliaca externa derecha.

Además de los síntomas propios de aneurisma: Fenómenos de pulsación, soplo y expansión características sobre el arco de Poupart, tenía la cavidad abdominal ocupada con un enorme tumor que llegaba hasta el reborde costal derecho; de forma regular, globuloso y con la apariencia que dá el útero cuando llega a término.

Hechos los exámenes de rigor y previo el estudio radiográfico y de laboratorio del Hospital de Santa Rosa, se estableció el siguiente diagnóstico preparatorio: Aneurisma arterio venoso de las iliacas con tumor abdominal, probablemente de origen hemático.

Tratamiento.—

Laparatomía con el carácter de exploratoria en el primer tiempo para definir la naturaleza y sitio del tumor, y en vista de ello hacer la extirpación del aneurisma.

Abierta la cavidad abdominal se encontró ocupada casi un tercio de su extensión por el saco de un aneurisma cuyas paredes formaban desde las fibras degeneradas del psoas y la vaina propia del músculo, hasta las paredes mismas de los intestinos y del peritoneo abdominal. Todo el tumor lleno de coágulos, unos organizados y otros recientes y con un movimiento de flujo y reflujo propio de los aneurismas.

Sin pensar y casi automáticamente me armé de pinzas de disección y sonda acanalada para buscar la arteria iliaca; la separé de la vena, la cargué con un hilo, sus-

pendí violentamente el curso de la sangre y después de ésto prolongué la insición hacia el triángulo de escarpa hasta encontrar la inserción del psoas; busqué primero la safena, luego la vena femoral. Les pasé un hilo y suspendí la circulación. Hice lo mismo con la arteria y suspendí la circulación.

El aneurisma en toda su extensión, entró en un estado de silencio.

Sin vacilación de ninguna especie hice una insición sobre la masa llena de coágulos que por el momento produjo un estado de estupefacción entre los médicos que presenciaban la operación, según me anunció el Dr.

Pagenstecher de San Antonio. Desalojé con grandes compresas la masa de coágulos hasta poder ver el fondo de la herida limpio y claro; la arteria y la vena habían sido cortadas tangencialmente en una extensión de cinco milímetros, comunicaban entre sí y comunicaban con el exterior. Obturé la perforación y quedamos después de un momento de emoción intensa con un campo operatorio claro y simple. Podía hacerse fácilmente la disección del saco. La peritonización de la cavidad abdominal y la reparación y sutura de los órganos de la región fue hecha brevemente. El enfermo no sufrió choque traumático. El miembro inferior derecho, se conservó durante tres días con una temperatura artificial de 38 grados y la cicatrización fue completa e inmediata. Los doctores Nixon y Scott, de San Antonio, ocho días después hicieron un examen al enfermo a petición del Hospital de Santa Rosa según consta en los récords. El enfermo regresó a su casa un mes después de la operación, conservando las funciones del miembro derecho ligeramente limitadas.

HISTORIA CLINICA No. 3

Hospital de Santa Rosa
San Antonio, Texas

El año de mil novecientos diez y siete la Prensa de la Unión Americana, llenaba sus columnas con la información relativa a dos niñas gemelas que habían tenido la desgracia de haber nacido unidas, en el punto más inconveniente para la vida y con la anormalidad más extraordinaria que revelan los récords. La unión se verificaba en la cavidad abdominal y las radiografías mostraban que era tan amplia la comunicación, que las víceras abdominales pasaban de un ser a otro indistintamente y con facilidad extraordinaria. El torax tenía un puente huesoso que era el obstáculo principal para la vida y que parecía obligarlas a vivir eternamente unidas. Había una gran sombra en la parte superior de la cavidad abdominal constante e invariable que detuvo siempre la mano de todos los operadores establecidos en las clínicas de Chicago y de Nueva York.

Con este pesado cargamento, con estas sombras cada día más densas, con la opinión de los más juiciosos clínicos de este país y con radiografías tomadas por curiosidad científica en casi todos los hospitales de la América del Norte, se me presentó el padre de este fenómeno casi sobrehumano para conocer mi opinión, con la esperanza de encontrar un rayo de luz que mitigara su pena, acrecentada en estos últimos días, con el hecho inexplicable de que una de ellas estuviera bajo la influencia de un estado febril con depresión y síntomas claros de sufrimiento, mientras que la otra parecía gozar de completa salud; una de ellas se llamaba Josefina, la otra llevaba el poético nombre de Guadalupe; tenían cinco años, eran muy bellas y semejaban dos botones de rosa estrujando sus pétalos constantemente. Estudié el caso; consulté mis libros; y por mucho tiempo, consulté mi propio libro; abrí mi corazón de padre de muchos hijos y a él, le encomendé la solución del problema. En esto

estaba, cuando recibí el récord del laboratorio del Dr. Stout, de San Antonio, quien me decía que la orina de una tenía una gran cantidad de azúcar de tipo patológico y la otra normal. Es decir: una, tarde o temprano podía perecer; y la otra tenía que soportar las consecuencias del desastre. Esta circunstancia que hacía más sombrío el pronóstico; me sugirió la idea de cierta independencia de los dos organismos; y me hizo pensar en la posibilidad de una operación; quedando en pie, nada más la técnica, que yo podía emplear para salir adelante de los peligros del choque quirúrgico, de la hemorragia y de todo lo imprevisto; que es en cirugía un factor importante y que sólo lo dominan la intuición del momento y la inspiración Divina.

Propuse al padre de las niñas, una primera operación de carácter exploratorio; para fijar con los ojos y con los dedos la naturaleza anatómica y fisiológica de ese grueso eslabón que parecía destinado a unir para siempre a estos dos seres; y si era posible, llevar a cabo la operación desde luego, pero que, en caso contrario, suspender la operación y realizarla en una segunda sesión rodeado ya de todos los elementos que me garantizaran el éxito. Esta misma, la partomía exploradora, podía definir que el caso era científicamente inoperable. La operación fue aceptada; hice una incisión de veinte centímetros de longitud y me dí cuenta de que el intestino delgado de una niña pasaba libre y fácilmente de una cavidad abdominal a otra; que la comunicación tenía una circunferencia de sesenta centímetros de longitud que estaba libre de adherencias; pero en cambio, no había más que una bóveda diafragmática para las dos; y que abajo del diafragma no había más que un hígado común, enorme, grueso y más voluminoso de un lado, como si a Josefina se le hubiera designado el lóbulo derecho y a Guadalupe le hubiera tocado el lóbulo izquierdo. Pero en verdad eran dos hígados que estaban enteramente confundidos en uno porque uno de ellos, el de Josefina, tenía una vesícula biliar sana y bien desarrollada y Guadalupe tenía en el surco que correspondía a la

vesícula un rudimento de dicho órgano. No quise darme cuenta de las conexiones torácicas porque cualquiera que fueran éstas, no había, en mi concepto, más que un punto de interrogación, el más grande de mi vida quirúrgica, el más grande que se puede presentar a cualquier cirujano del mundo. ¿Qué conducta debía yo seguir para realizar la separación de estos dos seres? ¿Sobrevivirían estas niñas al dividir este órgano enorme en dos partes iguales? Cerré el vientre con puntos falsos para consultar el asunto con los padres de las niñas sometiendo el siguiente programa: La operación es extraordinariamente peligrosa porque no hay más que un Hígado que debe dividirse entre las dos, dejándole a cada una la mitad; de éstas, temo que sea deficiente el de la niña enferma o que no sea suficientemente fuerte para resistir la operación, pero tengo mucha esperanza de salvar a la otra. La operación fue aceptada. Hice construir clamps especiales para la Heptotomia con ramas de treinta centímetros de largo, preparé todo lo necesario para una operación de esta magnitud y designé como anestésistas a mi compatriota el Dr. Don Aniceto Ortega a quien encomendé a Josefina, en la cual tenía cifradas todas mis esperanzas. A Guadalupe la puse en manos del Dr. Adams, reputado como el mejor anestésista de San Antonio y bajo cuya competencia dejé el lado más peligroso de la operación. Casi al mismo tiempo los dos anestésistas exclamaron "ready" en medio del silencio más profundo que hayan presenciado las salas de operaciones. Una incisión semilunar de treinta centímetros de largo tñó ligeramente de rojo las blancas envolturas de la mesa de operaciones. Descubrí el Esternón, los Cartílagos costales de uno y otro lado, desincerté la parte inferior de los músculos Pectorales, y con la sierra de mango corté de uno y otro lado el Esternón y los Cartílagos costales osificados de la Sexta y Séptima costilla, levanté con la Legra y el cincel este plastrón Osteocartilaginoso y con gran sorpresa vimos los dos Corazones en sus movimientos de Sístole y Diástole a través de una comunicación que hacía de las cavidades Pericardicas

una cavidad común a través de una perforación por donde podían pasar dos dedos de mi mano; cerré cada una de estas cavidades independientemente, dándole a cada corazón su propio claustro; no pensé ni un momento en los peligros del torax no obstante la presencia de numerosas venas que daban sangre en medio de los tejidos sueltos del mediastino; mi espíritu estaba totalmente absorto con una sola palabra: el hígado.

Inconcientemente y como si alguien me obligara a tomar un descanso, me puse a hacer la hemostasis de toda la herida; ligué hasta las más pequeñas venas y arterias que daban sangre, logrando así un campo operatorio totalmente seco; quité las gasas que habían sido tocadas por la sangre, puse nuevas compresas, fuí al vientre desprendí los puntos falsos de la primera operación; protegí todas las víceras con compresas calientes, rodeando el hígado por su cara superior y por su cara inferior, puse en seguida los "clamps adoc" en el enorme puente rojo, único elemento de unión que ataba a aquellos dos pequeños seres y me preparé para realizar lo que en mi concepto era el momento más solemne de la operación.

El Dr. Ortega, en los momentos que tomaba el cuchillo de amputaciones para hacer la sección del hígado, tuvo una frase feliz: "Todo", dijo en un español muy dulce "tiene la blancura de la hostia". Seccioné violentamente la glándula, tomé con pinzas las gruesas bocas venosas que de uno y otro lado se abrían en el tejido del hígado, las cerré con aguja y seda fina y con agujas redondas y "catgut" crómico del número uno, suturé la glándula apoyándome en la cápsula de Glison, hice lo mismo con la otra niña, quien a pesar de los esfuerzos del ayudante había perdido alguna sangre; cerré las cavidades abdominales según rutina, afronté los tejidos del torax, coloqué un "penrose" en las cavidades del mediastino, otro en la cavidad abdominal protegida con una curación seca. Enviamos las enfermitas a sus cuartos sometiénolas a los cuidados de rigor en todas las

operaciones de alta cirugía; una de ellas se conservó sin el más pequeño trastorno, la operación no tuvo reacción ni en la temperatura, ni en el pulso, ni en la respiración; la otra, Guadalupe, estuvo bien durante las primeras horas, pero fue agotándose lentamente sin poder tomar alimento y sin que ninguno de los recursos empleados fueran bastantes para hacerla sobrevivir. Josefina tuvo una convalecencia sin incidentes, que duró dos semanas después de las cuales abandonó el hospital con su herida totalmente cicatrizada.

Quince años después de la operación se me consultó si podría contraer matrimonio a lo cual contesté afirmativamente y sus padres me informaron que desde la operación no había sufrido ninguna enfermedad o trastorno que pudiera relacionarse a su condición primitiva.

La Cirugía Mexicana tiene el honor de contar entre sus récords, este caso único, en los anales de la Cirugía del mundo entero.

DR. AURELIANO URRUTIA,

Profesor de Cirugía y Director de la
Escuela de Medicina de México.



Antes de la operación.



15 días después de la operación.



HISTORIA CLINICA No. 4, 5 y 6
Cuerpos Extraños del Estómago

36 casos de cuerpos extraños he tenido en mi práctica, figurando huesos de frutas, cinco libras de semillas de aceitunas y de capulines, fragmentos de huesos de animales, clavos, monedas y una pieza dentaria. De todos éstos, tres merecen la atención, por haberse tratado en dos de ellos, de niños de dos años de edad, operados en el Hospital de Santa Rosa y a uno de los cuales se le hizo la extracción de una horquilla para el cabello, de tres pulgadas, incrustada en la mucosa con formación de úlcera y perforación sin ningún accidente con cicatrización inmediata.

El otro caso se refiere a una niña a quien se le extrajo una aguja de colchonero, de cinco centímetros de largo, que se introdujo accidentalmente en el abdomen, que atravesó la primera porción del intestino delgado hiriendo tangencialmente el colón transverso y depositándose en la cavidad estomacal de donde fue extraída sin el más pequeño accidente peritoneal.

El tercer caso, el más interesante, cuya pieza patológica adjuntamos, publicando íntegro el récord correspondiente.

Historia Clínica del niño Lorenzo Rodríguez.

Edad: 5 años.

Dirección: Round Rock, Texas.

Departamento Quirúrgico,

Hora de admisión: 10:30 A. M.

Fecha: Junio 7 de 1932.

Diagnóstico: Por el examen clínico y de laboratorio se estableció el diagnóstico de enorme tumor con núcleo formado por cuerpos extraños del estómago que ocupa

toda la cavidad estomacal y está formado por cabellos, hilos, cerdas, y producciones filiformes de origen orgánico.

Historia Clínica

Niño demacrado, de constitución raquítica, indolente, profundamente pálido, casi inconciente, con anorexia, pérdida de peso y en un estado de depresión física y mental precursora de la muerte. Abdómen deprimido, dejando ver una gran masa que ocupaba el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, del tamaño de la cabeza del niño, con una depresión subumbilical que deja ver los huesos de la pelvis y la columna vertebral.

Pruebas de Laboratorio.

Orina: Normal.

Sangre: Glóbulos rojos. 4.500.00.

Glóbulos blancos. 7600.

Hemoglobina. 80 por ciento.

Valor globular. 0.8.

Tiempo de coagulación: 3 minutos.

Rayos X. Superficie de densidad aumentada, localizada centralmente. No se determinó un perfil definido del tumor, pero era clara la adherencia a las paredes del estómago y del duodeno con un gran puente que unía las dos partes constituyentes.

Operación:

Insición media desde el apéndice xifoides hasta el ombligo. Al abrir la cavidad abdominal se vió que el tumor era gastro-duodenal desarrollado dentro de las cavidades respectivas. Había adherencias vasculares entre el tumor y las paredes gástricas con muy marcada vascularización y con constantes movimientos del peristaltismo del cardias hacia el piloro con apariencia de los seres vivientes (feto), el epiplón retraído, el intestino del-

gado vacío y con apariencia de cuerdas duras en estado de contracción. El hígado con coloración amarillo-rojiza y la vesícula biliar desprovista de bilis.

Se aisló el campo operatorio con compresas secas y se hizo una insición sobre la gran curvatura de 15 centímetros de extensión. Apareció una masa negra con revestimiento membranoso que a primera vista daba la idea de un quiste dermoide pero al despojar lo que parecía membrana se vió que era un conglomerado muco-membranoso organizado depositado sobre la superficie de grandes masas de pelo largo como trenzas de mujer o colas de animales. Era, en otros términos, la cola de un caballo dentro del estómago de un niño. Al querer extraerlo se vió que la parte principal estaba dentro del duodeno y fue necesario debridar el piloro y parte del duodeno para extraer toda la masa sin traumatizar órganos. Vaciando el contenido del estómago y del duodeno, con grandes compresas se hizo la hemostasis de la mucosa que tenía muchos puntos ulcerados y como revestidos de falsas membranas. Cerca del duodeno y en la pequeña curvatura del estómago la pared estaba tan delgada que fue necesario hacer una resección total como de 5 centímetros de longitud. Nos cercioramos de la permeabilidad del intestino a travez del ángulo yeyuno-duodenal y después de haber hecho la hemostasis de las heridas cruentas se suturaron las superficies duodenales haciendo en la pared anterior del estómago otra resección de los tejidos afectados que por su adherencia al tumor estaban degenerados. Suturadas las heridas gástricas quedó reducido el estómago a la mitad y cuidando de hacer la gastro entero anastomosis se suturó la pared abdominal, dejando una ligera conalización (perrose) sobre la sutura anastomótica gastro-duodenal.

Después de la operación no hubo ninguna reacción, la marcha fue completamente normal. Ocho días después la alimentación fue líquida y a los 15 días el enfer-

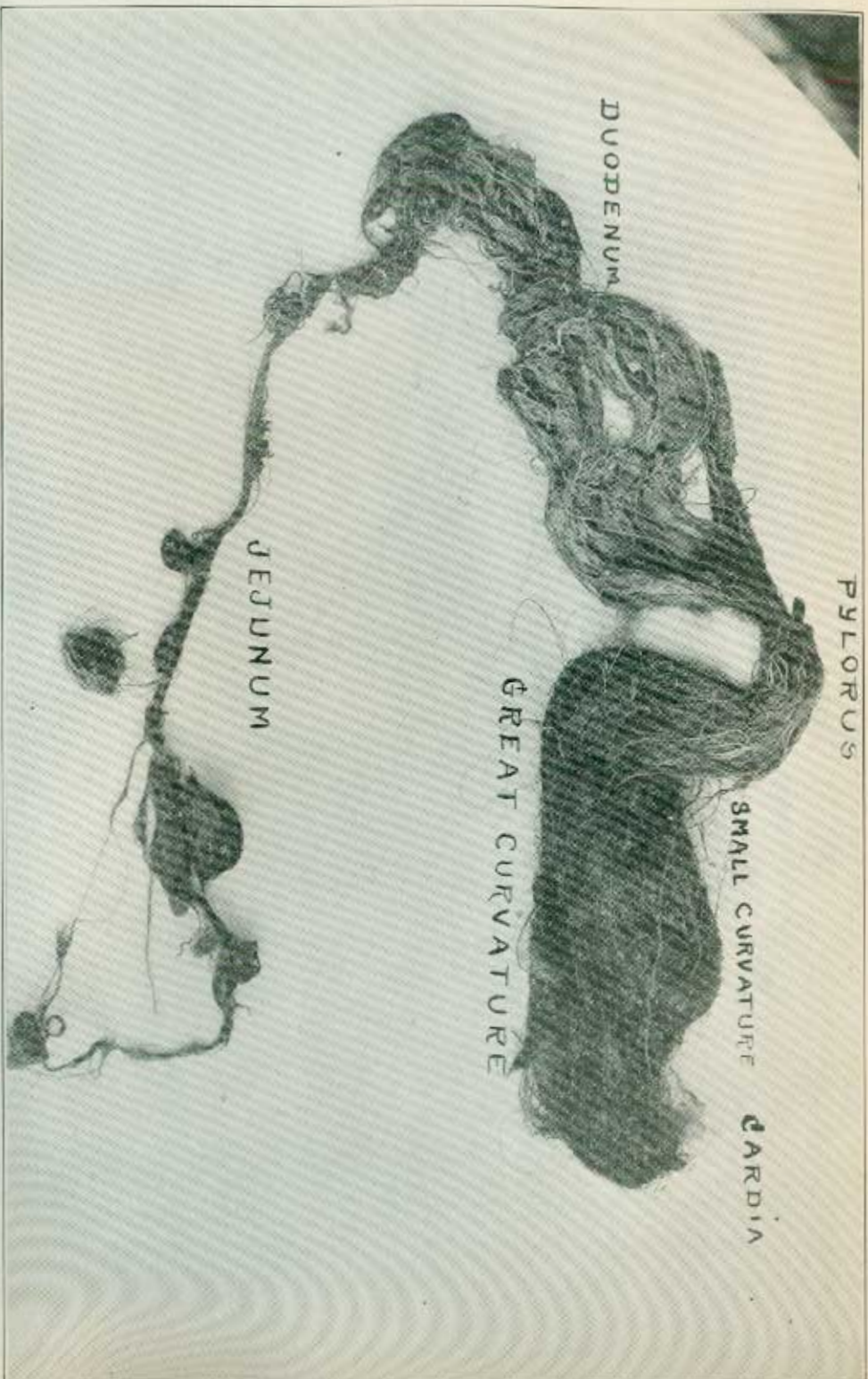
mo dejó el hospital con su herida cicatrizada por primera intención y recuperación completa de todas sus facultades.

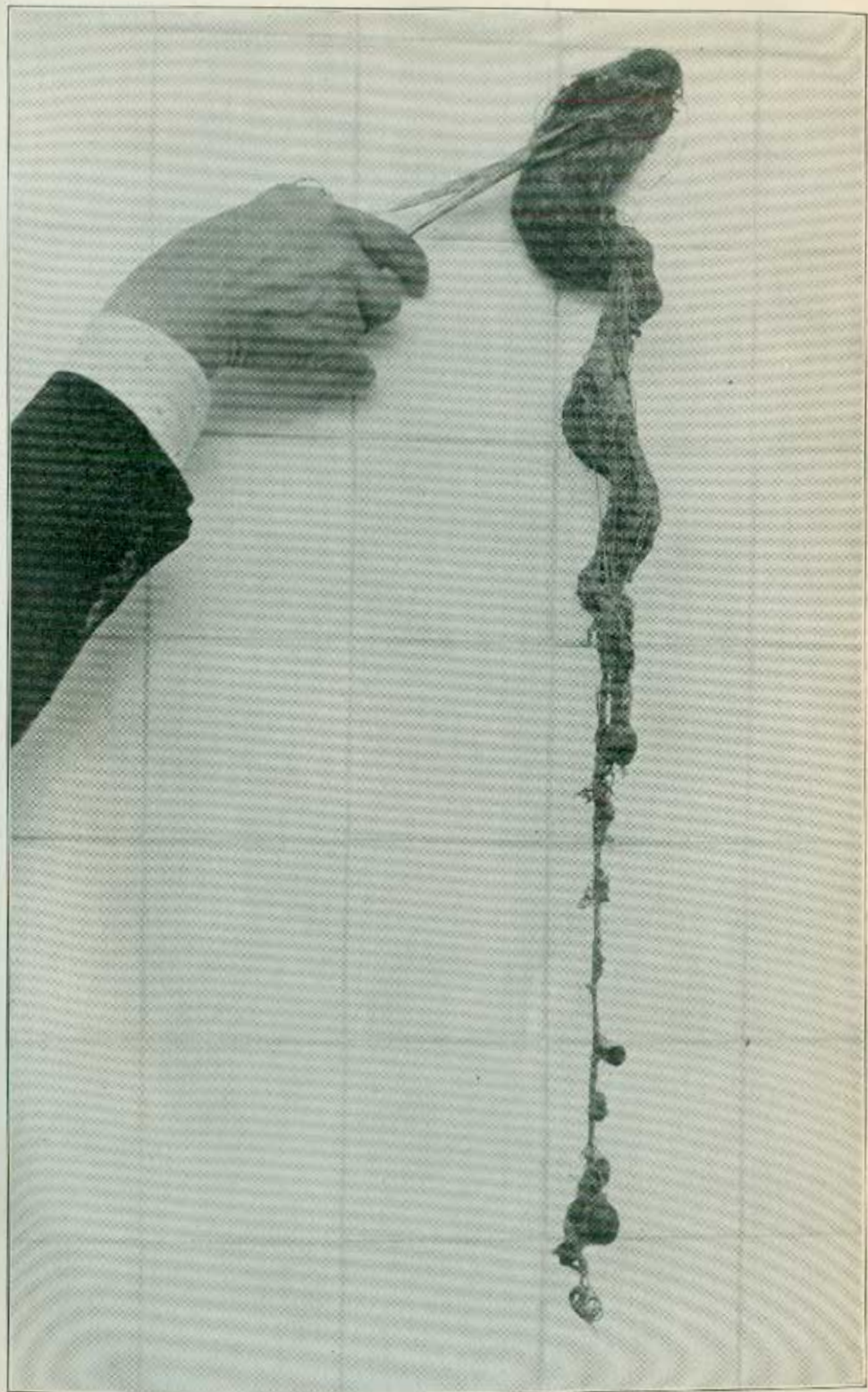
Descripción de la Pieza.

Masa dura. Tumor hecho de hebras de cerda y pelo largo e hilos de tejidos organizados (neoplasma). Apariencia de cola de animal. Irregular. Amoldándose al estómago, al duodeno y primera porción del yeyuno. Formada de pelo y cerdas largas de mucho tiempo (embrionario) de permanencia en el estómago e intestino. Medía 6 pulgadas en su parte más ancha del fondo. Tres y media pulgadas en el píloro. Tenía 16 pulgadas de largo en la parte bien formada y una prolongación en forma de cola que se amolda bien a toda la parte del duodeno y primera porción de yeyuno.



Castro-entero litiasis. (Tricelito caplaris) Extrajo del estómago e intestino delgado del niño Lorenzo Rodríguez de Round Rock, Texas, de 5 años de edad. Operado el 8 de junio de 1929 en el Hospital de Santa Rosa, San Antonio, Texas.





ARTES GRAFICAS, 211 SO. LAKEDO ST.