

CLINICA QUIRURGICA.

ESPLENECTOMIA POR ESPLENOMEGALIA PALUSTRE EN UNA NIÑA DE ONCE AÑOS.—EXITO.

Elisa Garza, de 11 años de edad, natural de Monterrey, hija de padres sanos y bien constituidos, empezó á padecer desde los 4 ó 5 años, de fiebres intermitentes de origen palustre, endémicas en su ciudad natal, sobre todo antes de que las obras higiénicas de canalización del "Ojo de Agua" se terminaran. (Véase la exposición del Dr. J. M. Lozano sobre la materia. Monterrey. 1888.)

La primera vez que la niña Garza fué atacada por el impaludismo que revistió la forma terciana antes mencionada y conocida vulgarmente con el nombre de "fríos," padeció seis ú ocho meses; no obstante suministrársela quinina y arsénico, que solo mitigaban ó retardaban los accesos. Los padres de la niña, refieren de la siguiente manera las asenciones térmicas que invadían á su hija cada tercer día: Como á las 9 de la mañana se notaba que la niña se ponía triste, se quejaba de dolor en todo el cuerpo y poco después la acometía un calor-frió intenso que la hacía castañetear los dientes, horripilándosela la piel, con fuerte dolor de cabeza é inyección de los ojos. Tal estado duraba una media hora, haciendo lugar á la calentura que llegaba y pasaba frecuentemente de 40 grados. Desde las dos de la tarde, se manifestaba una transpiración profusa que empapaba materialmente las ropas con que la abrigan. A la calentura, sucedía luego de pasadas dos ó tres horas, una depresión térmica que llegaba á 36 y medio grados, quitándosela el dolor de cabeza y volviéndola el buen humor y el apetito. Los facultativos que la atendían la recetaron: sulfato de quinina, arsénico (licor de Fowler), y tónicos. Los accidentes, como antes dije, cedían un

poco, seis ú ocho días, para volver con la intensidad de antes; hasta que un cambio de población fué aconsejado: lográndose entonces la desaparición de la enfermedad por dos meses.

Creyendo curada á la niña, volvió la familia á su primitiva residencia y el impaludismo no tardó en apoderarse de su antigua víctima, revistiendo como en un principio la forma terciana, que bien pronto á pesar del tratamiento se transformó en cuartana, disminuyendo, sin embargo, la intensidad de los accidentes: ni el calosfrío era tan intenso, ni la fiebre tan elevada. Así pasaron cuatro meses más en que se pudo cambiar de clima á la pequeña paciente; sin que por esto se consiguiera el alivio inmediato, el que sin embargo vino pero no completo, pues cada ocho ó quince días y cuando menos se esperaba aparecía el acceso de paludismo típico.

Vuelta la niña por segunda vez á Monterrey, no se presentaron más los accidentes tercianos, sin que por esto pudiera decirse que la chiquita estuviera bien, pues había sensiblemente desmejorado, teniendo un color amarillo ligeramente verdoso, maduro y en extremo delgada, con poco ó nada de apetito, acatarrándose y acalenturándose con el menor pretexto. Los fríos le venían de cuando en cuando, durándole ocho ó quince días y en apariencia retirándosele bajo la influencia del sulfato de quinina que llegó á tomar de diario.

Dos ó tres años más tarde, empezó á notar la mamá que el vientre de la niña estaba más abultado que el de una pequeñuela de su edad: no dándose por entonces importancia al hecho.

Continuando el estado enfermizo de la criatura, el médico llegó á ser indispensable en la casa, que diariamente visitaba ya un facultativo ya otro. El abultamiento del vientre, yendo en aumento y habiéndose declarado una diarrea rebelde, se pensó en una tuberculosis intestinal acompañada de acitis; se recetó lo conducente sin obtener el menor alivio. La ministración de tónicos fué lo que más probó á la niña, la que después de un tratamiento asiduo, cuidadoso y prolongado, empezó á sentirse mejor, su inteligencia á desarrollarse con sorprendente rapidez, y en lo que cabe, su cuerpecito endeble, delicado, tenía cierta fuerza y agilidad, persistiendo el crecimiento del vientre, que llegó á ser una preocupación, por lo que pudiera ser, y por falta de estética, no solamente para los padres, sino también para la pequeña coqueta que la enfadaba la tildaran de "barrigona."

La diarrea la incomodaba cuando las deposiciones pasaban de 6 ó 7 siendo de ordinario de 3 á 4. Solía sufrir de cólicos. El apetito llegó á ser voraz.

Los días se sucedían y la pequeña era de más en más incomodada por el abultamiento del vientre; no padecía ya calenturas, pero tampoco engrosaba; formando un contraste chocante la delgadez de sus piernas con el exagerado desarrollo de su abdómen.

La diarrea alternaba en los últimos tiempos con la constipación tenaz que la producía fuertes cólicos.

En tales condiciones, consultaron los padres de la niña al distinguido facultativo, mi amigo el Dr. David Peña, de Monterrey, á mediados del año de 1897; quien llegó por una exploración atenta al diagnóstico de "Esplenomegalia palustrè," sometiendo á su enfermita, al ya tantas empleado sulfato de quinina y licor de Fowler, completando el tratamiento con vino de quina y ferruginosos sin que la víscera disminuyera de tamaño y sí, la ascistitis que decreció al grado de desaparecer casi por completo cuando en Febrero de 1898 me presentaron á la chiquita, por recomendación del mencionado Dr. para que yo dijera si era factible una operación.

He aquí el conjunto de datos que recogí en varios exámenes que practiqué en la niña Garza y que me llevaron á asentar la misma conclusión diagnóstica, que mi estimado amigo el Dr. Peña.

EXAMEN: Cuerpo endeble y huesoso; piernas y brazos flacos; pequeña estatura; lo único grande era el vientre, que medía 0,73, dos traveses de dedo debajo del ombligo. Tenía la forma de un barrilito. La piel tensa y lisa estaba surcada en su parte superior por numerosas venas dilatadas y flexuosas. Las falsas costillas que se percibían con la misma claridad que las verdaderas, al grado de no parecer sino cubiertas por la piel, estaban arrojadas hacia afuera, de manera que el tórax se encontraba sumamente ensanchado en su base y parecía acortado en altura.

Cambiando de posición, el vientre no cambiaba sensiblemente de forma.

Percutiendo sobre la pared anterior del vientre, la sujeto reposando sobre el dorso, se notaban desde luego dos zonas distintas: una mate en forma de media luna, que partiendo del hipocondrio derecho se extendía hasta la fosa ilíaca izquierda, pasando por el ombligo; y otra

inferior y derecha, sonora, que comprendía un poco más de la mitad del vientre y situada debajo de la precedente. Percutiendo atentamente la zona semilunar superior, se encontraba dividida por dos intervalos sonoros: el primero, situado debajo del cartílago de la 9ª costilla, verdadera escotadura timpánica; y el segundo, más pequeño, debajo del precedente, sobre la prolongación horizontal del borde de las falsas costillas izquierdas.

El esquema adjunto lo demostrará mejor: la porción mate situada á la derecha de la gran escotadura, se extendía hasta dos centímetros encima de la mamila y como cuatro traveses de dedo debajo del borde de las falsas costillas derechas. En la línea medio external, y hacia su izquierda, la matitez de las zonas reparadas por escotaduras sonoras, se confundían continuándose con la del corazón; el sonido pulmonar quedando muy alto, al nivel de la tetilla izquierda y el espacio de Traube desaparecido.

Acostando sobre el lado derecho á la enfermita, los contornos que habían sido cuidadosamente diseñados con el lápiz dermatográfico, avanzaban un poco, de tres á cuatro centímetros á la derecha del ombligo.

Volviendo á la paciente á la posición supina, la *palpación* demostraba: un tumor duro, resistente, elástico, con un borde cortante é irregular, que permitía meter un poco los dedos, abrazando la piel, y tejidos del vientre, para apreciar su espesor: tumor situado en el hipocondrio izquierdo y avanzándose al epigastrio, región umbilical, flanco y fosa iliaca izquierda. La gran escotadura, perceptible á la percusión, lo era así mismo á la palpación. El borde inferior de la matitez del hipocondrio derecho, que correspondía á no dudar, al hígado, era igualmente perceptible á la palpación. Los cambios de posición hacían ver como el borde cortante se desalojaba muy poco.

La *auscultación* revelaba soplos en los vasos del cuello; nada de anormal ó perceptible por mi oreja, en el torax ó abdomen.

Por lo expuesto, se ve que el diagnóstico de *esplenomegalia*, se imponía, no habiendo que pensar en ninguna otra afección del bazo, quiste, absceso, por ser el crecimiento del órgano, regular, conservando su forma aumentada de volumen, no haber fluctuación ni los accesos febriles del pasado haber tenido los caracteres de los de la supuración.

¿Un sarcoma ó linfosarcoma? Los antecedentes patológicos nos estaban demostrando otra cosa; sin embargo, el examen de la sangre, hecho por el Dr. A. Fernández, dió: 4.000,000 de glóbulos rojos; 20,000 glóbulos blancos, ó sea un glóbulo blanco por 200 rojos. (Examen de la sangre de la niña Garza, hecho el 24 de Febrero de 1898.) (En el examen hecho el 22 del mismo mes, se obtuvo: 4.400,000 glóbulos rojos, 70 p ∞ de hemoglobina y mucho pigmento.) En el examen de 24 de Febrero de 1898, se encontró también muchas granulaciones de pigmento y glóbulos pigmentados.

Estos exámenes que demostraban la ausencia de la leucocitemia que también confirmaba la integridad de las glándulas vasculares sanguíneas; los antecedentes patológicos y el pigmento hemático, abundante y siempre constante en las preparaciones de sangre, hechas por los Dres. Fernández y Noriega, nos autorizaban á formular los diagnósticos *etiológico* y *nosológico* mencionados en el título de este trabajo: *esplenomegalia palustre*.

Faltaba determinar una parte del diagnóstico *anatómico*: ¿el bazo era fijo ó móvil, su pedículo grande ó pequeño, había ó no adherencias y en último resultado, y como consecuencia de este diagnóstico y de los anteriores, la intervención era posible y qué garantías en el terreno netamente científico podíamos dar á la paciente y por ende á sus padres que confiando en nuestra honradez quirúrgica ponían á su hija en nuestras manos?

El bazo hipertrofiado hemos visto que se desalojaba muy poco en los cambios de posición, era un *bazo fijo* como dice Jonnesco; ¿y esta firmeza provendría de las adherencias ó de la cortedad del pedículo y de los ligamentos suspensores? La auscultación no revelaba ruidos de frotamiento y el desalojamiento, aunque reducido, tenía, sin embargo, efecto en tres ó cuatro centímetros en los cambios de posición: lo que hacía pensar en la falta de adherencias á la pared abdominal ó que eran largas y en la cortedad del pedículo, epiplón gastro-esplénico, y ligamento freno esplénico.

En tales condiciones, no habiendo surtido ningún efecto sobre la glándula esplénica, ni el sulfato de quinina á dosis macizas y prolongadas por mucho tiempo, ni el arsénico ni los tónicos, la intervención quirúrgica se imponía para arrebatár á la pequeña doliente de las garras de la caquexia palustre, pues el bazo hipertrofiado es, según las

últimas investigaciones, la guarida de los hematozoarios que hacen de vez en cuando correrías por el organismo, destruyendo gran cantidad de glóbulos rojos y entrañando los fenómenos consiguientes. La hipertrofia del hígado dependía de la del bazo, y de persistir el estado de enfermedad de este órgano, se acentuaría la de aquél, que bien pronto conduciría por el desarrollo exagerado de su tejido intercelular al apocamiento vital de los elementos propios de la glándula hepática; lo que por sí solo constituiría el más serio peligro para la existencia.

La asitis de que aun quedaban restos y la circulación venosa superficial, revelaban cuán comprometida estaba la circulación venosa profunda. La delgadez y el poco crecimiento de su cuerpo, relativamente á su edad, así como su palidez amarillenta y soplos vasculares indicaban el decaimiento orgánico y caquexia que consumían á la niña Garza.

La intervención se imponía porque la afección producía perturbaciones serias, comprometiendo la existencia, (J. Greig Smith. *Chirurgie Abdominale*, Pag. 661,) pero ¿la hemorragia, el shock, la septicemia, no me arrebatarían á mi operada? Las estadísticas publicadas en este sentido son aterradoras. He aquí lo que se lee en la página 659 de la obra ya citada de Greig Smith, traducción francesa, edición de 1894. "Valor y mortalidad (de la esplenectomía.) Indicaciones y contraindicaciones. Las estadísticas reunidas por Collier, comprenden 29 esplenectomías, de las que 13 por afecciones del bazo no complicadas de leucocitemia; éstas han dado 8 curaciones; 16 esplenectomías por hipertrofia leucocitémica terminadas todas por la muerte. Hasta el presente la esplenectomía por bazo leucocitémico no habría dado más que un solo éxito, el operado de Franzolini de Turín, y aun este caso es dudoso. Ashurst ha reunido 43 esplenectomías por afecciones del bazo con 31 muertes y 21 por traumatismo ó hernia, todas terminadas por la curación. Nussbaum, por el contrario, sobre 26 operaciones practicadas á consecuencia de un traumatismo, no ha encontrado más que 16 curaciones. Gilson, en su notable revista sobre el conjunto de la cuestión, cita 18 operaciones por traumatismo todas terminadas por la curación; y 37 por afecciones del bazo, de las que 29 muertes y 8 curaciones. Podrez de Kharkoff evalúa la mortalidad total en 73 p ∞ . Mollière ha reunido 28 casos de coelio-esplenectomía por afecciones del bazo y 11 esplenectomías necesitadas por un trauma. Los resultados dados por es-

tas operaciones concuerdan con los que acabamos de citar más arriba. Wright, de Manchester, ha reunido y clasificado 62 esplenectomías. De este número 22 fueron practicadas por leucemia,—todas terminaron por la muerte; 23 por hipertrofia simple,—con 15 muertes; 7 por malaria, con 5 curaciones; y 3 por enfermedad quística,—con otras tantas curaciones. Asch, ha reunido 90 esplenectomías,—con 51 curaciones (de las que 14 por bazo flotante). La estadística más reciente, llegando hasta Abril de 1890, ha sido recogida por el Dr. M. Howard Fussell, de la Universidad de Pensilvania. Comprende un total de 105 esplenectomías con 57 curaciones y 48 muertes. De esta cifra, la operación ha sido hecha 28 veces por hipertrofia simple con 19 muertes; 24 veces por leucocitemia con 23 muertes: 26 veces por accidentes con una muerte; 16 veces por bazo flotante con 1 muerte; 5 veces por quistes del bazo con una muerte; y las otras operaciones han sido hechas por ruptura, supuración, anemia perniciosa y sarcoma.”

Chalot, cita en su “Tratado de Cirugía y Medicina operatorias,” última edición, París, 1898, la estadística de Vulpius (pág. 796) formada de 117 casos, contando una mortalidad general de un 50 p^o.

A Dittel, citado por Forgue y Reclus, en su tratado de Terapéutica Quirúrgica, se le murió su enfermo de síncope al coger el tumor para sacarlo fuera del vientre.

Desde de Zacarelli, que parece haber sido el primero en extirpar un bazo enfermo por el año de 1549, hasta el operado de Spencer Wells en 1865 que murió seis días después de la operación: la esplenectomía no fué practicada sino por muy contados cirujanos y esto con desastrosos resultados; y no es sino á partir de la célebre operación de Péan por bazo quístico hipertrofiado, que data la introducción de la esplenectomía en la Cirugía moderna. (Greig. Smith. loc. cit.)

Operando solo los casos operables, dice Chalot, que puede reducirse la mortalidad á un 33 por 100.

Y Jonseco, en su trabajo presentado en el Congreso Internacional de Medicina y Cirugía de Moscou, y publicado en la “Revista de Anatomía Patológica” que se edita en México, dice haber tenido solo dos muertes en 12 operados de bazo hipertrofiado por la malaria ó quístico. El mejoramiento de los resultados ha sido debido á los perfeccionamientos llevados en la manera de hacer la hemostasis, más adelante expongo como discurrí practicar las ligaduras del pedículo para poner-

me á salvo del terrible accidente: hemorragia, que ha ocasionado tantas víctimas y que hace que Greig Smith, se exprese así (Pág. 162, loc. cit.) "Se puede decir con toda verdad, que el fracaso ó el éxito de esta operación, (la esplenectomía) depende de la manera como se trata el pedículo."

Se evitan los fenómenos depresivos del shock, operando con rapidez: lo que se consigne con la práctica repetida de las operaciones abdominales; como también con un ejercicio continuado y cuidadoso de las prescripciones de la asepsia y antisepsia, se pone uno con más facilidad al abrigo de la infección.

No son solas las causas mencionadas las que producen la muerte de los operados, y la resistencia vital y otras incógnitas biológicas que nos queda aún por conocer, contribuyen á ello; pero quien puede ponerse á salvo de la hemorragia, el shock y la infección y sabe apreciar la resistencia vital de su operado, tiene la mayor parte si no todas las garantías del éxito y de la verdad de su pronóstico favorable.

Así hice comprender á los padres de la niña, motivo de este trabajo, las dificultades que había que vencer para llegar á un feliz resultado; que era la primera vez que iba á practicar tal operación; aunque á mi entender se encontraban en las condiciones que yo los mejores cirujanos de la República entera, les hice observar que no obstante mi creencia de poder intervenir con esperanzas de éxito, según las constancias que del estudio de la niña había recogido, me reservaba para cuando se emprendiera la operación, el suspenderla si á mi juicio era impracticable ó lo era con graves riesgos para la criatura.

Aceptadas mis proposiciones y después de varios días en que repetí las exploraciones conducentes á la ratificación ó rectificación de mi diagnóstico; mandado examinar su orina en que no se encontró otra cosa que la disminución de la urea y de los cloruros; héchola tomar baños higiénicos y de aseo, ministrádola varios purgantes con tres ó cuatro días de intervalo y aconsejádola de tomar tónicos: operé á mi pequeña cliente el 7 de Marzo de 1898.

La pieza en que practiqué la operación, la mandé disponer convenientemente, lavando las paredes, techo y suelo y cerrando con vidrieras las ventanas y puertas. Encima de la mesa de operaciones y cerca del techo de la pieza, se fijó una sábana que se humedeció el día de la operación para evitar la caída de polvo.

La asepsia rigurosa, como la empleo en todas mis operaciones asépticas y ya tuve el honor de describirla en el trabajo sobre mi "procedimiento de histerectomía abdominal" que presenté á esta Academia en Enero próximo pasado.

El Dr. D. Peña, me ayudó en la operación; el Dr. A. Leal, ministró el cloroformo, y el practicante A. Tamez y una persona de la familia, asistieron á la operación, que comenzó á las 12 h. y 20 m. p. m. del citado día 7 de Marzo y terminó una hora y 4 m. después.

Preferí hacer la incisión sobre el borde externo del gran recto anterior izquierdo del abdomen y no sobre la línea media como lo hace Jonesco, por parecerme de lógica suponer que el tratamiento del pedículo, la parte más difícil de la operación, se facilita por una incisión que se encuentra sobre él que por una incisión media de la que se encuentra separado en una buena distancia. Igual consideración debe hacerse en lo que respecta al volumen del tumor y su luxación: sobre la línea media la incisión, en el caso presente, (véase el esquema) habría que traer el tumor al nivel de la abertura del vientre y el espesor de aquel cerraría en gran parte la luz de dicha abertura dificultando las maniobras de tratamiento del pedículo; además, si hubiera adherencias sobre la cara externa del tumor, el tratamiento de las posteriores sería casi imposible á través de una incisión razonable. La incisión lateral conduciría sobre la unión del tercio interno con los dos tercios posteriores del tumor, por ella se llegaría con más comodidad sobre el borde posterior del órgano para el tratamiento de las adherencias si las hubiere, y luxando hacia afuera el tercio interno del bazo hipertrofiado, que es poco grueso, se caería de lleno sobre el pedículo sin necesidad de una gran incisión que favoreciera la salida de las vísceras otras que la que se quiere extirpar y no se es estorbado por el espesor del tumor.

Cloroformada la paciente, practiqué la citada incisión lateral, que también hacen Kuchler, Wells y Bryant; yendo desde el cartílago de la 9ª costilla hasta un través de dedo debajo del ombligo, medía unos 0'12 centímetros y la hice con el objeto de expolar. Muy adelgazadas y restiradas las paredes del vientre, no encontré otro músculo que el transverso, cuyas fibras escasas y separadas dejaban ver el fascia transversalis y tejido subperitoneal. Tan luego como pinzé el peritoneo con las pinzas para cortarlo, vino un ligero accidente de suspensión de la

respiración que pronto se disipó y me permitió abrir la serosa; en este acto fuí igualmente interrumpido por la cesación de la respiración; como el accidente se prolongaba, obturé con el dedo la herida peritoneal por donde salía un líquido citrino, asítico y cubrí la herida con compresas. Vuelta la respiración, aunque superficial, continué agrandando, con las tijeras conducidas sobre mi dedo, la abertura del peritoneo, acabando entonces de escurrir el poco líquido que había en la cavidad abdominal y repitiéndose por tercera vez el accidente de suspensión de la respiración con congestión lívida de la cara. El levantamiento de la mandíbula, la tracción de la lengua y la respiración artificial por el levantamiento y abatimiento rítmico de los brazos, conjuraron el accidente en dos ó tres minutos y no volvió á presentarse otro por parte del cloroformo en el curso de la operación.

Introduje mis dedos índice y medio derechos, para explorar el órgano azul obscuro que se presentaba á mi vista y que en parte estaba cubierto por el epiplón con el que contraía íntimas adherencias: itodo estaba adherido por su cara externa; sin embargo con poco esfuerzo conseguí introducir mis dedos entre el tumor y la pared abdominal y comprendí luego que las adherencias eran largas y delgadas y después de rotas algunas, que casi no sangraron, agrandé la incisión hasta cuatro traveses de dedo del arco de Poupart, dos traveses de dedo encima del borde inferior del tumor. Ligué el epiplón adherente en tres porciones con doble ligadura para seccionar entre ellas y no tener sangre ni del epiplón ni del bazo. Reduje el epiplón así desprendido y dejé libre el borde del bazo. Cogí entre dos pinzas algunas de las adherencias de la cara externa del órgano y las seccioné entre ellas y así avanzando de trecho en trecho descubrí casi toda la cara externa del bazo. Las pinzas que uso en estos casos son las de Keit, cuya potencia es enorme y machacan á maravilla los pequeños vasos deteniendo la hemorragia y evitando el empleo de muchas ligaduras que siempre es tardado. Cerradas las pinzas hasta el último punto de su cremallera, las retiré una por una tanto de la pared abdominal como del bazo en total de ocho, torciendo para mayor seguridad las adherencias largas y que me parecían más vasculares: ni una sola de las adherencias así desprendidas sangró.

Procedí luego á la luxación del borde anterior del bazo, pues habiendo intentado hacerla de todo el órgano, comprendí que sería imposi-

ble conseguirlo sin grandes atirantamientos sumamente peligrosos dada la cortedad indudable de los epiplones gastro-esplénico y freno-esplénico. Estando ya afuera el borde anterior del bazo, grueso, dentado, irregular, con las escotaduras que había revelado la exploración, pudimos ver la cara interna del órgano esplénico cubierta por su epiplón que se extendía de las escotaduras mencionadas para formar una gruesa masa al nivel del hilo. Ligadas por separado las tres ó cuatro digitaciones que partían de las escotaduras, ví desde la primera que seccioné, la necesidad de hacer la sección entre dos ligaduras: pues en esta parte la menor adherencia era sumamente vascular.

Llegado que huve al hilo, me dí cuenta de lo grueso del epiplón gastro-esplénico, así como de su cortedad: un traves de dedo, el hilo del bazo estando en relación muy próxima con la gran curva del estómago; todo el largo del índice no me bastó para medir la longitud del futuro pedículo. Con tales dimensiones, el epiplón gastro-esplénico, se me presentaba erizado de dificultades para hacer su pediculización y para facilitar la tarea, empecé por abrirme un campo más grande desprendiendo con el dedo la parte más anterior del ligamento freno-esplénico y en seguida, con una pinza hemostática, fuerte, machaqué el epiplón gastro-esplénico cerca del bazo y con otra colocada inmediatamente hacia adentro de la primera, apreté el epiplón lo bastante para machacar la grasa sin romper los vasos; quité esta última pinza y pasé con una aguja roma de Cooper un hilo de seda doble á la mitad de la extensión machacada, en los límites de la zona intacta. Apreté dos cabos procurando que el otro hilo quedara cruzado y poder seguir la ligadura en cadena por partes; hice un nudo de cirujano y seccioné la porción ligada al ras de la pinza fija; volví á apretar y hasta entonces fijé el primer nudo con un segundo y sujeté los cabos con una pequeña pinza de forcipresura. El cabo inferior del segundo hilo lo pasé con un tercero valiéndome de la aguja antes mencionada, en la parte inferior del machacamiento y sobre los límites de la zona intacta; como el anterior, crucé los hilos y anudé con nudo de cirujano los cabos del segundo hilo y seccioné al ras de la pinza fija y volví á apretar, á anudar y á coger los cabos con otra pinza de forcipresura. Con dificultad coloqué otra pinza fuerte, inmediatamente debajo de la primera que había quedado permanente y como ella pegada al bazo, lo que practiqué bajo la comprobación del tacto y en lo posible de la vista para no ir á pinchar el estómago ó el

colon; con otra pinza colocada con las mismas precauciones que la anterior, inmediatamente hacia adentro de ella, machaqué un poco los tejidos y con un 4° hilo y el cabo inferior del 3° repetí lo que con el 2° y 1°. Una tercera vez practiqué la prehensión y machacamiento, pero al pasar la aguja con los cabos inferior del 4° hilo y superior del 5°, atravesé la vena esplénica ó una de sus ramas porque una onda de sangre inundó el campo operatorio que hasta entonces había permanecido en blanco. Por de pronto con los dedos y luego con una pinza cegué la fuente, pasé los hilos más abajo, apreté los cabos del 4°, quité la pinza y observando que no había sangre, volví á apretar y seccioné. Al coger con otra pinza la porción del pedículo adherente al bazo, el órgano se movilizó é hice la prehensión con toda facilidad de unos cuatro centímetros de pedículo, siempre guiado por mis dedos y en lo posible bajo la comprobación de la vista; machaqué con otra pinza la grasa y pasé el cabo superior del 5° hilo detrás de la cola del pancreas, comprendiendo la arteria esplénica cuyos latidos herían mi dedo en el asa de la ligadura; al apretar ésta, lobulitos de tejido pancreático se enuclearon por la presión. Seccionado el pedículo principal del bazo hipertrofiado, bien ligado y asegurada su hemostasis, quedaba el órgano pendiente por la parte profunda del ligamento freno-esplénico y algunas adherencias que fueron seccionadas con los dedos entre dos ó tres ligaduras. Entonces fué enucleado el bazo, primero por su gran tuberosidad; la extremidad inferior se tenía adherente al colon, que fué necesario desprender por disección y poner una ligadura sobre un pequeño pedículo que iba á la cápsula supra-renal.

Extirpado el bazo en su totalidad, incontinenti examiné el lóculo esplénico y ligué una pequeña arteriola que sangraba sobre el pilar izquierdo del diafragma; viendo que no había más escurrimiento de sangre y después de secar el lóculo con compresas esterilizadas, aproximé las porciones de peritoneo desprendidas en la profundidad, corté, cerca de los nudos, las ligaduras del pedículo que se tenían fuertemente, arreglé el epiplón sobre las asas intestinales y cerré el vientre en tres planos: el peritoneo con un surjete de seda delgada, el plano aponeurótico muscular, con puntos entrecortados y perdidos de seda núm. 3 (Johnson), según mi procedimiento, y la piel con un surjete semejante al del peritoneo.

Apósito: gasa estéril, algodón y un fuerte vendaje.

Temperatura después de la operación: 36°0.

Levanté la temperatura de la pieza y con sábanas calientes conseguí llevar la temperatura de la operada á 37°2, al grado que disipado el efecto del cloroformo no se quejaba de otra cosa que del calor.

Por la noche tuvo 37°5, lengua húmeda, pulso y respiración regulares.

En la mañana siguiente amaneció de buen humor, con 37°0, durmió bien.

El día lo pasó un poco agitada. Por la noche un fuerte embaramiento con 37°6. Se le ministró una lavativa purgante que la hace arrojar gases y baja la temperatura á 37°0. En la noche despierta varias veces.

Día 9. Amanece con 37°5 y muy embarada, no ha vuelto á ventosear. Se le ministra un purgante de sulfato de sosa que vomita. El día lo pasó muy agitada; en la noche le puse una lavativa con una sonda de Nélaton; evacua abundantemente, baja la temperatura de 37°8 á 37°0; duerme bien.

Día 10. Tiene por la mañana: 36°6.

Día 11. Se purga con citrato de magnesia endulzado con jarabe de grosellas. Se ha ido poco á poco aumentando la alimentación. La enfermita está contenta y se siente bien; nada le indica donde está la herida por donde le sacaron el tumor.

Día 20. La quité los puntos de sutura superficiales; la gasa en contacto con la herida estaba ligeramente tinta en sangre ya desecada; la reunión por primera intención no faltó en un solo punto.

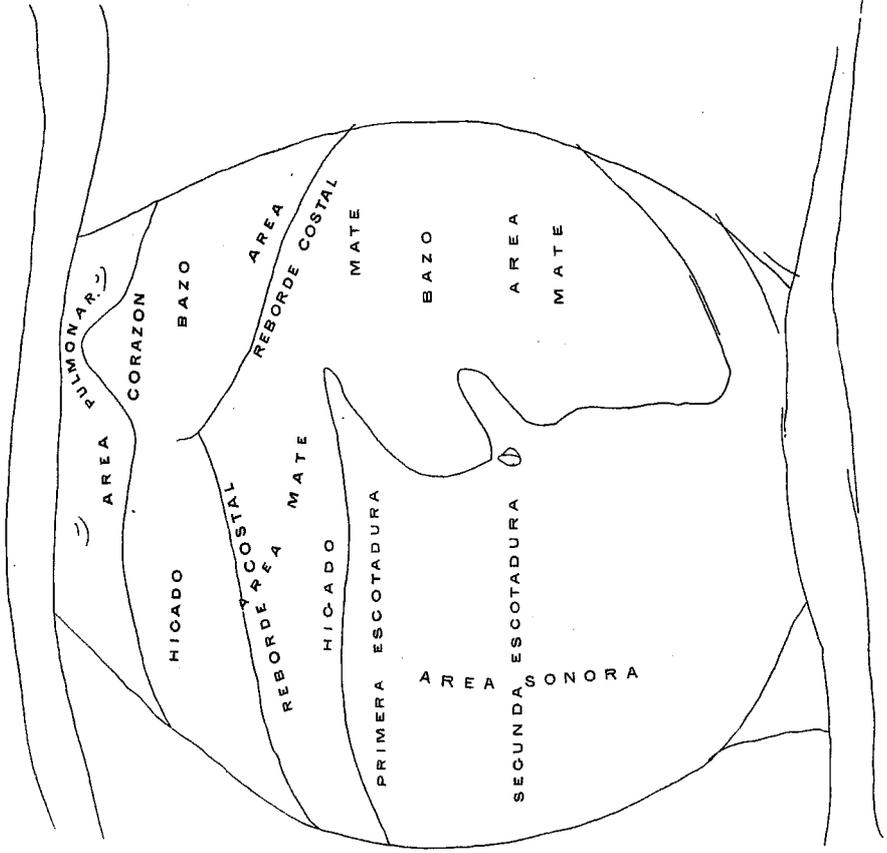
Una semana más tarde la permitía sentarse, y cuatro días después, previa la confección de un corsé que se aplicó sobre una capa de uato y sostenía su cicatriz sin lastimarse, pudo levantarse.

El vientre había disminuido de volumen, pero quedaba una deformidad chocante en el hipocondrio derecho.

El examen de la sangre hecho por el Dr. P. Noriega, fué como sigue:

Glóbulos rojos 5'200,000; glóbulos blancos 18,000; proporción: 1 por 288. En varias preparaciones no se observó pigmento hemático.

Un mes después la deformidad hepática había desaparecido ó era apenas perceptible, debido seguramente á que el hígado se había acomodado mejor, porque hundiendo el dedo debajo del borde de las costillas derechas, aun se le percibía abultado.



He aquí la pieza patológica conservada en glicerina fenicada desde hace 16 meses; aunque retraída, da idea de lo que fué. Pesada dos horas después de extraída, pesó 1580 gramos; su mayor diámetro medía 0'34 el antero posterior 0'23 y el transverso en su mayor espesor 0'18 y en la parte más delgada 0'06. La abertura por donde extraje el bazo hipertrofiado, medía 0'26 y no tuve por esta razón mayores obstáculos, debido seguramente á que cuando perforé la vena esplénica el órgano se desengurgitó y se adaptó con facilidad á la incisión dicha.

Hace dos meses ví en Monterrey á mi operada: ¡qué transformación! en vez de la criatura débil, deforme, enfermiza, de color amarillento, me encontré con una niña crecida, rolliza, bien formada, inteligente y traviesa; al expresarme su reconocimiento me advirtió que su corsé no le molestaba y que la cicatriz parecía un araña.

Me abstengo de sentar conclusiones por creerlo prematuro.

México, Junio 28 de 1899.

J. VILLARREAL

