
MEDICINA

Curación radical de las hernias

HERNIOTOMÍA

(Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, por Don Mamerto Cádiz C.)

~~~~~ :

Honorable Comisión:

La curación radical de las hernias por medio de una operación quirúrgica y fuera de los casos de kelo-tomía, es poco conocida y practicada aún entre nosotros.

Los cirujanos extranjeros, y especialmente los franceses, han estudiado larga y detenidamente la cuestión, y numerosos trabajos han sido publicados á este respecto entre los cuales podemos citar los de Lucas-Championnière y la tesis del Dr. Segond, del año 1883. El Congreso francés de cirugía del año 1888, ha tratado del asunto bajo el punto de vista de la curación definitiva, y, aunque no se ha llegado á una solución precisa en virtud de que en el mayor número de casos los operados han sido perdidos de vista, no por eso es menos cierto que los beneficios que reporta la operación son muy grandes.

La hernia, como se sabe, es una enfermedad relativamente común. En los niños hay dos herniosos por cada 100, según Malgaigne. En el adulto su frecuencia es mucho mayor á causa de los esfuerzos tanto fisiológicos como patológicos y profesionales: 1 por 28 en las clases laboriosas y 1 por 37 ó 38 en las clases acomodadas.

Bien que la hernia reductible ó irreductible sea más una deformidad no muy difícil de ocultar que una enfermedad propiamente dicha, su presencia es un peligro constante para el portador. Su extrangulación es un accidente de un pronóstico muy grave

y las causas de ella, aunque desconocidas en muchos casos son sin embargo, numerosas, tales como los esfuerzos, los excesos en el régimen alimenticio, los traumatismos, los cuerpos extraños del intestino, etc.

Hay herniosos que sufren casi constantemente de su hernia. Estos dolores, sordos de continuo se exacerban y se hacen agudos por motivos á veces insignificantes, á tal extremo que la vida del paciente llega á ser un suplicio interminable.

La obstrucción del intestino herniado por materias estercóreas y gases y la peritonitis herniaria, dan lugar á trastornos digestivos de extrema gravedad, como ser dolores intensos, náuseas, vómitos y algidez, que simulan la verdadera estrangulación.

Por lo que respecta á las hernias reductibles, no siempre puede recurrirse á la aplicación de un braguero. En las personas de cutis fina y delicada, este aparato produce escoriaciones á causa del roce, y en las hernias crurales la fijación de la pelota es difícil por los movimientos del muslo durante la marcha.

La ectopia del testículo, que acompaña muchas veces á la hernia inguinal congénita, es causa de dolor en muchos herniosos y puede hacer aún la hernia incoercible.

Las molestias y sufrimientos por que pasan estos individuos y los peligros tan graves á que están expuestos, justifican plenamente las numerosas tentativas que se han hecho desde los tiempos más antiguos para obtener su curación radical, procedimientos á veces bárbaros como son todos aquellos que conducen á la castración.

Sin embargo, la curación espontánea es un hecho posible para algunas hernias.

Las hernias crurales quedan desde luego eliminadas. El anillo crural que da paso á los vasos femorales está limitado por tejidos fibrosos tales como la arcada de Falopio, el ligamento de Gimbernat, la aponeurosis pectínea y la aponeurosis del psoas-iliaco, tejidos que no tienen tendencia alguna á la oclusión del orificio. Así, pues, por este mecanismo, jamás podrá tener lugar la curación espontánea para la hernia crural.

El canal inguinal, después de haber dado paso al testículo, tiende á estrecharse y á no dejar más espacio que el necesario para el cordón espermático; el conducto vágino-peritoneal se atrofia y no queda de él más que un delgado cordón fibroso. En la infancia es, pues, posible obtener su oclusión completa, más cuando la obli-

cuidad de su trayecto permite la aproximación de sus paredes por medio de un braguero.

El anillo umbilical tiene también una tendencia análoga. Una vez que el cordón umbilical se necrosa y cae, el rol fisiológico del anillo está terminado y tiende naturalmente á retraerse y estrecharse. He aquí la razón por qué las hernias umbilicales curan espontáneamente; basta para ello mantenerlas reducidas por medio de una simple venda ó de una cinta de tela emplástica. Hablo aquí de la hernia fetal ó de la hernia que se desarrolla poco tiempo después del nacimiento y que también debe llamarse congénita, puesto que, según parece, su origen es el mismo en ambos casos; no me refiero á la hernia embrionaria cuya envoltura está constituida por el amnios y cuyo mecanismo de curación espontánea es distinto.

En el adulto donde la propiedad retráctil del anillo ya no existe, no puede contarse con alcanzar la curación por medio de un braguero.

Hay aún otros tres medios de curación espontánea: 1.º La obliteración del cuello del saco por la organización á este nivel de un tejido fibroso, stigmatas de Cloquet, fenómeno que puede provocar la irritación que produce el frote ó la compresión del braguero. 2.º La reducción en masa de la hernia cuyo saco, una vez dentro de la cavidad abdominal, se despliega si no existen adherencias que lo impidan. Este medio deja abierto el anillo, y por lo tanto la reproducción no tiene obstáculo alguno. 3.º La vegetación del tejido celular sub-peritoneal que puede llegar á obliterar el anillo.— (Dr. Le Diberder).

Como se ve, el mecanismo de curación espontánea es pobre; en la niñez es posible obtener la curación radical por medio de bragueros, pero en el adulto es una excepción.

Por otra parte, los bragueros son aparatos que tienen un precio elevado, que no está al alcance de la gente proletaria, precisamente aquella en quien las hernias son más comunes á causa de los grandes esfuerzos á que á muchos los obliga su oficio, tienen mayor tendencia al crecimiento incesante, porque no son contenidas y se estrangulan con frecuencia, porque están expuestos á toda clase de traumatismos y no saben el peligro que tiene la falta de un régimen alimenticio.

Así, no es raro encontrar en nuestros hospitales enfermos de hernias estranguladas que en las estadísticas de estos estableci-

mientos figuran por lo general con el sólo diagnóstico de *cólico*, palabra que abraza todas las distintas variedades de oclusión intestinal.

Es, pues, en la clase trabajadora donde la intervención quirúrgica puede prestar su más valioso servicio. No es una operación grave, como lo veremos más adelante, y sus beneficios pueden calcularse si se recuerda los múltiples inconvenientes y el peligro de muerte á que están expuestos los que llevan consigo esta deformidad.

Voy á decir en primer lugar unas cuantas palabras sobre la historia de la curación radical, para ocuparme en seguida de los métodos modernos, de las indicaciones de la operación, del manual operatorio, de las complicaciones y, en fin, de los resultados generales.

---

## Historia

Celsio ha sido el primero que ha intentado la curación radical de las hernias. No operaba sino los niños de 6 á 14 años y su método, muy sencillo, consistía en la ligadura circular del saco y la piel, respetando el cordón espermático. El tumor formado de esta manera se eliminaba por gangrena.

Después de él ninguno se ocupó de la cuestión hasta el siglo IV en que aparece Oribasi. Oribasio incide la piel, aísla el peritoneo, retuerce el cuello del saco y reseca una parte de este.

En el siglo VII Paul d'Egine, de la escuela de Alejandría, coloca la ligadura en el surco de una incisión cutánea circular, estirpa en seguida el tumor y atraviesa el pedículo por dos hilos que se entrecruzan y que anuda sobre los costados. La castración era, pues, el resultado de este procedimiento para la hernia inguinal.

Hacia el siglo VIII, los árabes invaden la Europa y llevan á todas partes métodos bárbaros en el tratamiento de las hernias; la castración llegó á ser de uso corriente en la curación radical.

La ligadura del cuello del saco por un hilo de oro, imaginada por Berand Methis, que vivió probablemente en el siglo XIII, encontró pocos partidarios. No cerrando demasiado la ligadura, el autor pretendía conservar las funciones del testículo.

Guy de Chauliac, hacia el siglo XIV, recurrió al empleo de los

bragueros probablemente metálicos y á emplastos astringentes hechos con clara de huevo y sustancias como el alumbre, la nuez de agallas, corteza de granadas, cerusa, etc., que colocaba por debajo de la pelota. Fué él también quien usó el *tratamiento simpático*, que consistía en polvos de imán tomados al interior y limaduras de hierro sobre el tumor herniario, y las pastas arsenicales para destruir las partes blandas, el didimo (peritoneo) y hasta el cordón.

En el siglo XV, Barthelemy y otros, abandonan completamente los métodos sangrientos y se concretan al empleo de los bragueros, aunque rudimentarios, y al reposo prolongado en decúbito dorsal.

En el siglo XVI encontramos los procedimientos de Franco, de Ambrosio Paré y de Fabricio d'Aguapendente, y el reposo, los tópicos y los bragueros.

Uno de los métodos de Franco consistía en incidir el escroto en su parte superior, aislar el didimo, separarlo del cordón y colocarlo entre las ramas de una tenaza. Hecho esto, dividía el saco en cuatro partes iguales y con una aguja enhilada con un hilo fuerte de tres ó cuatro dobleces, lo suturaba de la manera siguiente: pasaba la aguja entre la primera y la segunda parte para hacerla salir entre la tercera y la cuarta, y anudaba el hilo de modo que las dos partes medias quedaban comprendidas en la sutura y los elementos del cordón libres sobre uno de los costados. Después cortaba por debajo de la ligadura el didimo suturado y cauterizaba con el cauterio actual ó con aceite hirviendo el pedículo.

Ambrosio Paré usó la punta dorada de Berand Methis, modificada de varias maneras y aislando primero el cordón.

El *método español* consistía en atravesar la piel con una aguja, pasando entre el saco y el cordón y salía otra vez al través de la piel; los dos cabos del hilo eran anudados después sobre una placa de marfil que se torcía todos los días hasta que los tejidos eran completamente seccionados.

En el siglo XVII los esfuerzos hechos para obtener la curación radical de las hernias fueron también numerosos. En esta época Scultet descubrió un procedimiento que se reducía á rechazar y mantener el testículo en el canal inguinal y obliterarlo en seguida por una ligadura colocada debajo de él. Hasta Luis XIV se ocupó de esta cuestión y preparaba personalmente emplastos astringentes para curar las hernias.

*Siglo XVIII.*—En 1765, Leblanc inventa una pinza dilatadora con el objeto de obtener la curación por un nuevo método. Leblanc, por medio de la dilatación del anillo, pretendía provocar titilaciones ó contracturas de sus fibras que lo estrechacen hasta su calibre normal.

Nueve años después, en 1774, Gauthier y Maget proponen la cauterización del anillo, los pilares, el periostio del pubis y el cordón con el aceite de vitriolo.

*Siglo XIX.*—Los procedimientos operatorios propuestos en nuestro siglo son muy numerosos y han sido perfectamente clasificados en cuatro grupos por el Dr. Paul Segond en su tesis de agregación de 1883.

He aquí esta clasificación:

1.<sup>er</sup> grupo.—Curación radical por modificación de las envolturas de la hernia:

- 1.º Ligadura simple (Desault).
- 2.º id. múltiple (Martín y Bouchacourt).
- 3.º id. por torsión (Thierry).
- 4.º id. por mordaza (Chycoine).<sup>7</sup>

2.º grupo.—Curación radical por procesos inflamatorios adhesivos ó cicatriciales:

- 1.º Inyección iodada (Velpeau).
- 2.º Acupuntura (Bonnet).
- 3.º Introducción de un cuerpo extraño reabsorbible (Belmas).
- 4.º id. de un sedal (Mösner).
- 5.º Escarificaciones (Julio Guerin).
- 6.º Inyecciones peri-herniarias (Luton).

3.<sup>er</sup> grupo.—Curación radical por obturación con ayuda de un tapón orgánico:

- A.—Obturación con el testículo.
- B.— id. autoplástica (Dzondi-Jamenson).

|                                           |    |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C.—Obtención por invaginación de la piel. | a. | Invaginación mantenida con ayuda de suturas. (Gerdy)—Derivados del procedimiento de Gerdy.                                          | { 1.º Lehmann, Bruns,<br>2.º Gunther [etc.<br>3.º Signoroni.<br>4.º Maisonneuve.                                                                                                 |
|                                           | b. | Invaginación mantenida con ayuda de un instrumento (Wutzer). Derivados del procedimiento de Wutzer.                                 | { 1.º Rothmund<br>2.º Valette<br>3.º Le Roy d'Etiolles<br>4.º Langembeck<br>5.º Wattmann<br>6.º Christopher<br>7.º Kinloch<br>8.º Syme<br>9.º Davies<br>10.º Fayrer<br>11.º Egca |
|                                           | c. | Invaginación con ayuda de un instrumento, y los bordes del orificio herniario son artificialmente aproximados (Soteau, de Roubaix). |                                                                                                                                                                                  |

4.º grupo.—Curación radical por obturación con ayuda de un tapón orgánico y por sutura del orificio (Wood).

|                                      |    |                                                                                                                        |
|--------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Derivados del procedimiento de Wood. | de | { 1.º Agnew.<br>2.º Clisholm.<br>3.º V. Best y Jesset.<br>4.º Field.<br>5.º Thompson.<br>6.º G. White.<br>7.º Spanton. |
|--------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Creo inútil entrar en la descripción de este gran número de procedimientos operatorios, de los cuales los principales son conocidos de todos, y están perfectamente expuestos en la obra del Dr. Segond. Doi, sí, un cuadro que resume el número de operados y los resultados obtenidos por estos diversos medios.

| Procedimientos | Número de operados | Curaciones | Mejorías | Recidivas | Sin resultado | Muertes |
|----------------|--------------------|------------|----------|-----------|---------------|---------|
| Bonnet.....    | 11                 | 4          | .....    | .....     | 5             | 2       |
| Belmas.....    | 10                 | .....      | .....    | 9         | .....         | 1       |
| Mösner.....    | 34                 | .....      | 2        | 1         | 29            | 1       |
| J. Guerin..... | 3                  | 3          | .....    | .....     | .....         | .....   |
| Luton.....     | 4                  | 3          | 1        | .....     | .....         | .....   |
| Jameson.....   | 1                  | 1          | .....    | .....     | .....         | .....   |
| Gerdy.....     | más de 100         | frecuentes | .....    | .....     | .....         | 4       |
| Gunther.....   | 11                 | 9          | .....    | .....     | 1             | 1       |
| Wutzer.....    | 14                 | 1          | .....    | 13        | .....         | .....   |
| Rothmund....   | 140                | 117        | 4        | 13        | 6             | .....   |
| Valette.....   | 15                 | 11         | .....    | 2         | 2             | .....   |
| Fayrer.....    | 38                 | 24         | .....    | .....     | .....         | 8       |
| Lotteau.....   | 11                 | 11         | .....    | .....     | .....         | .....   |
| Wood.....      | 300                | 296        | .....    | .....     | .....         | 4       |

Este cuadro estadístico es por cierto demasiado incompleto para formarse una idea siquiera aproximativa de la bondad ó la ineficacia de los métodos seguidos; sólo nos hace ver que la mortalidad es poca. Las recidivas son pocas también, pero debemos tener presente que la mayor parte de los enfermos considerados como curados radicalmente, lo estaban sólo en el momento de levantarse de la cama y después han sido perdidos de vista; muchos de ellos también han ido á parar más tarde á manos de otros cirujanos que han constatado la recidiva.

Todos los procedimientos empleados por los cirujanos que figuran en este cuadro son peligrosos, porque todos ellos determinan un proceso inflamatorio más ó menos violento. El único que no ofrece mayormente peligro y que ha dado mejor resultado son las inyecciones de agua fría saturada con sal marina, usadas por Luton.

Los procedimientos modernos difieren esencialmente de los anteriores, porque van á buscar á campo abierto, bajo la salvaguardia de la antisepsia, la oclusión directa del orificio y aún del trayecto herniario, y sobre todo la supresión de la superficie serosa que facilita el deslizamiento de la hernia, y por lo tanto su reproducción. Es esto último lo que importa un verdadero perfeccionamiento en la curación radical, pues, como lo veremos más adelan-

te, la oclusión del orificio es muy deficiente para la contensión é imposible para ciertas hernias.

### Procedimientos modernos

Los poderosos recursos de la cirugía antiséptica han dado un indisputable valor al tratamiento de las hernias permitiendo la abertura de las grandes cavidades serosas casi sin peligros para el enfermo.

Charles Steel (1873) ha sido el primer cirujano que ha puesto en práctica sus ventajas con este objeto. Su operación se redujo á reducir la hernia sin abrir el saco y á suturar los pilares después de avivar sus bordes.

En pos de él Schede, Czerny, Socin, Segond, Championnière, etc., han seguido el mismo camino, llevando cada cual modificaciones que simplifican el manual operatorio ó que tienden á prevenir las recidivas.

En general todos los procedimientos modernos pueden reducirse á dos:

- 1.º Ligadura del cuello con ó sin estirpación del saco.
- 2.º Drenaje del saco abierto sin ligadura del cuello.

Desde luego podemos avanzar que el drenaje del saco sin ligadura del cuello propuesto por Schede es inadmisibile, por cuanto el proceso inflamatorio que debe desarrollarse naturalmente á fin de provocar la soldadura de sus paredes, no tiene obstáculo alguno que impida su propagación al peritoneo, y más todavía, en caso de supuración, el pus tiene el camino espedito para entrar en la cavidad abdominal. En los 18 enfermos operados por este cirujano, que figuran en el cuadro de la página 54, ninguna vez se ha usado este procedimiento; en todos la ligadura del cuello ha sido hecha y sólo en 4 no se ha practicado la ablación del saco.

En el procedimiento de ligadura del cuello, con ó sin estirpación del saco, las variantes son muy numerosas, tales como invaginación del saco en el cuello, sutura de los labios del saco incidido á los de la herida cutánea, sutura de los pilares aponeuróticos del anillo, fijación de un tapón epiploico al anillo ó al cuello, unión de las paredes del saco por una serie de suturas diseminadas en su superficie, etc.

La *invaginación del saco en el cuello* de Riesel es una manobra que no presenta ventaja alguna y sí un peligro, puesto que

siempre subsistirá un fondo de saco apto para la reproducción de la hernia. Este método se asemeja á los antiguos procedimientos de invaginación y principalmente al de Wood.

En algunos de sus enfermos, Riesel ha incidido la pared anterior del canal inguinal para colocar bien alto la ligadura del cuello del saco y borrar su trayecto, suturando después sus bordes aponeuróticos y los pilares del anillo. Más adelante veremos que hay otra manera más sencilla y expedita de llegar á este resultado sin necesidad de abrir el canal inguinal, cuya pared anterior fibrosa, formada por la aponeurosis del oblicuo mayor, no se presta á una cicatrización fácil y perfecta; esta cicatriz puede servir más tarde para la producción de otra hernia.

La *sutura de los bordes incididos del saco á la herida cutánea* (Schede), después de la ligadura del cuello, nos parece también inconveniente. En efecto, la retracción cicatricial de la piel puede tirar hacia abajo el saco y convertir el cuello ligado en un pequeño embudo, y esto dado por sentado que la soldadura de las hojas del saco sea perfecta y se verifique antes que la ligadura del cuello se reabsorba y antes que éste esté bien obturado por un proceso adhesivo.

La *sutura de los pilares ó de los anillos* aponeuróticos es inútil y muchas veces imposible. El tejido fibroso de que se componen, como ya lo hemos dicho, no se presta para una cicatriz, es refractario á la reunión inmediata. Por otra parte, los pilares del anillo inguinal externo son divergentes, y si su dilatación es muy grande, como acontece generalmente en las hernias voluminosas y antiguas, donde ya no existe el canal inguinal sino un verdadero agujero de la pared, su aproximación es difícil si no imposible. Las incisiones longitudinales de sus bordes (Reverdin) para favorecer su junción, si bien cierran el anillo, dejan en cambio pequeños orificios; el objeto que se persigue, no es, pues, alcanzado por este medio.

Terrillon piensa, sin embargo, que la sutura de los pilares mantiene mejor cerrada, durante algún tiempo, la cavidad abdominal y permite que las adherencias que se establecen después de la ligadura del saco adquieran mayor solidez.

Para el anillo crural, abertura triangular que tiene normalmente 4 á 5 centímetros en su base, la operación es imposible.

En el anillo umbilical, la sutura debe hacerse, porque este anillo está fisiológicamente cerrado hacia adelante por la piel y hacia

atrás por el peritoneo, y de este modo se evita la fusión del pus en la cavidad abdominal. Quizás convendría hacer esta sutura con hilo de seda perfectamente aséptico mejor que con catgut, cuya reabsorción es pronta y puede hacerse antes que la cicatriz tenga la solidez necesaria.

La *obstrucción del orificio herniario ó del cuello del saco por un tapón epiploico* propuesto por Czerny no debe ser practicada jamás cuando se busca la curación radical. Sabemos muy bien que en un gran número de hernias es el epiplón el que avanza primero en el anillo; como lo ha dicho Lucas-Championnière, el epiplón señala el camino al intestino. Todavía tenemos que recordar que la fijación de esta membrana ocasiona tirantez y dolores á veces muy crueles, como sucede en los epiploceles adherentes, dolores que pueden ser una indicación para la intervención quirúrgica.

La unión de las paredes del saco por medio de una serie de suturas diseminadas en su superficie, después de practicada la sutura de la incisión del saco y la ligadura de su cuello, *sutura en piqué ó capitonnage*, es una idea de Julliard, que tiene por objeto asegurar el contacto de las paredes y favorecer así su adherencia. Entre los operados de Julliard hemos encontrado 7, en los cuales ha empleado este método, que él llama sutura por adosamiento; entre ellos hay una recidiva al cabo de cuatro meses y 6 resultados desconocidos. No puede, pues, juzgarse de sus ventajas ó de su inutilidad con una sola observación que ha sido, por lo demás, desfavorable. De todos modos esta sutura, que se asemeja al tapizamiento de los muebles en que cada botón está representado por un punto de sutura, no tiene importancia desde luego, que hoy día la mayor parte de los cirujanos son partidarios de la extirpación del saco.

Aunque casi la totalidad de los cirujanos que se han ocupado de la curación radical de las hernias consideran como indispensable la ablación del saco, no faltan otros, como Terrillon, Leonte y el Dr. Macewen de Glasgow, que son de la opinión contraria. Lucas-Championnière combate calurosamente esta manera de pensar y con justísima razón, por cuanto según él la supresión del plano de deslizamiento, esto es, de la serosa herniada, elimina el factor más importante en la reproducción de la hernia.

Pero esta ablación ¿es siempre posible? He aquí el punto capital de la cuestión y que ha suscitado grandes discusiones.

Es, tratándose de la hernia inguinal, donde se presenta la difi-

cultad, á veces insuperable, de disecar el saco. Como no debe levantarse nada más que la serosa excluyendo en su totalidad el tejido celular, la operación es naturalmente larga y minuciosa y su resultado más ó menos perfecto estará en razón directa de la cantidad y solidez de las adherencias.

En la hernia crural cuyo saco está en contacto con los vasos femorales y principalmente con la vena, las adherencias con estos órganos los predispone á ser lesionados, y por lo tanto á una hemorragia cuya consecuencia es fácil calcular.

La cara interna del saco puede encontrarse también adherida al epiplón y al intestino. En el primer caso, puede decirse que el inconveniente no existe puesto que el epiplón debe ser también levantado; pero en el segundo, la disección presenta un peligro eminente: la herida ó desgarradura del intestino, complicación grave que debe evitarse á toda costa.

El Dr. P. Segond cree que la disección del saco es muchas veces imposible, sin exponerse á lesionar los elementos del cordón, sobre todo tratándose de una hernia congénita, lo que comprometería la vitalidad del testículo. En presencia de esta dificultad, algunos cirujanos como Riesel, Socin y Kraske, no han trepidado en practicar la castración, y el último lo hace siempre y lo recomienda cuando la disección del saco lo exige. Esta práctica no puede aconsejarse de ninguna manera aún tratándose de una ectopia testicular no dolorosa; sólo en caso de neuralgia de esta glándula ó de neoplasmas incurables la castración es, más que permitida, necesaria.

Lucas-Championnière es partidario de la extirpación del testículo siempre que se encuentre en ectopia aún no dolorosa por cuanto, según se dice, esta anomalía suprime sus funciones y el órgano no presta ningun servicio al paciente. Pero Monod ha demostrado que estos testículos ectopiados, si bien se atrofian y se esclerosan con la edad más allá de 40 años, pueden llenar sus funciones durante un largo tiempo.

En los individuos jóvenes, si no es causa de dolor, creemos pues que su conservación es legítima y aún cuando no sirva de mucho, moralmente podemos decir, su posesión puede tener un gran valor para el enfermo; es difícil que un hernioso se resuelva á operarse á costa de un sacrificio de esta naturaleza.

Por otra parte, el testículo en ectopia puede ser tirado hacia abajo y fijado en el fondo del saco vaginal por medio de suturas

con catgut que atan la túnica albugínea al escroto. Un enfermo ha sido curado de esta manera por M. Quenu y otros 8 han sido sanados de su ectopia, por Terrillon 3, Schowartz 2, Routier 1 y M. Jalaquier, 2 operados por procedimientos más ó menos parecidos.

Es esta dificultad del aislamiento del cordón en las hernias inguinales congénitas, en las cuales además hay que dejar la membrana vaginal, es decir, el saco herniario, lo que ha inducido al Dr. Terrillon a sustituir la ligadura del saco y su sección, por una sutura del conducto vágino-peritoneal semejante á la que Julliard ha preconizado para la fusión de las paredes del saco.

Su manual operatorio es sencillo: una vez abierto el saco y reducido el intestino, disecciona lateralmente el conducto vágino-peritoneal en una extensión de 4 á 5 centímetros subiendo hasta el anillo inguinal y respetando las adherencias hacia la región posterior donde se encuentra el cordón espermático; en seguida aplica una contra otra las paredes disecadas del conducto y las fija en esta posición por medio de 6 á 8 puntos de sutura colocados en dos series paralelas horizontales, dejando sólo el espacio estrictamente necesario para el paso del cordón y estableciendo después el drenaje del saco vaginal.

Es, pues, una sutura en capitón aplicada únicamente al cuello del saco que permite al mismo tiempo que la restitución de la serosa vaginal, lo que Terrillon considera como la mejor ventaja de su procedimiento: el sostén de la cicatriz superior por el cordón fibroso que resulta de la obliteración de una parte del conducto vágino-peritoneal.

En los tres enfermos operados así por el Dr. Terrillon no se ha observado ninguna recidiva al cabo de veinte y ocho, de quince y de once meses. El resultado es, pues, satisfactorio, pero debemos tener presente que la recidiva se ha producido en algunos casos de curación radical hasta más de tres años después de la operación. De todos modos este método, merece un estudio más largo y en mayor número de enfermos, porque tiene dos ventajas preciosas: la sencillez y ligereza de la operación para las hernias congénitas, en las cuales las adherencias del cordón y del testículo hacen á veces imposible la disección del saco, y la conservación de la túnica vaginal sin peligro de esfacelo, como puede suceder cuando se estirpa toda la porción superior de la bolsa ó cuando se hace la simple ligadura del cuello (caso de Godlee).

El Dr. Leonte de Bucarest, ha comunicado al Congreso francés de cirugía del año pasado un nuevo procedimiento de curación radical sin ablación del saco y que difiere sustancialmente de los hasta aquí conocidos por una incisión que hace al peritoneo por encima del orificio superior del cuello á fin de poner á descubierto el tejido celular sub-peritoneal.

He aquí como el autor describe su procedimiento:

«Después de haber reducido el contenido herniario, la cara interna del saco y de su cuello se encuentran expuestas y prontas á sufrir las maniobras que constituyen el 2.º tiempo.

«2.º *Tiempo*.—Ejercicio una tracción con ayuda de la mano izquierda sobre el saco y sobre su cuello de manera á hacer aparente el orificio superior de éste y poner así á la vista la porción de serosa vecina de este orificio. Para tirar mejor y facilitar esta maniobra es preferible servirse de muchas pinzas de presión continua con las cuales se toma la serosa del cuello en la vecindad de su orificio. Á este nivel y mientras que ejerzo la tracción, hago una incisión circular de la serosa con ayuda de un bisturí ó de tijeras curvas; inmediatamente los dos bordes serosos que resultan de la incisión se separan el uno del otro, dejando á desnudo el tejido celular subyacente. La serosa del borde superior de la incisión tiene la tendencia á enroscarse hacia adentro lo que yo favorezco despegando y rechazando esta serosa con la uña ó con el mango del bisturí. Obtengo así una superficie avivada de 2 á 2½ centímetros de extensión situada inmediatamente por debajo de la serosa invertida y para completar mejor la oclusión del orificio hago una sutura perdida de esta superficie con catgut.

«Así, pues, primera oclusión del orificio por adosamiento de la serosa por encima y segunda obliteración situada inmediatamente por debajo, constituida por la sutura en bolsa con catgut de la superficie avivada».

Leonte practica después el raspaje superficial de toda la cara interna del saco con la cucharilla de Volkmann hasta que esté congestionada é irritada como en las hernias extranguladas y la aviva con solución fenicada fuerte ó de cloruro de zinc.

La sutura la hace de modo que abraza al mismo tiempo los tegumentos y las paredes del saco.

Siete enfermos han sido operados de esta manera, cuatro de ellos por hernias extranguladas. Los 7 han curado radicalmente y

no han presentado recidiva en un espacio de tiempo que fluctúa entre dos meses y dos años y medio.

El procedimiento que acabamos de exponer que no es más que una variante del método de Julliard, cierra el paso al intestino por dos mecanismos: oclusión de la serosa y oclusión del tejido celular sub-peritoneal. Estas cicatrices son reforzadas por la soldadura de las paredes del saco, pero como éste queda subsistente la curación radical no puede asegurarse.

He creído de interés apuntar este nuevo procedimiento operatorio en vista de un trabajo del Dr. H. Le Diberder sobre el rol del tejido conjuntivo sub-peritoneal en el mecanismo de la curación de las hernias.

Según el Dr. Le Diberder el peritoneo tiene dos caras: una cara libre de propiedades adhesivas y una cara adherente de propiedades vegetantes. Esta cara adherente constituida por el tejido celular sub-peritoneal, es la que da lugar por irritación á las producciones designadas con los nombres de pelotas grasosas y lipomas herniarios. La curación por medio de bragueros sería pues debida á la proliferación de este tejido celular provocada por la irritación que produce el movimiento de la pelota ó su compresión, curación que es mucho más fácil en el niño donde los tejidos vegetan también con mayor facilidad. Este sería también el mecanismo de curación por instrumentos invaginadores. La autopsia de un individuo operado por invaginación por medio de una pinza de resorte, ha mostrado un rodete de tejido celular grasoso desarrollado en el tejido conjuntivo sub-peritoneal que estrechaba el anillo considerablemente.

Estas vegetaciones, célula-grasosas en un principio, después célula-fibrosas llegan á ser con el tiempo totalmente fibrosas y disminuyen de volumen, pero tomando mayor consistencia á medida que la grasa se reabsorbe. El cordón duro de que habla Lucas-Championnière en sus operados y que parece continuase hasta en el interior de la cavidad abdominal, estaría entonces formado, según Le Diberder, por proliferación del tejido sub-peritoneal que ha sido dislacerado cuando la disección se lleva hasta por encima del anillo.

El método del Dr. Leonte que tiende precisamente á avivar este tejido sub-peritoneal es muy favorable para su vegetación, pero el hecho no está bien demostrado y además la disección del

saco hasta más allá del cuello, tal como la práctica Championnière conduce en resumidas cuentas al mismo resultado.

El Dr. Macewen de Glasgow (*Annals of Surgery*, vol. VI, número 2, agosto de 1886, pág. 89), usa un procedimiento en la curación radical de la hernia inguinal oblicua, que nos parece bastante complicado.

La operación comprende dos tiempos:

1.<sup>er</sup> tiempo.—Inciisión para poner á desnudo el anillo externo; aislamiento del saco de todas las partes vecinas; liberación del canal por el dedo; el saco es en seguida replegado muchas veces sobre sí mismo como una cortina, y después atravesado por un hilo cuya extremidad es llevada por una aguja curva hasta á 2½ centímetros por encima del anillo interno; la aguja atraviesa la pared muscular; se mantiene el hilo hasta que la sutura del canal sea hecha, y entonces se le fija en él haciéndole atravesar muchas veces la pared, ó bien sobre un fragmento de hueso descalcificado que reposa sobre el músculo oblicuo externo.

2.<sup>o</sup> tiempo.—Una aguja de doble curvatura atraviesa el pilar interno del anillo y sale á alguna distancia dejando así una asa de hilo sobre su pared posterior: de los dos extremos del hilo, el inferior es llevado por otra aguja al través del ligamento de Poupart y los planos aponeuróticos de los músculos trasverso, oblicuo interno y externo; el superior al través de estos mismos músculos. Después se les reúne en un nudo sólido que se cierra. Se puede aplicar una sutura semejante en la parte inferior del canal; en el niño es inútil.

Para la hernia congénita se secciona el saco transversalmente; la mitad inferior es dispuesta en fondo de saco; la mitad superior es hendida longitudinalmente para dejar escapar el cordón y después suturada. El resto de la operación, como en la hernia adquirida.

El autor cuenta 47 operados por este procedimiento de hernias extranguladas y no extraanguladas, y el mayor número de ellos con buen resultado.

Aquí es el saco mismo el que hace el oficio de tapón para impedir la reproducción de la hernia, y la ligadura del canal es la que se opone á que el saco plegado vuelva á su anterior posición. Pero ¿qué suerte correrá el saco rechazado hasta por encima del anillo interno? se establecerán adherencias entre sus pliegues que lo mantengan enrollado, ó es posible su distensión dentro de la

cavidad abdominal? se puede hacer la reducción de este tapón sin debridamiento previo del anillo y el canal?

Ya hemos dicho anteriormente que el tejido fibroso de los pilares no es apropiado para la fusión; no puede, pues, contarse con que este medio sea una barrera bastante poderosa para prevenir la recidiva. Si la ligadura que ata el saco á la pared del abdomen se desprende ó se reabsorbe; si no se hacen adherencias entre sus pliegues, el saco se extenderá naturalmente y nos encontraremos entonces en el mismo caso que cuando se hace la reducción en masa de una hernia: el peritoneo distendido y despegado de las paredes, quedará en excelentes condiciones para excurrirse bajo la influencia de un esfuerzo si encuentra un camino para ello, y como la sutura del canal no es un obstáculo infranqueable, la recidiva es muy posible. Si el canal no existe, las circunstancias desfavorables van en aumento, porque el camino es más corto y más directo.

Otra variante en el manual operatorio es la sutura del cuello del saco incidido al anillo herniario, sin extirpación del saco. Este método adolece también del mismo defecto que otros que ya hemos analizado más atrás, y es el de dejar subsistente un infundibulum, una verdadera punta de hernia deshabitada que puede desarrollarse y aumentar de volumen impulsada por el intestino. Sin embargo, en el enfermo de la observación núm. 2, hernia inguinal congénita, fué necesario seguir este procedimiento y la curación ha sido radical.

Así, pues, es la hernia inguinal congénita, como lo hemos dicho, la que con más frecuencia puede presentar serias contra-indicaciones para la disección del saco cuando su cara interna adhiere al testículo ó á los elementos disociados del cordón (Observación núm. 1).

Pero si se nos permite una opinión á este respecto, diremos que antes que la sutura del cuello al anillo, preferimos la sutura en *capitón* del conducto vágino-peritoneal, usada por Terrillon, dejando nada más que el conducto que exige el paso del cordón. Creemos que este modo de oclusión, dejando siempre como en el caso anterior un infundibulum, al menos cierra más herméticamente el camino al intestino.

Pasando á otro punto, ¿debe hacerse siempre la abertura del saco? Hay un peligro en no proceder de esta manera: la ligadura del órgano herniado, como tenemos dos ejemplos. Sin embargo,

creemos que en ciertos casos esta práctica es posible. En los enteroceles puros, de pequeño volumen y perfectamente reductibles, la palpación puede bastar, si las paredes del saco no están engrosadas, para cerciorarnos de que éste se encuentra totalmente vacío como en el caso de la observación núm. 4 en que no se hizo su abertura. Pero estas hernias, si no son dolorosas, están fuera de las indicaciones de la operación.

En la hernia inguinal congénita la abertura del saco es imprescindible, y en las hernias del lado derecho el apéndice ileo-cecal, que puede estar comprendido en el saco, es muy pequeño para que pueda ser percibido por la palpación. La ligadura del epiplón, junto con el saco, es un accidente, si no mortal, grave porque produce dolores y predispone á la recidiva. Así, pues, en todo caso es preferible la abertura amplia del saco; las precauciones nunca están de más en una operación de esta naturaleza.

En resumen, la abertura del saco, su ligadura por encima del cuello y su ablación, son los tres requisitos indispensables en la curación radical de la hernia. En caso que la disección no pueda hacerse sin peligro para los elementos del cordón, la sutura en capitón puede salvar la dificultad, pero entonces la recidiva es más probable.

### Indicaciones de la operación

Según el profesor Trelat «toda hernia que no es constante, completa y fácilmente contenida por un braguero, es susceptible de una curación operatoria».

Caben aquí todas las hernias irreductibles total ó parcialmente, las hernias incoercibles, las hernias dolorosas y en general todas aquellas cuya contención no es perfecta.

Á la categoría de las *hernias incoercibles* pertenecen comunemente las hernias voluminosas, aquellas en que la distensión del anillo es exajerada, las que contienen en su saco una cierta cantidad de líquido y las que se acompañan de un hidrocele concomitante. La presencia del epiplón en la vecindad del cuello constituye también una causa de incoercibilidad, porque se desliza bajo la pelota del braguero ó se adhiere á la pared del saco; pero el

diagnóstico de esta causa es imposible en el enfermo antes de la operación.

Entre las *hernias dolorosas* debemos contar no sólo aquellas que son un suplicio constante para el enfermo, sino también las que son dolorosas á la presión y las que se vuelven dolorosas con motivo de cualquier esfuerzo ó de movimientos bruscos é intempestivos (observación núm. 4). Las causas del dolor, fuera de los casos de ectopia testicular ó de adherencia del epiplón, son casi desconocidas aunque se invocan como tales neuralgias abdominales, fenómenos simpáticos, etc. Á los dolores vagos y tirantez de la región se añade muchas veces trastornos digestivos de orden dispeptico (obs. núm. 1).

En las *hernias irreductibles* debe contarse la irreductibilidad por pérdida del derecho de domicilio, por adherencias antiguas y la irreductibilidad complicada de pseudo-extrangulación (inflamación, peritonitis herniaria).

El Dr. Segond dice, á propósito de esta última variedad, es decir, de la irreductibilidad por inflamación pero sin extrangulación, que «la operación está indicada cuando los inconvenientes del mal son estrictamente proporcionales á los peligros de la intervención y cuando la reducción no ha podido ser obtenida de otra manera». (Tesis de agregación, pág. 237). Cita el caso de un enfermo en el cual ha obtenido la reducción al cabo de 29 días por medio del reposo, el hielo, la dieta, los purgantes y tentativas alejadas de taxis cada 5 ó 7 días.

Desde luego el peligro no existe con el método antiséptico y si lo hay en la abtención, puesto que la hernia puede extrangularse y gangrenarse el intestino con más facilidad después de varios días de inflamación.

La hernia congénita acompañada de *ectopia inguinal del testículo ó cruro-escrotal*, puede también reclamar la intervención quirúrgica. En estos casos y particularmente en la ectopia inguinal fija, la aplicación de un braguero aún bifurcado es difícil sin comprimir el testículo y sin producir dolor. Hay que añadir todavía que esta clase de hernias son á menudo incoercibles, dolorosas y dan lugar á fenómenos que se asemejan á los de la extrangulación á causa de esfuerzos, contusiones y aún espontáneamente.

Por otra parte, esta anomalía es el origen de las hernias llamadas *intersticiales*, que son tres: 1.º la hernia *inguino-properitoneal* de Krönlein, en la cual el saco herniario está situado entre el

peritoneo y la fascia-trasversalis; 2.º la hernia *ínguino-intersticial* de Goyrand, en la que el saco se halla por delante de la fascia-trasversalis, en medio de las capas musculares; 3.º la hernia *ínguino-superficial* de Kuster, que está colocada bajo la piel del abdomen. Estas tres variedades son de extrema gravedad por la imposibilidad de su reducción por el taxis, y por el peligro de extrangulación estando situadas en el espesor de la pared abdominal.

En las *hernias crurales* hay numerosas razones que piden la intervención quirúrgica: tienen muy poca ó ninguna tendencia á la curación espontánea por bragueros porque son hernias de la edad adulta, son de muy difícil contención, se vuelven prontamente irreductibles aunque sean de pequeño volumen y sus agentes de extrangulación son numerosos. (Ligamento de Gimbernat, cuello del saco, septum-crurale, pliegue falciforme y fascia-criciformis).

La hernia crural se extrangula casi tan frecuentemente como la inguinal según Gosselin; pero como la primera es 7 á 8 veces menos común que la segunda (1 por 20 según Malgaigne, 1 por 5 según Cloquet), resulta que la extrangulación de la hernia crural es por el contrario 7 á 8 veces más frecuente que aquella de la inguinal.

Respecto de la *edad*, el profesor Socin (de Bale) opina por que «la operación está indicada en los individuos de ambos sexos menores de 20 años, cuando el tratamiento clásico por bragueros no basta para mantener reducida la hernia de un modo completo, absoluto y permanente».

Su opinión se apoya en una estadística de 75 operados con un 84½ % de curaciones en los individuos menores de 25 años y sólo de un 42 % en los que pasan de esa edad. Las numerosas recidivas en los adultos, según el profesor Socin, se deben á causas mal conocidas, tales como la elongación del mesenterio, la relajación de las paredes abdominales, el aumento de la presión intra-abdominal, etc. Es verdad que en aquellos individuos de edad avanzada, cuyas paredes abdominales están relajadas, en los cuales el anillo herniario es un verdadero agujero y cuyos tejidos no tienen la tonicidad de la juventud, las probabilidades de una curación definitiva son muy escasas, y por lo tanto estos enfermos no deben ser operados. Pero en los niños en que el anillo es pequeño, tiene tendencia á la oclusión al menos para las hernias inguinales y

umbilicales, donde los tejidos proliferan no sólo por irritación sino por la sola acción fisiológica del crecimiento, el braguero es un medio excelente de curación radical si se le mantiene en su lugar noche y día.

La operación no será entonces practicada ni en los niños, ni en los sujetos de edad avanzada: en los niños, porque la curación puede obtenerse por otro medio, y en los viejos, porque la operación es en ellos más grave y la recidiva casi de regla.

Quedan aún otros motivos que pueden justificar la intervención operatoria para las *hernias reductibles*. Tales son ciertas profesiones que exponen á la extrangulación ó que facilitan el crecimiento gradual de la hernia: los que tienen que hacer grandes fuerzas, por ejemplo, y los que están obligados á una estada prolongada de pie, como los comerciantes, panaderos, etc. Algunos de estos herniosos que llevan braguero, están condenados poco menos que á la inmovilidad, so pena de ver salir su hernia cada vez que hacen algun esfuerzo, por pequeño que sea.

En estos casos creemos que el paciente es el llamado á juzgar las molestias y peligros de su hernia y los beneficios que puede reportarle una curación radical, máxime si ya ha sufrido ataques de pseudo-extrangulación, que no son raros en las hernias reductibles.

*Contra-indicaciones.*—Después de lo que acabamos de exponer, puede decirse que las contra-indicaciones casi no existen. Sin embargo, podemos apuntar, más que como contra-indicaciones, como circunstancias que pueden agravar el pronóstico de la operación ó favorecer la recidiva, la ancianidad, la diabetes, la albuminuria y el enfisema pulmonar.

---

## Manual operatorio

*Desinfección.*—La antisepsia rigurosa del campo operatorio, de los instrumentos y de las manos del cirujano y de sus ayudantes, tiene una importancia capital para el resultado favorable de la

operación y para alcanzar la cicatrización por primera intención.

La región debe ser primero lavada cuidadosamente con jabón y agua caliente ó bien agua fenicada al 5 %. Rasada en seguida, se lavará por segunda vez con agua fenicada al 5 %, con una solución de sublimado al 1/1000, y por último con alcohol. Compresas empapadas en la misma solución fénica se mantendrán sobre el tumor mientras se cloroforma al enfermo.

Conviene hacer darse un baño alcalino al paciente el día antes de la operación, y durante ésta hay que mantener la antisepsia del aire por medio de pulverizaciones de ácido fénico al 1/20, como se hace siempre que se trata de la abertura de una gran cavidad.

*Precauciones.*—Todavía queda que llenar otras indicaciones para el mejor éxito de los resultados, cuales son las de prevenir el *shok* ó la depresión nerviosa que sobreviene á causa de los traumatismos accidentales y operatorios, y la de evitar los vómitos producidos por la acción del cloroformo aunque el enfermo esté en ayunas. Los vómitos, sobre todo después de la operación, pueden ser muy perjudiciales, porque obligan al operado á grandes esfuerzos.

Para prevenir estas dos complicaciones se administrará al enfermo una ó dos horas antes de la operación un enema compuesto de

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| Agua.....              | 40 gramos     |
| Hidrato de cloral..... | 2 á 3         |
| Laud. de Sydenham..... | 20 á 40 gotas |

Es el método usado por el Dr. Thiriar con muy buenos resultados en sus operaciones de ovariectomía y colecystotomía.

Los dos ó tres días siguientes á la operación se prescribirá píldoras de extracto de opio á fin de paralizar el intestino.

*Instrumentos.*—Los instrumentos necesarios son:

Bisturí recto y convexo;  
 Bisturí botonado de Cooper;  
 Aguja de Reverdin, curva;  
 Pinzas de Pean;  
 Pinza de disección;  
 Tijera recta;

Sonda acanalada;  
 Ganchos separadores;  
 Agujas de sutura.

*Operación.*—La operación comprende seis tiempos:

- 1.<sup>er</sup> tiempo.—Inciisión de la piel y disección hasta el saco.
  - 2.<sup>o</sup> tiempo.—Abertura del saco, reducción de las víceras y tratamiento del epiplón.
  - 3.<sup>er</sup> tiempo.—Aislamiento del saco.
  - 4.<sup>o</sup> tiempo.—Ligadura sobre el cuello y extirpación del saco.
  - 5.<sup>o</sup> tiempo.—Suturas profundas y superficiales.
  - 6.<sup>o</sup> tiempo.—Curación compresiva y vendaje.
- 1.<sup>er</sup> tiempo.—*Inciisión de la piel y disección hasta el saco.*—

La longitud de la inciisión cutánea dependerá naturalmente del volumen del tumor, más larga cuanto mayor sea su volumen. La inciisión debe comenzar un poco por encima del anillo á fin de darse el cirujano espacio y luz suficientes para maniobrar. Las inciisiones pequeñas que empiezan al nivel del anillo ó por debajo, dificultan considerablemente la disección del cuello y las ligaduras, por cuanto el cirujano tiene que operar en el fondo de una especie de embudo.

En las hernias inguinales el saco está cubierto únicamente por la piel y el tejido celular y hacia el escroto, por el dartos y el cremaster. En las formas intersticiales los planos que atraviesa el bisturi dependerán de la variedad de la hernia, y todos ellos serán incindidos sobre la sonda acanalada. (Véase la pág. 34).

La hernia umbilical está cubierta también por la piel y el tejido celular, y la inciisión debe hacerse á la izquierda y paralelamente á la línea blanca con el objeto de evitar la cicatriz umbilical, punto donde adhiere íntimamente la cara profunda de la piel, que en esta región es muy delgada, al peritoneo parietal. Siguiendo la línea media el bisturi penetraría necesariamente en la cavidad del saco y las víceras en él alojadas correrían el peligro de ser heridas.

En las hernias crurales las capas que hay que atravesar para llegar al saco son las siguientes: 1.<sup>o</sup> piel; 2.<sup>o</sup> tejido celular; 3.<sup>o</sup> fascia-cribriformis; 4.<sup>o</sup> septum-crurale; 5.<sup>o</sup> fascia-propia de Cooper, y 6.<sup>o</sup> tejido celular sub-peritoneal. Pero comunmente sucede que estas diversas capas se encuentran soldadas unas á otras y á veces desgarradas, de modo que el saco puede llegar á ser subcutáneo. Es

lo que se observa con frecuencia en la operación de la kelo-tomía, porque el proceso inflamatorio desarrollado á causa de la extran-gulación, favorece la adherencia y fusión de los tejidos ambientes.

2.º tiempo.—*Abertura del saco, tratamiento del epiplón y reducción de las vísceras*—Una vez el saco á descubierto, se abre anchamente y aparecerán entonces á la vista los órganos herniados. Para abrir el saco, se hace primero una pequeña incisión por la cual se introduce un dedo de la mano izquierda para solevantar la pared anterior é incidirlo en seguida con el bisturí botanado ó sobre la sonda acanalada; de este modo se resguarda el intestino.

La ligadura y resección del epiplón no presenta dificultades. Sus adherencias (al saco, y al testículo en las hernias inguinales congénitas), que son muy comunes á causa de su inmovilidad en el interior del saco, no son un inconveniente, puesto que debe ser resecado. Su resección es indispensable, tanto porque juega un gran rol en la producción de las hernias, cuanto porque es el procedimiento que ha dado mejores resultados no sólo en la hernio-tomía, sino también en las heridas penetrantes del abdomen con hernia de este órgano.

Si la porción de epiplón herniada es pequeña bastará la ligadura circular con catgut grueso ó con seda antiséptica colocada lo más alto que sea posible. Si la cantidad de epiplón es mayor, las ligaduras serán múltiples, y el procedimiento mejor para su colocación es el de Lucas-Championnière. Este procedimiento consiste en hacer cada ligadura con dos hilos que se abrazan en el punto en que se introduce la aguja y que se anudan separadamente (figs. 1 y 2).

Estas ligaduras son fáciles de colocar. Su fijeza es perfecta, no hay peligro de que se produzca una hemorragia que sería muy grave si no mortal, permiten la distensión de la membrana una vez dentro de la cavidad y no dejan franjas epiploicas que pueden muy bien ser el punto de partida para la reproducción de la hernia.

Una vez hechas las ligaduras, se secciona el epiplón por debajo y se abandona en la cavidad del abdomen después de practicada su desinfección y de haber enjugado cuidadosamente la sangre en la extremidad seccionada.

El intestino será reducido después de su desinfección con agua fenicada y caliente. Aquí suele presentarse una dificultad que puede comprometer el éxito de la operación: me refiero á las ad-

herencias del intestino al saco y al epiplón que, aunque son raras en virtud de que el intestino está dotado de movimientos peristálticos durante los fenómenos de la digestión, existen algunas veces y constituyen una de las causas de la irreductibilidad simple. Necesariamente estas adherencias deben romperse con los dedos ó llevando el filo del instrumento vuelto del lado de la serosa. Es una disección delicada pero que puede llevarse á cabo con paciencia y prolijidad. En caso que las adherencias sean tales que expongan á la herida ó dislaceración del intestino, no queda otro camino que tomar que hendir el saco longitudinalmente en los puntos accesibles y reducir el intestino junto con la banda que esté adherente. Esta complicación, que no puede preverse, expone á la recidiva, porque el intestino es mantenido en la vecindad del anillo por la porción de la serosa herniada que no ha sido estirpada. En presencia de un caso de este género se encontró el Dr. Lucas-Championnière operando una mujer en el hospital de Tenon el 27 de julio de 1881; la hernia se reprodujo á los seis meses, pero quedando pequeña y reductible.

La reducción del intestino puede ser imposible en ciertos casos, sea por la demasiada estrechez del anillo, sea por la infiltración edematosa y el engrosamiento de la pared intestinal, como en una observación relatada por el Dr. Schwartz, en la cual la pared de la Siliaca tenía un centímetro de espesor. Un caso semejante de irreductibilidad ha sido observado por Malassez el año 1872.

La conducta que debe seguir entonces el cirujano es el debridamiento del anillo. El debridamiento debe hacerse hacia arriba y afuera en la hernia inguinal externa, directamente hacia arriba en la hernia inguinal directa ó media, hacia adentro y un poco abajo en la hernia crural, y hacia arriba y á la izquierda en la hernia umbilical. Otros aconsejan hacer debridamientos pequeños y múltiples.

3.<sup>er</sup> tiempo.—*Aislamiento del saco.*—Llegamos á la parte más difícil de la operación y que ofrece graves peligros que el cirujano debe evitar: el aislamiento del saco.

La disección del saco es una operación que requiere gran maestría y habilidad de parte del cirujano. Debe practicarse con paciencia, poco á poco, sin brusquedad y, en cuanto sea posible, sin más instrumentos que los dedos ó el mango del bisturí.

Se empezará en la hernia inguinal por el punto más lejano del cordón, es decir, por el lado externo y se avanzará paulatinamen-

te hacia atrás y arriba, donde las dificultades son mayores. Es aquí donde las adherencias del cuello al anillo son tan grandes y estrechas, que muchas veces los tejidos parecen como fusionados y en especial en las hernias antiguas é irreductibles.

Según el profesor Segond y Lucas-Championnière, debe aislarse únicamente la serosa y evitar lo más que se pueda tomar con ella el tejido célula-fibroso. La disección se llevará lo más arriba posible, hasta un poco por encima del cuello, esto es, hasta el peritoneo parietal que será despegado en el contorno del anillo interno.

Hacia la región póstero-interna se corre el riesgo de herir los elementos del cordón, accidente que puede conducir á levantar el testículo.

En las hernias inguinales congénitas hay que dejar en su lugar la parte inferior del saco, puesto que es la túnica vaginal, y no comenzar la disección sino un poco por encima del nivel del testículo. Esta porción superior que va á ser resecada, se incidirá longitudinalmente hacia su parte posterior para dar salida al cordón sin retorcer el saco, como tendría que hacerse en caso de sacarlo por la incisión anterior.

En el caso de la observación núm. 2 de hernia congénita en que el cordón y el testículo adherían á la cara interna del saco, no se resecó sino una parte de él en la vecindad del cuello, suturándose los bordes de la incisión á los pilares del anillo externo. Este individuo, que no ha usado braguero, está perfectamente sano y su hernia no ha recidivado aunque tiene más de un año de operado.

4.º tiempo.—*Ligadura sobre el cuello y estirpación del saco.*—Concluida la disección del saco, un ayudante hace tracciones sobre él con las manos ó por medio de pinzas manteniéndolo en forma de canal mientras el cirujano coloca la ligadura ó ligaduras. Las tracciones se harán metódicamente, con dulzura y más aún si la serosa está adelgazada. Una tracción brusca ó con demasiada fuerza puede desgarrar la membrana y hasta desprender el tejido celular sub-peritoneal dentro de la cavidad del abdomen.

La ligadura puede hacerse de diversas maneras con una aguja de sutura ó bien con la aguja de Reverdin recta, ó mejor aún curva, para lo cual se han propuesto numerosos procedimientos. De todos modos, cualquiera que se elija, la ligadura se hará lo más alto posible y siempre un poco por encima del cuello del saco.

La asa sencilla, doble ó triple como en el operado de la observación núm. 4, es suficiente muchas veces (fig. 3).

M. D. Moliere ha propuesto la ligadura elástica, pero creo que este método no presenta ventajas alguna.

En caso de que el cuello sea estrecho puede hacerse la ligadura de Ricor para el tratamiento del varicocele (fig. 4), ó la ligadura doble en cadena (fig. 5).

Cuando el cuello es muy ancho debe darse la preferencia á la ligadura en cadena de Lucas-Championnière, y el número de hilos empleados dependerá naturalmente del volumen más ó menos considerable del cuello del saco, (figs 6 y 7).

La ligadura en hilván de Czerny ó sutura interna del cuello es de aplicación difícil, y en caso de que el cuello esté muy dilatado ó sea muy grande, deja un pedículo cuyo espesor puede ser un obstáculo para su reducción.

Esta sutura se hace de la manera siguiente: se toman con pinzas los labios de la incisión del saco y se tiran hacia afuera á fin de ver lo más arriba posible en el interior del cuello; después con la ayuda de una aguja muy curva enhilada con una hebra de catgut suficientemente larga, se hace una especie de hilván entrando y saliendo la aguja muchas veces por su cara interna, lo que permite en seguida tirando las dos extremidades libres del hilo, la junción de la superficie serosa.

Una vez practicada la ligadura por cualquiera de los medios apuntados, se cortan los hilos al ras de los nudos y se secciona por debajo el cuello del saco. El pedículo abandonado á sí mismo entrará inmediatamente en la cavidad abdominal para ir á colocarse por encima del anillo.

5.º tiempo.—*Suturas profundas y superficiales.*—Después de la ablación del saco queda una superficie cruenta cuya extension dependerá del volumen que aquél ocupaba. Esta superficie, una vez asegurada la hemostasis y cuidadosamente lavada y desinfectada con solución fénica al 5 %, será aproximada por medio de una sutura de puntos perdidos hecha con un grueso hilo de catgut. Como la cicatriz que de aquí resultará debe tener por objeto la formación de una barrera que se oponga á la recidiva y que sea un sostén para la cicatriz peritoneal, la sutura se hará de modo á amontonar las partes blandas contra el antiguo orificio herniario. Se colocará después un tubo de drenaje de cauchout endurecido en el punto de mas declive con el objeto de impedir la acumulación



## Braguero post-operatorio

La cuestión de que si el operado debe ó no llevar un braguero durante algun tiempo á fin de ponerse á cubierto de la recidiva, ha sido muy debatida y las opiniones de los cirujanos diversas. Hay numerosos ejemplos de operados que han curado radicalmente sin cargar un aparato de esta especie (observaciones núms. 1 y 2); pero, por el contrario, hay también ejemplos de recidivas en otros que lo llevaban aunque mal.

No conocemos ninguna estadística que señale el número de recidivas con relación al braguero post-operatorio. Sin embargo, es natural que aquellas hernias voluminosas, incoercibles, de anillo muy dilatado, necesiten durante algun tiempo de su protección en tanto que la retracción cicatricial de los tejidos venga á dar un sostén más sólido á la cicatriz peritoneal. Es un aparato que debe ser bien construido para que no incomode al portador, lo que no es difícil, puesto que ya no se trata de una pelota convexa sino plana cuyo único objeto es sostener la cicatriz y darle un punto de apoyo.

---

## Complicaciones

En general son escasas y casi todas ellas pueden evitarse siguiendo los preceptos señalados en el manual operatorio.

*Durante la operación.*—Estas complicaciones son raras; sin embargo, se han observado algunas, tales como heridas de los vasos del cordón y muerte por hemorragia, herida del canal deferente (Championniere-Julliard) y ligadura de las vísceras cuando no se abre el saco. (Czerny ha ligado el apéndice vermicular).

*Después de la operación.*—Además de las complicaciones comunes á todas las heridas, como la erisipela, supuración, flegmón y abscesos, septicemia aguda, etc., se han producido las siguientes:

Peritonitis generalizada.

- Eliminación del saco por colgajos (Godlee).  
Gangrena y eliminación del testículo y de una parte del escroto.—Curación (Julliard).  
Perforación intestinal.—Muerte (Kuster).  
Colapso, hemorragia por los vasos del cordón.—Muerte (Langebeck).  
Hemorragia del epiplón mal ligado.—Muerte.  
Ligadura imperfecta del saco que se salió.—Curación (Riesel).  
*Complicaciones á distancia.*—Envolía silviana.—Muerte (Czer-ny).  
Envolía pulmonar.—Muerte.  
Pneumonía intercurrente al 5.º día (Kuster).  
Congestión pulmonar.—Muerte (Championniere).

---

### Mortalidad.—Recidivas

La mortalidad en la curación radical de las hernias practicada por los procedimientos modernos y bajo una antisepsia rigurosa, es casi nula.

El profesor Trelat ha reunido 307 operaciones de curación radical fuera de los casos de klotomia, sin una sola muerte.

La estadística que sigue consta de 551 operados tomados de la tesis del Dr. Segond, á los cuales he agregado los de Lucas-Championnière y otros cirujanos franceses, los de Svenson, Socin y los cinco únicos enfermos operados en Chile de que yo tenga conocimiento.

Los procedimientos usados han sido variados, pero el mayor número con estirpación total del saco, muy pocos con estirpación parcial ó sin ablación, todos con ligadura del cuello y uno que otro con drenaje del saco:

| CIRUJANOS             | Número de operados | Muertes | Resultados desconfiados. | Resultados conocidos | Recidivas | Curaciones radicales |
|-----------------------|--------------------|---------|--------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Championnière         | 81                 | 1       | .....                    | 10                   | 1         | 9                    |
| Riesel.....           | 28                 | 0       | 4                        | 24                   | 4         | 20                   |
| Mías.....             | 9                  | 3       | 4                        | 5                    | 2         | 0                    |
| Esmarck.....          | 3                  | 0       | .....                    | 3                    | 0         | 3                    |
| Gussebauer.....       | 3                  | 1       | 1                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Heusner.....          | 4                  | 0       | .....                    | 4                    | 0         | 4                    |
| Leod.....             | 4                  | 0       | 3                        | 1                    | 0         | 1                    |
| L. Mayer.....         | 2                  | 1       | .....                    | 1                    | 0         | 1                    |
| Schudsgaard...        | 3                  | 0       | 2                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Walkl.....            | 1                  | 0       | 1                        | 0                    | 0         | 0                    |
| Nussbaum.....         | 18                 | 0       | 1                        | 17                   | 2         | 15                   |
| Weil.....             | 2                  | 0       | 0                        | 2                    | 0         | 2                    |
| Anandale.....         | 3                  | 0       | 1                        | 2                    | 1         | 1                    |
| Fischer.....          | 3                  | 0       | 1                        | 2                    | 1         | 1                    |
| Bardeleben.....       | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| G. Geissel.....       | 1                  | 0       | 1                        | 0                    | 0         | 0                    |
| Billroth.....         | 5                  | 1       | 2                        | 2                    | 0         | 2                    |
| Godlee.....           | 1                  | 0       | 1                        | 0                    | 0         | 0                    |
| Albert.....           | 3                  | 0       | 0                        | 3                    | 0         | 3                    |
| Buchanan.....         | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Czerny.....           | 11                 | 1       | 0                        | 10                   | 7         | 3                    |
| Langenbeck.....       | 5                  | 1       | 2                        | 2                    | 2         | 0                    |
| Leisrick.....         | 4                  | 0       | 2                        | 2                    | 0         | 2                    |
| Schede.....           | 18                 | 1       | 7                        | 10                   | 0         | 10                   |
| Brick.....            | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Englisch.....         | 2                  | 0       | 0                        | 2                    | 1         | 1                    |
| Kuster.....           | 7                  | 3       | 3                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Pauly.....            | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Uhde.....             | 3                  | 0       | 0                        | 3                    | 0         | 3                    |
| Köning.....           | 1                  | 0       | 1                        | 0                    | 0         | 0                    |
| Julliard.....         | 15                 | 0       | 13                       | 2                    | 1         | 1                    |
| Hofmoxl.....          | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Illing.....           | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 0         | 1                    |
| Dittel.....           | 1                  | 0       | 0                        | 1                    | 1         | 0                    |
| Reverdin.....         | 3                  | 0       | 0                        | 3                    | 0         | 3                    |
| Volkman.....          | 1                  | 1       | 0                        | 0                    | 0         | 0                    |
| Tilanus.....          | 3                  | 0       | 0                        | 3                    | 2         | 1                    |
| Baum.....             | 3                  | 0       | 0                        | 3                    | 2         | 1                    |
| Weinlechner...        | 3                  | 1       | 0                        | 2                    | 1         | 1                    |
| Burekhardt...         | 2                  | 0       | 0                        | 2                    | 2         | 0                    |
| <i>A la vuelta...</i> | 262                | 15      | 50                       | 127                  | 30        | 97                   |

| CIRUJANOS               | Número de operados | Muertes | Resultados descuidados. | Resultados conocidos | Recidivas | Curaciones radicales |
|-------------------------|--------------------|---------|-------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| <i>De la vuelta.</i>    | 262                | 15      | 50                      | 127                  | 30        | 97                   |
| Doukelepont.            | 2                  | 0       | 0                       | 2                    | 0         | 2                    |
| Kottmann.....           | 2                  | 0       | 1                       | 1                    | 0         | 1                    |
| Steele.....             | 1                  | 0       | 0                       | 1                    | 1         | 0                    |
| Wahl <sup>1</sup> ..... | 2                  | 1       | 1                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Busch.....              | 1                  | 0       | 0                       | 1                    | 0         | 1                    |
| Brandt.....             | 2                  | 0       | 0                       | 2                    | 0         | 2                    |
| Whitson.....            | 1                  | 0       | 1                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Lawrie.....             | 2                  | 0       | 2                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Kraske.....             | 1                  | 0       | 1                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Chiene.....             | 1                  | 0       | 0                       | 1                    | 0         | 1                    |
| Gondoever....           | 1                  | 0       | 1                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Rossander.....          | 1                  | 0       | 1                       | 0                    | 0         | 0                    |
| Socin.....              | 75                 | 2       | .....                   | 14                   | 8         | 6                    |
| Richelot.....           | 22                 | 0       | .....                   | .....                | .....     | .....                |
| Segond.....             | 14                 | 0       | .....                   | .....                | .....     | .....                |
| Thiriari.....           | 14                 | 1       | .....                   | 4                    | 2         | 2                    |
| Routtier.....           | 14                 | 0       | .....                   | 4                    | 1         | 3                    |
| Trelat.....             | 9                  | 0       | .....                   | .....                | .....     | .....                |
| Leonte.....             | 3                  | 0       | .....                   | 3                    | 0         | 3                    |
| Boeckel.....            | 5                  | 2       | .....                   | 3                    | 1         | 2                    |
| Terrillon....           | 3                  | 0       | .....                   | 3                    | 0         | 3                    |
| Schwartz....            | 1                  | 0       | .....                   | 1                    | 0         | 1                    |
| Le Bec.....             | 1                  | 0       | .....                   | 1                    | 0         | 1                    |
| Barette.....            | 1                  | 0       | .....                   | 1                    | 0         | 1                    |
| Svenson.....            | 106                | 0       | .....                   | 48                   | 10        | 38                   |
| Barros B.....           | 2                  | 0       | .....                   | 2                    | 1         | 1                    |
| Carvallo E....          | 2                  | 0       | .....                   | 2                    | 0         | 2                    |
| Barrenechea...          | 1                  | 0       | .....                   | 1                    | 0         | 1                    |
| Totales.....            | 552                | 21      | .....                   | 222                  | 54        | 168                  |

De este cuadro se desprende que de 552 operados han muerto 21, lo que da una mortalidad de 3.8 %. Ahora, si consideramos que de los muertos apuntados uno ha muerto de encefalitis (Thiriari) y otro de delirium-Tremens (Boeckel), podemos decir que la mortalidad no alcanza á un 3 %.

Las causas de la muerte en los 19 casos restantes han sido las siguientes: peritonitis, flegmón y gangrena del escroto, septicemia,

hemorragias del cordón y del epiplón, perforación intestinal, embolia pulmonar y silviana y congestión pulmonar.

Como se ve, estas causas de muerte son casi todas afecciones locales desarrolladas en el mismo terreno de la operación (peritonitis, tlegmón y gangrena del escroto), afecciones que pueden y deben ser evitadas siempre que se guarden las reglas más absolutas de la antisepsia. Los casos observados de muerte por embolia han sido consecutivos á la gangrena del escroto; entran, pues, también en el cuadro de las afecciones que acabamos de señalar, y en el mismo cabe la septicemia, enfermedad general pero cuyo punto de partida es local: la absorción de organismos infecciosos en una herida mal cuidada.

La muerte por hemorragia del epiplón no es más que un accidente debido á una ligadura mal hecha y la muerte por hemorragia del cordón espermático, otro accidente á que expone la disección del saco si no se hace con toda prolijidad y atención.

Respecto al caso de muerte por perforación intestinal ocurrida en un enfermo de Kuster al undécimo día, no podemos explicarla por cuanto no se trataba de un hernia estrangulada en que el intestino estuviese inflamado.

En cuanto á la congestión pulmonar es el enemigo más serio de la operación según Lucas-Championnière: á ella están expuestos los individuos de grandes hernias y de edad avanzada que casi siempre son enfisematosos.

Veamos ahora las recidivas.

Sobre 222 operados cuyos resultados son conocidos tenemos 54 recidivas y 168 curaciones radicales, ó sea 24% de recidivas y 76% de curaciones.

Así, pues, si la mortalidad es muy poca, no pasa lo mismo con las recidivas que alcanzan á una cifra si se quiere un poco alta. Pero esta no es una razón para pensar que la operación es mala y que no conduce al objeto que se persigue. Un 76% de curaciones es ya un resultado bastante satisfactorio.

Si á esto se agrega que las hernias recidivadas han sido grandes hernias incoercibles ó irreductibles, que después de la operación han quedado pequeñas, reductibles y fácilmente mantenidas por un braguero, hay motivos más que suficientes para mirar la operación como el único medio capaz de hacer desaparecer los sufrimientos y peligros de esta deformidad.

Con esto no queremos significar que no hay otro recurso á que

apelar en los herniosos. El braguero es al mismo tiempo que un aparato de contención, un medio de curación que puede dar muy buenos resultados en los niños. Al decir que la intervención quirúrgica es el único medio de curación radical, nos referimos sólo á los enfermos comprendidos en el cuadro que hemos formulado sobre las indicaciones de la operación.

Esta intervención quirúrgica por el procedimiento de Lucas-Championnière, practicado bajo las leyes de una antisepsia absoluta, es relativamente sencilla y llena todas las indicaciones tendentes á impedir la recidiva y con una mortalidad mínima. Es verdad que hay otros procedimientos antiguos de curación radical que han dado buenos resultados, cual es el método inglés ó de Wood, por ejemplo; pero su manual operatorio es complicado, difícil de practicar si el anillo no está dilatado, tiende á cerrar el orificio de salida de la hernia por una cicatriz fibrosa que no se efectúa y, por último, deja subsistente el saco, es decir, lo que el método moderno quiere eliminar como factor capital que es en la producción y recidiva de las hernias.

---

## OBSERVACIONES

---

### OBSERVACIÓN 1.<sup>a</sup>

•Hernia inguinal izquierda, congénita.—Entero-epiplocele.—Curación.

N. N., de 32 años, casado, sufría habitualmente de afecciones del tubo intestinal y era portador de una hernia inguinal izquierda que descendía en el escroto, tumor por el cual había consultado varios facultativos á fin de obtener alguna curación que le permitiera entregarse á sus ocupaciones habituales. El diagnóstico había sido siempre colocado como el de una hernia, la cual debía tratarse por medio de la contención por los bragueros adecuados; pero estos aparatos, á pesar de las variadas modificaciones que se les hizo experimentar en su forma y consistencia, no llegaban á suministrar al paciente la comodidad y ausencia de sufrimientos que requería.

En diciembre del año 1887 consultó al Dr. V. Carvallo E., á fin de ver si conseguía alguna otra forma de aparato que llenara las indicaciones del caso, pues hasta entonces le era imposible el uso de los bragueros.

*Examen.*—Examinado el enfermo, se pudo comprobar un tumor ocupando el lado izquierdo del escroto, sin cambio de coloración de la piel, del tamaño del puño, parte sonoro y parte mate, reducible parcialmente, algo sensible y dando á la presión la sensación de induración inflamatoria. Los elementos del cordón eran imperceptibles y el testículo presentaba dimensiones y consistencia normales. El enfermo hacía datar su enfermedad de algunos años atrás.

Se diagnosticó una hernia inguinal, entero-epiplocele, reducible el intestino pero no el epiplón.

El paciente no había tenido jamás fenómenos de complicación herniaria, habiendo sufrido de disenterias y presentado siempre un estado dispéptico.

En vista de la inutilidad ya comprobada de todo aparato por determinar dolores é inflamaciones del tumor, el Dr. Carvallo propuso al enfermo como único tratamiento curativo la operación de la herniotomía, haciendo observar al paciente los peligros inherentes ella.

La operación fué aceptada con gusto y fijóse el día 9 de diciembre para practicarla.

*Diciembre 9.*—Operación.—El día antes se administró al enfermo un purgante para poder someterlo despues á una constipación de tres ó cuatro días.

Desinfectado el campo operatorio por medio de una solución de sublimado y de alcohol y anestesiado el paciente, se hizo una incisión sobre el escroto de cinco á seis centímetros, siguiendo el diámetro vertical del tumor. Abierta la vaginal se encuentra la hernia constituida por el intestino que se reducía con facilidad y el epiplón que permanecía adherido al testículo (hernia congénita). Se desprenden las adherencias epiploicas y se procede á la ligadura y resección antiséptica de la membrana en una extensión de cinco centímetros; ligadura con grueso catgut, cauterización del pequeño muñón con solución fénica al 10 por 100 y reducción en la cavidad abdominal.

Mientras el testículo se deja envuelto en una gasa iodoformada, se marcha á buscar y á aislar los elementos del cordón; pero en-

contrándose diseminados en el saco se prefiere no tocarlo; se abandona también la idea de sutura de los pilares, y después de desinfectada convenientemente toda la herida operatoria, se toca la superficie interna del saco con solución fénica al 5 %. Sutura del saco con catgut, sutura de la piel con seda dejando un pequeño drenaje en la extremidad inferior; curación iodoformada, ligera compresión y opio al interior.

En ocho días se obtuvo la cicatrización por primera intención; la temperatura más alta alcanzó 38°, no habiendo tenido más que un foco de peritonitis localizada tratado por el hielo sobre el abdomen, y una ligera orquitis. Desde el tercero ó cuarto día un cordón indurado reemplazaba al tumor, cordón que no desapareció sino largos meses más tarde.

El Dr. Carvallo fué ayudado por el Dr. Barros B. y por un colega hermano del paciente.

Van transcurridos veintitres meses de la fecha de la operación, y el operado se ocupa en seguir las labores de su vida habitual sin haber usado ni un solo día un broguero y sin manifestarse absolutamente una recidiva; ha engordado y curado además de sus frecuentes perturbaciones digestivas.

---

#### OBSERVACIÓN 2.<sup>a</sup>

Hernia inguinal derecha, congénita.—Enteroccele totalmente reductible.—  
Curación.

Hospital de San Juan de Dios, sala de San Camilio, cama núm. 29. Agosto 15 de 1888.

Manuel Pizarro es un individuo de 20 á 25 años de edad, de temperamento linfático y sordo-mudo. Por las señas más ó menos claras que da el enfermo, se colige que desde muy niño percibió en su escroto un tumor pequeño al principio y que ha ido en aumento con el tiempo hasta alcanzar sus dimensiones actuales. Acusa la aparición de este tumor como consecutivas á un esfuerzo al tratar de subirse apresuradamente á un árbol para escapar de alguien que lo perseguía.

*Examen directo.*—Este tumor, situado en la región inguinal

derccha y descendiendo en el escroto, presenta los caracteres siguientes: tamaño como de un puño, blando, indolente, sonoro á la percusión, muy manifiesto durante la marcha y los esfuerzos y fácilmente reductible.—El anillo inguinal dilatado permite la introducción del índice.—Desde que el enfermo se ha dado cuenta del tumor no ha tenido más accidentes que pequeños cólicos.

En vista de estos síntomas se diagnosticó una hernia inguinal accidental (Enterocèle), diagnóstico que el día de la operación hubo de ser cambiado por el de hernia inguinal congénita, como se verá más adelante.

El enfermo ha entrado al hospital con el ánimo de operarse y se resolvió dejar la operación para el 25 de agosto.

*Agosto 25.*—Previamente cloroformizado el enfermo y practicada la desinfección local, el Dr. V. Carvallo E. hizo una incisión de diez centímetros, más ó menos, del vértice á la base del tumor. Llegado al saco lo abrió y en su interior se encontró el testículo y el cordón adheridos fuertemente á su cara interna. (Hernia congénita). Destruídas estas adherencias con los dedos y el mango del bisturí, se envolvió el órgano en una gasa empapada en agua fenicada caliente á fin de protegerlo durante el resto de la operación. El intestino, que no tenía adherencias y que estaba perfectamente sano, se redujo después de una antisepsia conveniente. Como existía una separación muy grande de los pilares del anillo inguinal, no se suturaron sino que se reseco una parte del saco herniario y sus bordes libres se suturaron á ellos de modo á obturar el orificio, dejando solo el canal necesario para dar paso á los elementos del cordón. Las caras internas del saco, puestas en contacto la una con la otra, fueron ligeramente avivadas en esta parte con solución de ácido fénico al 5 %.

La sutura de la piel se hizo con seda antiséptica y se colocó un tubo de drenaje vuelto hacia abajo y un apósito de gasa y algodón fenicados.

En la noche el enfermo tuvo vómitos, se quejó de insomnio y de un raro malestar.

Sin duda estos vómitos así como los que presentó al día siguiente y todo su malestar, que el mulo sabía expresar con inteligencia, eran efectos del cloroformo.

Desde el día de la operación se sometió al paciente al amplexo del opio y á una alimentación exclusiva por la leche.

*Agosto 26.*—Temperatura, 37°4. No se levantó el apósito.

*Agosto 27.*—Temperatura, 39°. La región operada sumamente sensible, escroto duro, rojo y tumefacto, y la presión un poco profunda produce dolores agudos; supuración insignificante. La inflamación de la túnica vaginal es, pues, la causa de esta alza de temperatura.

*Agosto 28.*—Temperatura, 38°. La tumefacción del escroto en el mismo estado y la supuración más abundante. La presión abdominal absolutamente indolora, lo que aleja la sospecha de una propagación inflamatoria al peritoneo. El enfermo se queja de un dolor de costado producido por un gran meteorismo á causa de la administración del opio durante tres días.

*Agosto 29.*—Temperatura, 38°2.

*Agosto 30.*—Temperatura, 38°2.

*Agosto 31.*—Temperatura, 38°8. Se suspende el opio y se prescribe una lavativa purgante.

*Septiembre 1.º*—Temperatura 38°.

*Septiembre 2.*—Temperatura, 38° Se quitaron los puntos de sutura. En adelante no hubo ninguna complicación que viniese á retardar la curación.

*Octubre 4.*—Desaparición completa de la tumefacción del escroto. El anillo inguinal parece definitivamente obturado.

Debemos agregar que la cicatrización se habría hecho con más rapidez á no haber sido retardada por algunos hilos gruesos que, anudados en las partes profundas, no pudieron ser eliminados por la supuración y dieron lugar á la formación de un pequeño trayecto que cicatrizó pronto con la extracción de los hilos.

Mencionaremos todavía un pequeño abceso desarrollado últimamente en las márgenes del ano y que es un hecho secundario y desligado de la afección principal. Una vez abierto curó en pocos días.

*Noviembre 10.*—El operado sale de alta y al parecer definitivamente curado de su hernia.

El Dr. V. Carvallo E. ha tenido oportunidad de ver últimamente á este individuo, que cuenta ya catorce meses de operado, y no hay en él el menor indicio que amenace una recidiva. No lleva braguero.

OBSERVACIÓN 3.<sup>a</sup>

Hernia inguinal derecha reductible.—Tumor quístico del escroto.—Herniotomía y extirpación del quiste.—Recidiva á los seis meses de operado.

José Kuhn, de 67 años de edad, carpintero, entra al hospital de San Juan de Dios el 23 de abril de 1889, sala de San José, cama núm. 3, clínica del Dr. M. Barros B.

Dice el paciente que hace 17 años se le produjo una hernia inguinal del lado derecho á causa de un golpe recibido en la región de la ingle, lo que lo obligó á usar desde esa época un braguero: que hace ocho meses se cayó de una escalera á la altura de 3 metros, y desde entonces comenzó el tumor á desarrollarse y crecer de una manera notable hasta alcanzar enormes dimensiones, cuando al principio no tenía más volumen que el de una nuez. Ha tenido vómitos alimenticios desde algún tiempo, vómitos que se repiten con frecuencia después de la caída.

*Examen.*—Se nota á primera vista el escroto enormemente aumentado de volumen y afectando una forma irregular. El pene está englobado en el tumor, que tiene más ó menos el volumen de una cabeza de adulto. Es liso, de consistencia elástica, menos en la parte superior derecha, que es pastosa. La parte inferior derecha es sensible á la presión lo mismo que la parte superior izquierda, que corresponden á los testículos.

Á la percusión da un sonido timpánico en la parte superior derecha, y esta parte es reductible. La porción inferior, no reductible, da un sonido macizo y es fluctuante, pero el testículo no está comprendido en la masa líquida y es perfectamente acequible á la palpación, lo que no pasaría en caso de un hidrocele.

Se hace la punción del tumor hacia su parte inferior por medio del aspirador de Potain y se extrae 1,600 gramos de un líquido albuminoso y de color amarillento. Este líquido se coagula por el calor, hace espuma por la agitación y al microscopio se ven restos de células epiteliales que nadan en un líquido claro y transparente. Después de esta extracción el tumor disminuye mucho de volumen y toma un aspecto arrugado, como es natural. El pene, que hasta entonces estaba aprisionado en él, aparece en la parte media un poco hacia la izquierda.

*Diagnóstico.*—Hernia inguinal derecha y tumor quístico de de las envolturas del testículo.

*Abril 25.*—El tumor ha vuelto á tomar nuevamente casi las mismas dimensiones y una forma lobulada, el lóbulo derecho mucho mayor que el izquierdo. El estado general bueno y la temperatura normal.

*Abril 26.*—Mucha tranquilidad del enfermo. Temperatura normal. Se le advierte la necesidad de operarlo.

*Mayo 2.*—Temperatura, 36°5; pulso, 80.—*Operación.*—Bajo la anestesia clorofórmica y previa la desinfección minuciosa del campo operatorio, se comienza por hacer una incisión longitudinal de arriba abajo, de 8 centímetros próximamente sobre el escroto. Se disecan capa por capa las partes blandas hasta llegar al tumor que contiene el líquido; se despega de sus adherencias la bolsa quística y se extrae íntegra. En seguida se procede á descubrir el saco herniario, que es de grandes dimensiones, para lo cual se prolonga la incisión hacia arriba hasta el anillo inguinal y se profundiza con el mismo cuidado que en la incisión primera. Se abre el saco y aparece á la vista una masa considerable de intestinos que se toma con paños de gasa fenicada y se reduce. Se diseca después el saco, se liga su cuello circularmente con catgut y se secciona por debajo de la ligadura.

La extremidad del pedículo es suturada y fijada en parte á los pilares que también se suturan con seda antiséptica.

Se lava la región con solución félica al 2½ %, se sutura con catgut la herida externa y se coloca un apósito antiséptico.

La operación dura hora y media, y la pérdida de sangre ha sido muy poca.

Temperatura post-operatoria, 36°; pulso, 86. No hay accidente por el cloroformo.

El saco que contenía el líquido es de tejido fibroso sin endotelio, y el testículo envuelto en su túnica vaginal se encontraba independiente de dicho saco.

*Mayo 3.*—Temperatura, 37°5; pulso, 80. Ha sentido dolor al escroto durante la noche; el vientre es sensible á la presión y está meteorizado. El vendaje está pasado con serosidad sanguinolenta; se quita y se encuentra gran cantidad de sangre negra extravasada. Se cura la herida cuyo estado es satisfactorio.

*Mayo 4.*—Temperatura, 37°2; pulso, 88. El vientre está algo meteorizado y sensible á la presión, pero menos que ayer.

*Mayo 6.*—Temperatura, 37°2; pulso, 80. Curación. Un poco de sangre en la herida. La región inguinal un poco dolorosa. Se aplica una lavativa con la que el enfermo expulsa una gran cantidad de excrementos.

*Mayo 7.*—Temperatura, 37°2. El dolor abdominal ha disminuído mucho.

*Mayo 8.*—Temperatura, 38°; pulso, 84. Se levanta el apósito, se quitan los puntos de sutura y se cura la herida. Siente punzadas dolorosas en el escroto, principalmente hacia el lado derecho y en la parte inferior. El estado general es satisfactorio.

*Mayo 9.*—Temperatura, 38°1; pulso, 88. El estado general desmejora.

*Mayo 10.*—Temperatura, 38°4; pulso, 90. Se levanta el apósito y se encuentra la herida perfectamente cicatrizada, pero hay dolor en la parte profunda.

*Mayo 11.*—Temperatura, 38°5. El estado general sigue mal; hay anorexia é insomnio.

*Mayo 12.*—Temperatura, 38°5; pulso, 76. Se levanta el apósito. Estado local bueno. Estado general malo; hay una marcada demacración y gran desfallecimiento. Se le prescribe 50 centigramos sulfato de quinina de una vez y la porción siguiente:

|                          |     |        |
|--------------------------|-----|--------|
| Vino oporto.....         | 40  | gramos |
| Mistura de alcanfor..... | 150 | »      |
| Tintura de almizcle..... | 2   | »      |
| Jarabe de éter.....      | 30  | »      |

Dos cucharadas cuatro veces al día.

*Mayo 14.*—Temperatura, 38°4; pulso, 96. Se nota algo de mejoría. Se le prescribe sulfato de soda porque hace dos días que no obra.

*Mayo 15.*—Temperatura, 38°; pulso, 78. Se siente mal, ha tenido gran dolor en la parte enferma, no tiene apetito y se encuentra muy estenuado.

*Mayo 16.*—Temperatura, 38°; pulso, 74. El estado general mejora, ha dormido bien en la noche lo que no conseguía desde hace algunos días, y tiene alguna disposición para comer.

*Mayo 18.*—Mejora notablemente; más animación, más fuerza y vigor en el paciente.

Los días siguientes ha seguido progresando la mejoría y el operado sale de alta el 28 de mayo.

*Noviembre 11.*—Este individuo se presenta al servicio de clínica del hospital de San Vicente de Paul. Dice que hace ocho días su hernia se ha reproducido á causa de un acceso de tos durante la noche. El examen nos muestra en efecto un tumor como del volumen de una naranja y perfectamente reductible. El anillo inguinal está dilatado.

Una segunda operación no nos parece indicada por cuanto el sujeto es de edad avanzada, su hernia es indolente, reductible, está obligado á esfuerzos por su profesión, padece desde algún tiempo de una tos pertinaz y lleva un braguero de pelota convexa que la contiene perfectamente.

*Diagnóstico.*—Enterocoele inguinal izquierdo totalmente reductible.

#### OBSERVACIÓN 4.<sup>a</sup>

Hernia inguinal accidental.—Enterocoele totalmente reductible y doloroso.—  
Herniotomía.—Curación

☞ Santiago Bezoain, de 47 años de edad, gañán, natural de Coínco, entra á ocupar la cama núm. 27 de la sala del Carmen en el hospital de San Juan de Dios el día 11 de septiembre de 1889.

Antecedentes hereditarios nulos. Enfermedades anteriores, una blenorragia y reumatismo. Su enfermedad data de 8 meses, más ó menos. Con motivo de un esfuerzo, dice que sintió un dolor agudo á la región inguinal izquierda y notó la presencia de un pequeño tumor del volumen de una nuez, que ha ido aumentando paulatinamente hasta tomar las dimensiones que tiene en la actualidad.

El enfermo entra al hospital con el objeto que se le desembarace de su tumor que casi lo imposibilita para su trabajo, porque el menor esfuerzo provoca dolores.

*Examen.*—El examen local nos hace ver un tumor pediculado, de volumen como de un puño, situado en la región inguinal izquierda y descendiendo en el escroto. Es blando, sonoro á la percusión, y muy fácilmente reductible con gorgoteo. El anillo inguinal dilatado admite dos dedos.

*Septiembre 23.*—Operación.—El enfermo cloroformizado y el

campo operatorio rasado y cuidadosamente desinfectado con solución fénica al 5 %, el Dr. M. Barrenechea hizo una incisión cutánea de 10 centímetros, más ó menos, comenzando al nivel del orificio inguinal externo. Puesto el saco á descubierto, se redujo el intestino sin abrirlo y se hizo la disección del aquél con algún trabajo á causa de sus adherencias á los tejidos ambientes y al cordón, que eran numerosas.

Ligadura por encima del cuello por medio de tres hilos de catgut dispuestos en asa y sección del saco por debajo de ella. Se lavó en seguida la herida con solución fenicada y se hizo la sutura de los pilares y de la piel con catgut grueso.

Apósito compuesto de gasa sublimada y algodón fenicado, el todo mantenido por una espica de la ingle.

El enfermo tuvo vómitos á causa de la acción del cloroformo.

Doce días después se levantó el apósito y se encontró la herida perfectamente cicatrizada por primera intención y sin una gota de pus. En todo este tiempo no ha presentado ni una sola vez elevación de temperatura.

La región operada presenta una tumefacción profunda como si se tratase de un comienzo de flegmón y que ha disminuído de volumen considerablemente el día que el enfermo sale de alta, 14 de octubre.

En el momento de su salida la curación parece definitiva teniendo en cuenta que la hernia era no muy grande, pero en el poco tiempo transcurrido hasta la fecha (noviembre 12) el operado no ha sido visto.

Esta observación es interesante bajo el punto de vista de los dolores cuya causa no nos es posible explicar tratándose de un enterocele puro y perfectamente reductible.



## Hernias estranguladas

### KELOTOMIA CON CURACIÓN RADICAL

---

Si la curación radical de las hernias no estranguladas por medio de una operación quirúrgica es un procedimiento admitido hoy día por la mayor parte de los cirujanos, con mayor razón debe serlo tratándose de obtener el mismo resultado como complemento de la kelotomía.

En presencia de una hernia estrangulada, dejando á un lado el tratamiento médico por la belladona, el tabaco, el café, el hielo, etc., que casi siempre es infructuoso, no tenemos sino dos medios para combatir esta grave enfermedad: el taxis y la kelotomía.

El taxis suele dar excelentes resultados en las hernias que se estrangulan en el momento de su producción y en las hernias reductibles preexistentes que con motivo de una causa cualquiera llegan al mismo desenlace.

Para las hernias irreductibles la cuestión cambia de aspecto. En efecto, la irreductibilidad simple puede ser debida al gran volumen de la hernia ó á las adherencias que sujetan el intestino y más comunmente el epiplón á la cara interna del saco. Se comprende muy bien que en este último caso la reducción por el taxis es imposible. Aunque la estrangulación de esta clase de hernias es rara, no por eso es menos cierto que puede presentarse, y en un caso de esta naturaleza creemos que el taxis es una maniobra no sólo inútil sino perjudicial: inútil, porque ella no puede desprender las adherencias antiguas que atan el intestino á la pared del saco ó al epiplón; y perjudicial, porque las presiones ejercidas sobre el tumor apesuran la gangrena y la perforación intestinal.

Pero desgraciadamente el diagnóstico entre estas dos clases de irreductibilidad es poco menos que imposible antes y con mayor

razón después de la estrangulación. Á lo más podemos sospechar que si la hernia es muy voluminosa y es un enterocele puro, su irreductibilidad sea debida á la pérdida del derecho de domicilio por el hecho mismo de su desarrollo considerable, ó que tenga por causa las adherencias internas en caso de que el examen practicado antes del accidente de estrangulación, haya conducido al diagnóstico de un entero-epiplocele. Así, pues, los antecedentes relativos al tumor irreductible son de gran importancia para guiar al cirujano. Si tenemos la sospecha de que la irreductibilidad era debida á las adherencias, no hay que perder mucho tiempo en tratar de reducir la hernia y debe procederse cuanto antes á la kelo-tomía, puesto que mientras mas pronto se haga la operación las probabilidades de éxito favorable son mayores.

La punción aspiradora del tumor con el objeto de sustraer los gases y ayudar así la reducción por el taxis, nos parece una práctica censurable. La herida de un intestino reblandecido, friable ha de favorecer naturalmente su ulceración y permite el derrame de materias estereocráceas en el peritoneo una vez obtenida su reducción en el abdómen.

El taxis mismo no es un procedimiento exento de peligros, y ellos han sido perfectamente agrupados en la Patología externa de Duplay. Hay casos en que la estrangulación persiste á pesar de la reducción; estes casos son los siguientes:

1.º Doble estrangulación por dos cuellos en un saco de cuellos múltiples.

2.º Reducción en masa de la hernia cuyo agente de estrangulación es el mismo cuello del saco. Esto sólo puede pasar en hernias que se estrangulan en el momento de su producción ó que datan de poco tiempo, de manera que el saco no tenga adherencias con los tejidos circunvecinos ó sean muy débiles si existen.

3.º Reducción del intestino gangrenado ó perforado.

4.º Reducción del intestino en un segundo saco colocado bajo el peritoneo (hernia properitoneal), ó reducción del intestino en el tejido sub-peritoneal al través de una desgarradura del saco.

5.º Estrangulación del intestino por una brida epiploica y reducción de ambos órganos.

6.º Reducción con torsión del intestino.

Es el taxis forzado el que puede conducir á complicaciones de esta naturaleza, y por lo tanto debe ser proscrito del tratamiento de las hernias estranguladas.

Se nos disculpará que nos hayamos separado un poco de nuestro tema; pero como estas complicaciones son de vital importancia y todas ellas pueden ser evitadas por la intervención quirúrgica, las señalamos sólo como una indicación para recurrir cuanto antes á la ketotomía con curación radical.

El método de curación radical no difiere aquí de lo que ya hemos dicho hablando de las hernias no estranguladas, sólo que debe tenerse presente las contra-indicaciones para la reducción del intestino, que son las mismas que en la ketotomía simple. El intestino gangrenado (lo que se reconoce en el color de hoja muerta ó apizarrado) no debe ser reducido, y entonces no queda otro camino que el establecimiento de un ano contra-natura.

La operación del debridamiento, que es aquí necesaria, ya hemos dicho, tratando del manual operatorio, hacia qué lado debe practicarse. Para la hernia inguinal, el índice de la mano izquierda introducido en el canal, da el diagnóstico de la variedad de la hernia: si la arteria epigástrica late por dentro del cuello del saco, la hernia será oblicua externa y el debridamiento debe practicarse hacia afuera y arriba; si dicha arteria late por fuera, la hernia será directa y el debridamiento se hace entonces hacia arriba y paralelamente á la línea blanca. El bisturí botonado de Cooper será conducido de plano sobre el mismo dedo explorador. Algunos, como Championnière y Tillaux, recomiendan los debridamientos pequeños y múltiples en contorno del anillo.

Practicado el debridamiento, se tirará un poco el intestino hacia afuera á fin de examinarlo escrupulosamente al nivel de la contricción y ver si no hay esfacelo en ese punto, ó si existen bridas epiploicas ó adherencias que pueden ser causa de estrangulación interna después de la reducción del intestino.

En lo demás se procederá como para las hernias no estranguladas.

El operado guardará en su cama un reposo absoluto, y en caso de estrangulación muy avanzada, conviene la aplicación de una vegiga de hielo sobre el abdomen como medio preventivo y siempre la administración del opio al interior.

Los purgantes deben ser proscritos durante los dos ó tres días siguientes á la operación aunque el enfermo no obre, porque los movimientos peristálticos son suficientes muchas veces para producir la perforación ó la ruptura de un intestino friable.

Respecto al pronóstico de la ketotomía con curación radical, los

resultados son muy distintos á los de la simple herniotomía. La razón es muy sencilla: en la herniotomía se trata de un intestino y de una serosa perfectamente sanos, en tanto que en la hernia estrangulada, el intestino y el saco herniario están fuertemente congestionados, es decir, en el primer grado de la inflamación. Una vez suprimido el agente constrictor los órganos herniados reducidos en el abdomen pueden volver á su estado normal, y es lo que sucede en el mayor número de operados; pero en otras ocasiones el proceso inflamatorio sigue su marcha y la peritonitis generalizada ó la perforación intestinal, concluyen con la vida del paciente. Son estas dos complicaciones la causa de la muerte en más de la mitad de los casos en los operados de kelotomía.

La estadística del profesor Socin da 11 muertos sobre 85 operados. En la tesis del Dr. Segond encontramos 31 muertos sobre 196 operados; de estas 12 debidas á la peritonitis y 5 á la perforación intestinal. La mortalidad llega, pues, aquí á más de un 15 %, resultado muy diverso del de la herniotomía en las hernias no estranguladas, cuya mortalidad, como hemos visto, no alcanza á un 3 %.

Sin embargo, este resultado es muy satisfactorio comparado con aquel de la simple operación del debridamiento, que da una mortalidad de 40 á 60 % según Malgaigne. Nos inclinamos á creer que la extirpación del saco en la curación radical consecutiva á la kelotomía, suprime, si no del todo, al menos parcialmente, la propagación inflamatoria al peritoneo, esto es, la causa mas frecuente de la muerte en la kelotomía, la peritonitis.

Así, si la herniotomía es una operación en cierto modo *preventiva* y de *necesidad* en algunos casos que ya hemos analizado, la kelotomía lo es de *urgencia* y tanto más cuanto mayor intensidad tengan los síntomas de la estrangulación. Á este respecto no se puede tampoco sentar reglas fijas, puesto que hay estrangulaciones que en pocas horas se llevan al enfermo, y otras que en tres ó cuatro días no alcanzan á producir la gangrena del intestino.

OBSERVACIÓN 5.<sup>a</sup>

Hernia inguinal estrangulada.—Enterocoele.—Kelotomía con estirpación del saco.—Hematocele.—Curación

Hospital de San Juan de Dios.—Enrique Valenzuela, de 20 años, soltero, de oficio albañil, entró el 2 de mayo de 1887 á la sala de San Camilo, á ocupar la cama núm. 14.

Este enfermo fué enviado del servicio de medicina del Dr. Oportot y traía de antemano el siguiente diagnóstico: «oclusión intestinal por vívulus». Algunos meses antes había sido atacado de trastornos intestinales intensos atribuidos á síntomas de cólera morbus. Esta vez, más feliz que entonces, el cólera había pasado y tenía, pues, derecho á ser clasificado en otra categoría de enfermedad á pesar de los fenómenos intestinales no menos intensos que los de su ataque anterior. El 1.<sup>o</sup> de mayo pedía una cama en el hospital. El médico de servicio creyó que se trataba de una oclusión intestinal por torsión. Para combatirla usó de cuantos medios terapéuticos la ciencia médica pone á disposición del práctico en semejantes casos. El médico se declaró vencido y dio su puesto al cirujano y el enfermo entró al servicio de clínica del Dr. V. Carvallo Elizalde, en la tarde del 2 de mayo.

Tenía vómitos, pero hasta el momento de ser operado no presentó vómitos fecaloideos. Estaba dominado por agudos dolores al vientre, facies abdominal y la voz apagada.

Su situación no podía ser más apremiante y así lo comprendió el Dr. Carvalló y ordenó que todo se dispusiera para la operación de la laparotomía. El diagnóstico no descansaba sobre base segura, y la demasiada confianza que se le había acordado al principio, dio lugar bien pronto á la vacilación. Después de un examen bien hecho del enfermo sobre la mesa de operación, el profesor Carvallo comprobó un pequeño tumor en la región inguinal izquierda y una tumefacción del escroto; la dificultad estaba vencida y el diagnóstico resuelto: se trataba de una *hernia inguinal estrangulada*. Antes de proceder á la operación se intentó reducirla por el taxis, lo que fué infructuoso. Se decidió sin retardo la kelotomía.

Incisión de la piel y tejido celular, abertura del saco, debridamiento de su cuello y reducción del intestino después de su desinfección, que se presentó á la vista muy congestionado y á punto

de gangrenarse. Se practicó, además, la estirpación total del saco previa la ligadura circular de su cuello con catgut y la destrucción de las adherencias que existían entre el saco y el testículo que estaba atrofiado. Se hizo la desinfección de la herida, la sutura de las partes blandas y se puso un apósito de Lister. Para prevenir la peritonitis se prescribió una vegiga de hielo sobre el abdomen.

Al día siguiente se restableció el curso de las materias fecales y el enfermo se sentía muy bien. Los días consecutivos no presentó novedad alguna.

El día 12 en la tarde se comprobó que la temperatura había subido á 39°6. El paciente se quejaba de no haber dormido á causa de agudos dolores en la región enferma.

*Mayo 13.*—En la mañana presenta el mismo estado, y la temperatura axilar de 38° sube en la tarde á 39°8. Examinado el escroto, se vió tumefacto, tenso, luciente y el testículo no doloroso á la presión; se trataba de un *hematocele* por infiltración.

*Mayo 14.*—Temperatura de la mañana, 38°2; en la tarde, 39°5. El escroto tiene el mismo aspecto que la víspera, pero se ha ulcerado en varios puntos. Se procedió al debridamiento de la cavidad; el hematocele había terminado por supuración. Se lavó la cavidad antisépticamente y se colocó un tubo de drenaje.

*Mayo 15.*—Temperatura en la mañana, 37°5; en la tarde, 38°2. No hay novedad, la herida sigue bien.

*Mayo 16.*—Temperatura normal. La cicatrización sigue su curso ordinario mediante una curación antiséptica rigurosa.

Desde este momento el enfermo no ha presentado ninguna complicación y la cicatrización por segunda intención se ha hecho con facilidad. La curación parece radical en el momento de su salida, 9 de junio de 1887.

#### OBSERVACION 6.<sup>a</sup>

Hernia inguinal estrangulada.—Entercele datando de seis años.—Kelotomía con estirpación del saco.—Esfacelo del testículo derecho.—Muerte por granulía

(Observación del Dr. M. J. Barrenechea)

El día 13 de junio de 1886 entró á ocupar la cama núm. 14 de la sala del Carmen (hospital de San Juan de Dios), clínica del

profesor Barros Borgoño, José S. Vergara, de 33 años, casado, de oficio carpintero y nacido en el departamento de Santiago.

Este individuo presenta una hernia inguinal de fuerza del lado derecho, estrangulada. Refiere que desde el día 9, época de la reproducción de su hernia, hasta el día de su entrada, no ha podido reducirla, como lo había hecho ya en otras cuatro ó cinco ocasiones en que desde seis años se había reproducido su hernia en las mismas condiciones de ahora.

En la tarde del mismo día fué operado por nosotros en unión con nuestro colega y amigo el Dr. A. Oyarzún, médico de guardia del hospital. Era día domingo.

• Bajo la anestesia del cloroformo hicimos una incisión que, partiendo del cuello de la hernia, llegaba hasta cerca de la extremidad, incisión que tendría unos 15 centímetros de largo. Siguiendo todas las precauciones aconsejadas en estos casos, llegamos hasta el saco herniario, empleando desde el principio hasta la conclusión de la operación las rigurosas exigencias del método antiséptico de Lister.

Después de comprobar que no había ningún punto del intestino herniado que estuviese esfacelado, procedimos al debriamiento del anillo estrangulador con el instrumento de Cooper. Extrajimos en seguida hacia afuera una porción del intestino herniado que estaba bastante inflamado para ver si no había al nivel del cuello de la hernia algún punto de esfacelo, y comprobado que lo fué, lo redujimos al instante junto con el resto del intestino herniado, que estaba bastante inflamado y sus paredes muy engrosadas, después de desinfectarlo con cuidado.

Se hizo la extirpación del saco herniario, pero eran tan grandes sus adherencias con los tejidos vecinos, que su despegamiento produjo algunas desgarraduras, principalmente entre los elementos del cordón.

Aislado por completo el saco, fué ligado con seda aséptica al nivel del cuello y cortado con un golpe de tijeras á  $1\frac{1}{2}$  centímetros por bajo la ligadura. Hicimos después la sutura de los pilares con la misma seda y por último las suturas de la piel, colocando un tubo de drenaje que salía por los extremos de la incisión. Concluida la operación, se colocó al enfermo un apósito de Lister.

*Junio 14.*—El enfermo se encuentra en buenas condiciones: no tiene vómitos, ni fiebre, ni agitación. Temperatura en la mañana, 37°3, en la tarde 37°8.

*Junio 15.*—Temperatura A. M., 37°5; P. M., 38°5. Como el enfermo no presentaba síntomas de parte del abdomen que hicieran manifiesta la causa de esta pequeña elevación de temperatura, se creyó que fuera debida á lo que se llama *fiebre traumática simple*.

*Junio 16.*—Temperatura, 38°8 A. M., y 40° P. M. Además de esta fuerte elevación de temperatura, presenta el enfermo un timpanismo considerable y un dolor fijo en el hipocondrio derecho. Por el examen que se le hizo, se reconoció la existencia de una congestión intensa del hígado.

Con la aplicación del tubo de Faucherel enfermo arrojó una gran cantidad de gases que dilataban el estómago, y con una serie de ventosas secas el dolor del hígado disminuyó considerablemente. Al mismo tiempo se le propinó el calomel á la dosis de 5 centigramos cada dos horas para combatir el elemento inflamatorio en su principio, pues se sabía, por la relación que de ello había hecho el enfermo, que era muy propenso á las epatitis, enfermedad de que había sufrido desde seis años atrás.

En los días siguientes la temperatura no pasó de 38°3.

*Junio 20.*—Temperatura, 37°5 A. M., 38°1 P. M. El enfermo se siente mejor que antes, ya no tiene dolores de ninguna clase y curando por primera vez la herida, se nota que ha cicatrizado por primera intención en toda su longitud. Se retira el tubo de drenaje y los puntos de sutura entrecortados. Se nota una tumefacción inflamatoria del testículo derecho y escroto. Se suprime el calomelano que el enfermo tomaba todavía á pequeñas dosis y se prescribe un régimen tónico estimulante y aliménticio.

En los días siguientes se mantuvo siempre la temperatura sobre 38° en la tarde. Además se nota que el individuo presenta cierto estado de abatimiento, sed viva, pérdida del apetito y de vez en cuando vómitos, síntomas que se atribuyen en parte á la supuración que se ha manifestado en el testículo derecho y escroto. El día 25 se abre anchamente la herida ya cicatrizada y se nota la formación de un esfacelo que tiene como punto de partida el testículo.

Estudiando detenidamente la producción de aquel esfacelo del testículo, creímos en un principio que pudiera tener por causa esta desgraciada complicación de la herniotomía: cierto grado de estrangulación producido en el cordón espermático en el momento de hacer la sutura de los pilares para la curación radical de la

hernia. Sin embargo, el día 1.º de julio tuvimos á nuestra vista lo que era la clave de la dificultad. En este día, al hacer la curación, encontramos un esfacelo completo del testículo y de una pequeña extensión del cordón, quedando de éste como las dos terceras partes que estaban intactas. Es indudable que esta parte habría sido también comprometida en el caso de residir la causa en la sutura de los pilares. Creímos entonces, por lo tanto, que la desgarradura producida en algunos de los elementos del cordón unida al estado de denutrición en que se encontraba el enfermo eran la causa principal del accidente. Parece inútil agregar que la parte esfacelada fue extraída con pinzas y tijeras; la curación fue hecha en seguida con iodoformo.

Á pesar de todo, la temperatura siguió siempre manteniéndose entre 37° por la mañana y 38°5 á 39° por la tarde, y el pulso frecuente, pequeño y débil; también continúa la sed, vómitos raros, lengua saburral, malestar considerable y enflaquecimiento rápido. Se prescribe la sal de Karlsbad para tratar de modificar la mucosa gástrica que suponíamos profundamente alterada y la causa principal del estado en que se encontraba el enfermo. Al mismo tiempo vino de quina y en los últimos días lavativas alimenticias.

La enfermedad hizo rápidos progresos á causa de los vómitos que eran muy frecuentes y que impedían la alimentación del enfermo, terminando con la muerte el día 25 de julio.

Durante los últimos días el enfermo había presentado algunos síntomas del lado de los pulmones, tan violentos que llegaban á producir vómitos á veces, disnea y uno que otro esputo purulento que llamaron poco la atención, unido esto á algunos exertores mucosos gruesos, raros y diseminados en ambos pulmones y cuyo carácter no se determinó por creerlos sin valor.

*Autopsia.*—Abriendo la cavidad abdominal encontramos los intestinos en perfecto estado y enteramente vacíos, circunstancias que se explican por la falta de alimentación del enfermo á consecuencia de los vómitos. El estómago pequeño y congestionado. Hígado y riñones enteramente normales. Pulmones con muchas adherencias y enteramente llenos en la superficie, y en el parenquima mismo, de tubérculos y de los cuales algunos principiaban á reblandecerse. Un corte longitudinal mostraba que los pulmones habían sido casi enteramente reemplazados por masas tuberculosas, pues sólo habían pequeñísimos espacios de pulmón sano.

Por lo que toca á la operación practicada en este individuo, se

pudo ver muy bien que el peritoneo estaba perfectamente cerrado en el punto en que estaba antes el saco herniario; no había bridas ni adherencias peritoneales y sólo se constataba por la parte exterior la seda con que había sido ligado al extirpar el saco.

He aquí como una enfermedad tan grave como la tuberculosis miliar aguda, puede inutilizar completamente una operación bien hecha en un individuo predispuesto, seguramente, para contraer esta enfermedad, y como acarrea tan rápidamente la muerte hasta el punto de pasar casi desapercibida para el médico.

Este estado de debilitamiento constitucional nos explica también fácilmente cómo puede producirse el esfacelo de un testículo con la sola desgarradura de los elementos del cordón.

---

#### OBSERVACIÓN 7.<sup>a</sup>

Hernia inguinal estrangulada.—Enterocèle dataudo de tres meses.—Kelotomía con extirpación del saco.—Curación

Hospital de San Juan de Dios.—Severino Rodríguez, de 65 años, casado, agricultor, entró á ocupar la cama núm. 4 de la sala de San José, el 27 de abril de 1885, servicio del Dr. M. Barros Borgoño.

Su salud anterior ha sido buena. El enfermo dice que hace tres meses, á consecuencia de los esfuerzos de vómitos producidos por una indigestión, se le formó una hernia que ocupa la región inguinal izquierda sin bajar al escroto (bubonocele). La redujo con facilidad y notaba al hacerlo el gorgoteo característico. Después, con el menor esfuerzo se reproducía el tumor y trató de mantenerlo reducido por medio de un vendaje semejante á una espica de la ingle. Cuando esta faja se le rodaba ó hacia un mayor esfuerzo, salía la hernia, lo que le obligó á ponerse un braguero que se lo quitaba sólo en la noche. El 24 de abril, andando al trote de un caballo, sintió reproducirse su hernia, que no pudo ya hacer entrar y, casi en el mismo momento, un fuerte dolor en dicha región. Ya en su casa, su familia trata de reducir la hernia ayudándose de paños de aceite caliente.

El médico que lo vió primero le administró una poción con be-

lladona, vegiga con hielo sobre el tumor y lavativa abundante que la arrojó en natura; todo sin resultado. Los vómitos habían ya comenzado. Hizo también varias tentativas de taxis que fueron infructuosas.

Entró al hospital el día 27, es decir, el tercer día de la estrangulación. Examinado el enfermo, se reconoció un bubonocoele en la ingle izquierda, que era muy sensible á la presión; facies abdominal, pulso débil y pequeño. Desde el primer día tiene vómitos por accesos que se han hecho fecaloideos desde hace dos días.

Se practicó el taxis durante 10 á 15 minutos sin resultado. Después se hizo una punción con el aspirador de Potain y salió una corta cantidad de líquido sanguinolento. Viéndose el resultado negativo, se procedió á la operación en la misma sesión.

Cloroformado el enfermo, se hizo una incisión sobre el tumor, de 10 centímetros próximamente. Se seccionó capa por capa el tejido celular sobre la sonda acanalada hasta poner á descubierto el saco herniario. Se hizo un pequeño ojal en éste formando un pliegue, é introducida por él la sonda acanalada, se cortó la pared anterior del saco en la misma extensión y dirección de la piel. Al abrir el saco, se derramó una cantidad de serosidad sanguinolenta y apareció el intestino; sus tunicas estaban violáceas y fuertemente congestionadas con un punto equimótico casi negro, como de 2 centímetros de diámetro. La puntura hecha por el trocar daba sangre. Se tomó la asa intestinal, que sola sin epiplón formaba la hernia, se hicieron algunas tracciones sobre ella para asegurarse de su libertad ó si había adherencias, las que no se encontraron. Introdujose un dedo en el anillo inguinal i sobre él, como conductor, el bisturí botonado de Cooper. Lavada que fué la asa intestinal con solución de sublimado al 1 por 1,000, se redujo en el vientre. El saco ligado fuertemente con catgut en el cuello fué extirpado y el pedículo reducido. Se suturaron en seguida los pilares del anillo seccionado con seda antiséptica. Finalmente, se lavó la herida con solución fénica y se suturó, dejando un drenaje hacia su extremidad inferior. Apósito de Lister y vendaje.

Durante la operación tuvo abundantes vómitos escrementicios que después no se reprodujeron.

Se le prescribió 3 pildoras al día de 0.05 centigramos de extracto de opio cada una.

*Abril 28.*—Estado general bueno. Se siente muy aliviado. Temperatura, 37°2 A. M. y 37.4 P. M.

*Abril 29.*—Temperatura, 36°2 A. M., 37°2 en la tarde y 36°9 en la noche. Siente un leve dolor en la herida al moverse. No ha defecado aún. Se suspendió el opio y se prescribió una lavativa simple. No se tocó el vendaje.

*Abril 30.*—Temperatura, 36°9 A. M. y 37° P. M. Estado general muy bueno. Como no arrojase la lavativa, se le puso una purgante, que expelió una hora después con una pequeña cantidad de escrementos.

*Mayo 1.º* Temperatura, 36°9 A. M. y 37°1 P. M. Tomó 30 gramos de citrato de magnesia que le produjo dos deposiciones abundantes. En la noche ha tenido fuertes punzadas y dolor en la herida. Estado general bueno. Se le cambió la curación, el vendaje estaba limpio, nada de supuración; se quitó el tubo de drenaje.

*Mayo 2.*—Temperatura, 37°1 A. M. y 37° P. M. Apenas ha sentido ligero dolor en la herida durante la noche. Vendaje limpio; no se tocó.

*Mayo 3.*—Temperatura de la tarde, 37°.

*Mayo 4.*—Temperatura, 36°6. Nada de particular.

*Mayo 5.*—Tomó 30 gramos de sulfato de soda y no le produjo efecto. Estado general muy bueno.

*Mayo 6.*—Temperatura, 36°5. Tomó 30 gramos de citrato de magnesia y tuvo dos deposiciones.

*Mayo 7.*—Temperatura normal. Una deposición.

*Mayo 8.*—Había un poco de supuración; en el vendaje salieron dos suturas de catgut en parte reabsorbidas. Cicatrización en la parte media de la herida; en la extremidad superior un punto de supuración; en el ángulo inferior un poco de tejido conjuntivo próximo á esfacelarse. Se tocó con nitrato de plata.

*Mayo 9.*—Temperatura normal y estado general bueno.

*Mayo 13.*—La herida muy bien y queda poco por cicatrizar.

Hasta el 26 de mayo, que sale de alta, la temperatura ha sido normal y la cicatriz es bastante dura.

En noviembre el enfermo ha sido visto y no presentaba recidiva. Posteriormente se ha sabido que ha muerto de una afección pulmonar sin que su hernia se hubiera reproducido.

OBSERVACIÓN 8.<sup>a</sup>

Hernia inguinal estrangulada. — Kelotomía con extirpación del saco. — Curación

Hospital de San Juan de Dios, sala de San José, cama núm. 13. — Juan Rafael Serrano, soltero, natural de Illapel, de 56 años de edad y de oficio sastre, entra al servicio el 11 de setiembre de 1885.

Dice que hace 16 años es portador de una hernia que siempre la ha reducido con facilidad, pero que ayer no pudo reducirla. Examinado, se comprueba la existencia de una hernia inguinal derecha, voluminosa, que desciende hasta el escroto.

En el momento de su entrada en la mañana, se le dio un baño tibio prolongado y durante 3/4 de hora se practicó el taxis manual. A la hora de la visita se volvió á practicar el taxis durante hora y cuarto con intervalos y sin resultado. Se dio cloroformo y se hizo el taxis con una venda elástica. Todo inútil: la hernia no se reduce.

Temperatura, 37°5. Hay muchos dolores abdominales y vómitos no fecaloideos. Se prescribe 10 centigramos de opio y aplicación constante de hielo.

*Septiembre 12*. — La hernia no se ha reducido; continúan los vómitos, pero siempre son simples.

*Operación.* — *Cloroformo.* — Siguiendo el eje del tumor se practica una incisión de 15 centímetros de longitud. Se disecciona cuidadosamente, se abre el saco que contiene una buena cantidad de líquido sero-sanguinolento y se descubre así el intestino delgado que está muy congestionado y equimosado en algunos puntos. Se debrida el orificio inguinal, se reduce el intestino, se disecciona el saco herniario, se liga su cuello con catgut grueso y se secciona á cierta distancia de la ligadura. Se suturan los pilares, se ligan algunas arteriolas, se tuercen otras y se coloca un tubo de drenaje que sigue la dirección de la incisión cutánea y que sale por la extremidad inferior. Se sutura la herida con catgut después de un lavado antiséptico y se coloca un apósito de Lister y un vendaje elástico. Se lleva al enfermo á su cama previamente calentada y se le recetan 8 centigramos de opio en dos píldoras.

*Septiembre 13.* — Temperatura A. M., 37°4, y P. M., 38°3. Pulso 106. El enfermo se siente mejor, no ha habido vómitos ni dolores

abdominales. Ha dicho que padece de constipación obstinada, de tal manera que no obra sino con lavativa.

Actualmente no obra desde muchos días; se ordena una lavativa.

*Septiembre 14.*—Temperatura á las 8 A. M., 37°6; á las 9 A. M., 38°3, y pulso 104. Temperatura P. M., 38°3, y pulso, 110. Á medio día obró naturalmente. No hay dolores abdominales. Ha tomado leche. Curación, no hay señales de inflamación local ni del lado del vientre.

*Septiembre 15.*—Temperatura A. M., 38,4, y P. M., 38°4. Sigue bien y tiene buen apetito. Curación. Hule limpio, excepto en la parte que corresponde al tubo en donde está muy ligeramente manchado. Se ha reabsorbido la sutura inferior, pero ya hay adherencias. Se pone un vendaje compresivo y se prescribe un gramo de sulfato de quinina. Estando el colon muy distendido por gases, se ordena una lavativa.

*Septiembre 16.*—Temperatura A. M., 37°5 y P. M., 38°1. Curación. No hay novedad.

*Septiembre 17.*—Temperatura A. M., 37°5, y P. M., 38°.

*Septiembre 18.*—Temperatura A. M., 37°4, y P. M., 38°. Hule manchado; hay supuración de color amarillento, grumosa y fétida con detritus gangrenosos. Algunas suturas se han reabsorbido y se quitan las restantes. Hay cicatrización por primera intención, excepto en la parte media de la herida.

*Septiembre 19.*—Temperatura, 37°5.

*Septiembre 20.*—Temperatura, 37°4. Curación.

*Septiembre 21.*—Temperatura A. M., 37°, y P. M., 37°4. Herida limpia, hule manchado, porque continúan saliendo detritus amarillentos y fétidos.

*Septiembre 22.*—Temperatura A. M., 36°8, y P. M., 37°.

*Septiembre 23.*—Temperatura A. M., 37°2, y P. M., 36°8. Curación; siguen los detritus.

*Septiembre 24.*—Temperatura, 37° mañana y tarde. Curación, el pus va perdiendo su mal olor.

*Septiembre 25.*—Temperatura A. M., 36°6, y P. M., 36°8. Ya el pus no tiene mal olor. En el escroto se han ido formando escoriaciones.

*Septiembre 26.*—Temperatura A. M., 36°8, y P. M., 37°2.

*Septiembre 27.*—Temperatura A. M., 37°, y P. M., 37°2.

*Septiembre 28.*—Temperatura A. M., 37°, y P. M., 37°2.

*Septiembre 29.*—Temperatura A. M., 36°7. y 37°.

*Septiembre 30.*—Temperatura, 36°6. Curación. Hule limpio: poca supuración. Se quita el tubo; sólo queda por cicatrizar el canal que éste ocupaba con sus dos aberturas, una en el extremo inferior y la otra en la parte media.

*Octubre 4.*—La temperatura ha seguido normal. Curación: hule limpio, no hay supuración, la cicatriz avanza.

*Octubre 7.*—Quedan por cicatrizar dos puntos de medio centímetro cada uno, que se aproximan con tela emplástica.

*Octubre 11.*—En el escroto se ha formado una colección purulenta que comunica con la herida inferior. Se hace una contra-abertura en el punto de más declive y se pasa un tubo de uno á otro orificio.

*Noviembre 1.º*—Ha cicatrizado la cavidad consecutiva á la colección purulenta del escroto. Quedan por cicatrizar los mismos puntos superiores. El enfermo se levanta.

*Noviembre 14.*—Pide su alta. Quedan como dos milímetros de herida.

Poco tiempo después, y al año siguiente, este individuo ha sido visto perfectamente sano; su hernia no ha recidivado.

---

#### OBSERVACIÓN 9.ª

Hernia inguinal estrangulada.—Kelotomía con extirpación del saco.—Muerte por causa desconocida

Feliciano Pérez, de 28 años de edad, natural de Rancagua, casado, comerciante, entra al hospital el día 30 de marzo de 1886. Tiene una hernia inguinal del lado izquierdo que la notó desde la edad de 10 á 12 años. Se reducía con facilidad cada vez que se reproducía.

El día 26 del presente se reprodujo y se la redujo con la facilidad de costumbre, pero por primera vez desde el momento que apareció tuvo vómitos que cesaron después de la reducción. El día

28 entra á la sala de San Rafael de donde es pasado al servicio de clínica del profesor M. Barros Borgoño el día 30.

Tiene hipo, vómitos de olor fecaloídeo, dolor en la fosa ilíaca izquierda y el pulso pequeño.

En el canal inguinal del lado izquierdo se puede introducir toda la primera falange del índice: en dicho canal se puede reconocer únicamente los elementos del cordón espermático y algo como un engrosamiento (epiplón?) á lo largo de él. En el escroto se nota una masa remitente i un tejido que da la idea del epiplón.

El enfermo dice que cuando se reducía su hernia sentía el ruido que hacía el intestino al penetrar en la cavidad abdominal.

Inmediatamente se procede á la operación

Después de cloroformizado el paciente, se practica á lo largo del cordón espermático (trayecto de la hernia) una incisión de 12 centímetros de longitud. Se disecciona el epiplón muy engrosado y que llega hasta la vaginal: se liga en su base en tres colgajos y se extirpa la parte diseccionada. Después de separado el cordón al cual está adherido, se disecciona todo lo que se puede del saco herniario; se liga su cuello y se extirpa. Desinfectada la herida, se sutura después de colocar un tubo de drenaje y se pone una curación y vendaje convenientes.

Concluida la operación, se hace una inyección hipodérmica de 0.02 centigramos de clorhidrato de morfina. Alimentación heída líquida.

*Marzo 31.*—Temperatura A. M., 37°4, y P. M., 37°.

Ha dormido bien, pero han continuado el hipo y los vómitos, sobre todo anoche. Actualmente vomita lo que toma y los vómitos no tienen olor fecaloídeo. Anoche obró y ha expulsado muchos gases por el ano.

Acusa dolor en el flanco y fosa ilíaca izquierdos, y tiene movimientos intestinales producidos por gases y acompañados de dolores en forma de cólicos.

El enfermo dice que se siente mejor. Á medio día se le pone una lavativa simple que lo hace obrar abundantemente. Se ordena la aplicación constante de hielo sobre el abdomen. En la tarde sobreviene agitación y dolor en la región operada, y el enfermo se quita el vendaje diciendo que no lo puede soportar.

*Abril 1.*—Muere á las 3 A. M.

*Autopsia.*—Peritonitis adhesiva, muy ligera y circunscrita al



## CONCLUSIONES

---

### Hernias no estranguladas

1.<sup>a</sup> La curación radical de las hernias por medio de una intervención quirúrgica, es una operación benigna, puesto que su mortalidad, aun contando con las complicaciones, no alcanza á un 3%.

2.<sup>a</sup> La operación está indicada en las hernias incoercibles, en las hernias irreductibles, en las hernias que se acompañan de ectopía testicular, en las hernias dolorosas, en las atacadas de pseudo-estrangulación y en ciertos casos de hernias reductibles.

3.<sup>a</sup> En las hernias crurales la intervención es más necesaria aún, porque son de mayor peligro para el portador.

4.<sup>a</sup> La disección del saco y su ablación debe hacerse siempre que se pueda. Este es un tiempo del manual operatorio que necesita toda la atención y habilidad del cirujano á fin de evitar las desgarraduras y heridas de los elementos del cordón y, por lo tanto, el esfacelo del testículo.

5.<sup>a</sup> Debe levantarse nada más que la serosa y colocarse la ligadura por encima del cuello del saco.

6.<sup>a</sup> Las ligaduras del saco y del epiplón serán bien apretadas en previsión de una hemorragia que puede llegar á ser mortal.

7.<sup>a</sup> La antisepsia absoluta del campo operatorio, manos del cirujano y ayudantes, y de los instrumentos, pone á salvo de casi todas las complicaciones locales y á distancia que pueden sobrevenir.

8.<sup>a</sup> La recidiva suele presentarse en individuos de grandes y viejas hernias incoercibles ó irreductibles, pero quedan pequeñas y fáciles de contener.

9.<sup>a</sup> La sutura de los anillos fibrosos es inútil, porque el tejido de que se componen es refractario á la cicatrización; es imposible para las hernias crurales.

### Hernias estranguladas

10.<sup>a</sup> En las hernias estranguladas debe aprovecharse la kelo-  
tomía para tentar la curación radical.

11.<sup>a</sup> Las maniobras del taxis, sobre todo forzado, tienen sus peligros en esta clase de hernias que pueden evitarse por la intervención quirúrgica.

12.<sup>a</sup> El manual operatorio es aquí el mismo que en las hernias no estranguladas, más el debridamiento y el examen prolijo del intestino.

13.<sup>a</sup> Los purgantes deben ser proscritos después de la operación, porque el intestino puede romperse si está adelgazado por el proceso inflamatorio.

14.<sup>a</sup> El pronóstico de la operación es aquí más grave, porque la mortalidad alcanza á un 15%, pero siempre es más de la mitad menor que el de la kelo-  
tomía simple.

