

MEMORIA *6 a*

SOBRE LAS

Museo Nacional de Medicina

HERNIAS EN JENERAL,

BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA PATOLOGÍA ESTERNA,

(TÉSIS DE CONCURSO A LA CÁTEDRA DE PATOLOGÍA ESTERNA  
Y ANATOMÍA DE LAS REGIONES ESTERNA)

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

*Adolfo Murillo.*

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IMPRENTA NACIONAL, CALLE DE LA MONEDA, NÚM. 46.

— Diciembre de 1863. —

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HERNIAS EN JENERAL.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# MEMORIA

SOBRE LAS



Museo Nacional de Medicina

## HERNIAS EN JENERAL,

BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA PATOLOGÍA ESTERNA,

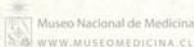
(TÉSIS DE CONCURSO A LA CÁTEDRA DE PATOLOGÍA ESTERNA  
I ANATOMÍA DE LAS REGIONES)



WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

Adolfo Murillo.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

SANTIAGO DE CHILE,

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IMPRENTA NACIONAL, CALLE DE LA MONEDA, NÚM. 46.

— Diciembre de 1863. —



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## ADVERTENCIA.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Trabajada ésta Memoria con la precipitación consiguiente al tiempo concedido para escribirla i sacarla en limpio, i a los multiplicados quehaceres profesionales que tenia entonces i no quise abandonar, se resiente de la lijereza con que fué escrita. Por eso es que los últimos capítulos no están en relacion con los primeros por lo que respecta a su desarrollo, aunque bien es cierto que bajo el punto de vista que consideré la cédula sorteada, me pareció que no debía ser mas explícito en el estudio i en la jeneralización de ellos, por temor de descender a cada momento a descripciones i consideraciones especiales sobre cada hernia.*

A. M.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# HERNIAS EN GENERAL.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



## INTRODUCCION

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Señores :

Pocas afecciones hai que hayan llamado tan justamente la atencion de los mas célebres cirujanos como la que es objeto de la presente memoria. I a la verdad que hai mucha razon para ello. "Ninguna enfermedad, dice Astley Cooper, exige mas exactos conocimientos anatómicos que las diversas clases de hernias; pues son accidentes que amenazan la vida en momentos i circunstancias que no permiten recurrir a la esperiencia ajena, i que reclaman una resolucion pronta i decisiva. Las mas veces son precisos los conocimientos anatómicos mas minuciosos, para diagnosticar esta clase de lesion durante el período en el cual la reduccion es posible sin operacion sangrienta; i cuando llega este caso, el cirujano necesita todos los recursos de la inteligencia i del saber para luchar con ventaja en las dificultades que puedan presentársele."

Llamado, muchas veces, en esos momentos decisivos en que la espada de Damócles se cierne amenazadora i pronta sobre el cuello del paciente, el

cirujano necesita de toda su memoria, de toda su habilidad i de todos sus recursos en estas enfermedades, cuyos accidentes terribles no dejan mas tiempo que el necesario para obrar, i para obrar con prontitud i lijereza.

Por otra parte, lo comunes que son las afecciones herniarias; las dificultades que presenta su estudio; las particularidades científicas de que se hallan revestidas, han sido un aliciente poderoso para que los grandes jenios de la Cirujía se hallan entregado con constancia a las investigaciones anatómicas i quirúrgicas a que dan lugar. Las grandes cuestiones científicas necesitan de los grandes maestros. La curiosidad i el interés hacen lo primero, i la constancia en las investigaciones corona la obra. Nada parece resistirse al talento.

Descuidado en la antigüedad el estudio de las hernias, no tanto por el interés que podian i debian despertar, cuanto por las falsas ideas que respecto a ellas reinaban, solo podemos decir que empezó a mediados del siglo pasado. Así vemos a la Universidad de Gotinga, a fines de ese mismo siglo, poner en concurso la cuestion de saber cuáles eran las causas i los medios preservativos de las hernias; i a Sæmmering i Kæler presentarse a ese concurso, atribuyéndolas el primero al uso de calzones anchos i chalecos estrechos, que sin embargo tomaban ménos parte que las bebidas relajantes, principalmente el café, que Sæmmering mira como una de sus principales causas; i al segundo negando que esas afecciones se hubieran estendido mas que ántes, i dando buenas reglas preservativas.

En la actualidad, gracias a las perseverantes investigaciones de Astley Cooper, Petit, Arnaud, Garengect, Louis, Dupuytren, Velpeau, Richter, Lawrence, Cloquet, Kei, Hesselbach, etc., la Patología nada tiene que desear en esta materia. Nadie habrá ahora, por cierto, de la opinion de Pipelet, que pretendia que el vómito i las náuseas que se siguen a la compresion del epíplon cuando sale por una herida estrecha, no debe atribuirse sino a la simple solucion de continuidad, sin tener en cuenta la estrangulacion; de a donde deducia que era peligroso dilatar la abertura, porque eso era ir arrojar leña a la hoguera inflamatoria que tenia lugar en el organismo vivo.

El estudio de las hernias, i principalmente el de las hernias abdominales que son sin duda alguna las mas importantes de todas, hace alto honor al grado de adelanto de la Patología quirúrgica. El mas exigente puede encontrar satisfechas hasta sus mas insignificantes curiosidades.

Pero esto mismo hace mas difícil el desarrollo de la presente memoria. Teniendo que tratar sobre una materia tan vasta, en la que vienen a reasumirse afecciones mui variadas en sus sintomas, en su desarrollo, en su modo de ser, en su tratamiento, i en que por otra parte las hernias abdominales desempeñan el papel mas interesante, las jeneralidades se hacen mas difíciles por un lado, i por otro hai el temor de descender a particu-

laridades, en que casi bien a su pesar tiene uno que caer algunas veces por mas que trate de huir de semejante peligro.

A pesar de tales inconvenientes, a pesar de tales peligros, voi a atreverme a tocar la materia que es objeto del presente concurso, por mas que vacile en el camino.

DE LAS HERNIAS EN JENERAL.

Pero antes de entrar en materia, conviene conocer el alcance que se debe dar a la palabra hernia, tanto para saber la significacion de este término, cuanto porque es de una absoluta necesidad para saber hasta donde se debe marchar en las jeneralidades, máxime cuando no todos están acordes en la estension que debe dársele.—Desault, ese janio de la Cirujía francesa, que fué mas grande aun por su discípulo Bichat, ese filósofo reformador de la medicina, quiere restringir tanto el uso de la palabra hernia, que solo debe dársele ese nombre, a su parecer, a la salida de las vísceras a través de las aberturas naturales i accidentales de las paredes del abdómen; mientras que hai otros que le dan una significacion mucho mas vasta. Hé aquí una cuestion que no es tan fácil de resolver como parece a primera vista; porque desentendiéndonos de las razones de Anatomía Patológica que, segun el sentir de Cruveillier, Lebert, Houel i otros, hai para dar una estension mayor a la palabra hernia, hai preocupaciones inveteradas que arrostrar, lo que por cierto no deja de ser un grave inconveniente, sin embargo que el uso ha jeneralizado esta expresion mas allá de lo que pudiera creerse. Así es que cuando la membrana mucosa de los intestinos se insinúa a través de la capa muscular, se dice que la mucosa hace hernia, aunque la palabra no es tan lójica a la definicion mas usual i vulgarizada de este término. De aquí es que lo que creen que la hernia [ruptura de los latinos, del griego kele, rama] consiste en un tumor formado por la mudanza de sitio de las partes blandas [Boyer], o mas bien por la salida de toda víscera fuera de la cavidad que la encierra [Cooper], o en un tumor formado en la periferia de una cavidad por un órgano que se ha salido de ella parcial o totalmente por una abertura natural o accidental, o bien por un punto debilitado de sus paredes [Roche, Sanson i Lenoir], no están bien conformes ni en sus palabras ni en su práctica, con la definicion del término que es objeto de la presente cuestion; porque no puede colocarse entre las hernias a toda mudanza de sitio de las partes blandas, como se deduce de la definicion de Boyer; porque no se comprende en la de Astley Cooper las hernias de la membrana mucosa de la vejiga, del tubo digestivo, de las membranas sinoviales a través de las capas que las envuelven; i porque la de Roche, Sanson i Lenoir adolece, poco mas o ménos, de iguales defectos.

De modo que para poner mas en relacion la palabra con su significacion

usual, i para darle el alcance que se le da jeneralmente, me parece que conviene comprender bajo la denominacion de hernia algo mas de lo que se encuentra en algunas de las definiciones dadas; fuera de que con esto, pueden reasumirse en ella afecciones que no tienen un lugar bien apropiado en las clasificaciones nosológicas, al mismo tiempo que se marcha muy en armonía con la Anatomía patológica, que debe considerarse como el mas seguro pedestal de la Patología.

De aquí es porque no ha mucho decia que la cuestion no era tan sencilla como parecia a primera vista. Las consideraciones en que he entrado, me parece que justifican la razon que tenia para ello.

Bajo el punto de vista de las reflexiones anteriores, comprendo por hernia a todo tumor formado en la periferia de una cavidad por un órgano que se ha salido de ella, total o parcialmente, por una abertura natural o accidental o bien por un punto debilitado de sus paredes, i a la salida de una membrana a través de las envueltas que la rodean.

Me parece que esta definicion se encuentra a la altura de las exigencias anatómicas, i de la significacion usual de la palabra hernia. Ella está basada en las ideas de algunos sabios, como Cruveillier, Lebert, Houel i otros, i llegará a ser adoptada por la jeneralidad del mundo médico.

Siguiendo tambien a Cruveillier, dividiré las hernias en seis clases: 1.º hernias membranosas (tunicaires); 2.º hernias acuosas; 3.º hernias traumáticas; 4.º hernias por eventracion; 5.º hernias intersticiales; 6.º hernias por los anillos naturales.

**Hernias membranosas.**—Caracteriza a estas hernias la salida de una túnica o membrana a través de las cubiertas que la rodean: supone, por consiguiente, que el órgano tiene jeneralmente dos o mas capas.—El número de estas hernias es reducido, i se encuentran muy pocas veces en la práctica. Tienen lugar en la vejiga, el tubo digestivo i las membranas sinoviales.

En algunas disecciones de la vejiga urinaria, se han encontrado hasta cuatro i cinco abolladuras, formadas por otras tantas salidas de la membrana mucosa a través de la túnica carnosa de este órgano, de modo que los diversos receptáculos correspondientes a dichas abolladuras la hacian aparecer múltiple. Esta hernia, mas comun en el fondo de la vejiga i a la entrada de los uréteres, no existe nunca en el cuello, en virtud de la disposicion circular i apretada de las fibras musculares. Se concibe muy bien que en el caso de desarrollarse cálculos en estas células, cuando el pedículo de la hernia es muy estrecho, la operación extractiva del cálculo vesical presenta inconvenientes insuperables.

Las hernias formadas por la membrana mucosa del tubo digestivo, poco comunes en los intestinos delgados, se han observado algunas veces en el cólon i principio del exófago de los viejos. Son jeneralmente muy nume-

rosas en la porcion inferior del intestino grueso; i muy desarrolladas a veces en la primera porcion del exófago, hasta el punto de simular el buche de los pájaros.

Las hernias sinoviales se han confundido jeneralmente con los que hasta ahora han sido llamados gangliones sinoviales. Conocidas desde poco tiempo a esta parte, dan lugar a consideraciones quirúrgicas bien importantes, que es necesario tener muy presentes para evitar los resultados desagradables que pudiera traer un tratamiento mal dirigido. Formadas a consecuencia de esfuerzos mas o menos considerables, i mas o menos repetidos, que han determinado la ruptura de algunos ligamentos, dando lugar a la salida de esas membranas sin aberturas, segun la opinion de Cruveillier, tienen siempre un cuello muy estrecho que concluye por obliterarse, en razon de la elasticidad de los tejidos i de la inflamacion consecutiva. De modo que estando al principio en comunicacion con la articulacion, su abertura traeria indudablemente los perjuicios i los accidentes justamente temibles de las heridas de las articulaciones; perjuicios i accidentes que no son de temer mas tarde por la obliteracion que se sigue casi siempre al poco tiempo de tener lugar la salida de la sinovial.

**Hernias acuosas.**—Las hernias acuosas no se las encuentra sino en el eje cerebro espinal i en el abdomen.

Las hernias acuosas del eje cerebro espinal, se dividen segun aparecen en el cerebro o en el canal vertebral. Las primeras reconocen por causa la hidrocefalia; i a las segundas se las conoce con el nombre de espina-bífida.

Las hernias acuosas del cerebro, reciben diferentes denominaciones segun el sitio en que se verifican. Pueden ser simplemente acuosas i mistas. En éstas, una parte de la masa cerebral ha salido fuera de las paredes huesosas, ya porque el líquido residia en los ventrículos laterales, ya por una simple proincidencia. Las hernias que tienen su sitio en la parte posterior reciben el nombre de *notencefalia*, las anteriores de *proencefalia*, las superiores de *podencefalia*, i las que se desarrollan en la parte anterior de la base todavía no han recibido un nombre especial.

La espina bífida o hernia acuosa del canal raquidiano, es siempre congénita; i si bien algunas veces se ha creído verla desarrollarse algun tiempo despues del nacimiento, ello no debe atribuirse a otra cosa que a un retardo en la manifestacion esterna de la enfermedad. Debida a la falta de desarrollo de los huesos vertebrales, segun la opinion mas jeneralmente admitida, debe atribuirse, segun Cruveillier i Houel, al obstáculo de osificación que resulta de la salida de la medula espinal i sus envueltas para esparcirse en el tumor, mas bien que a una falta de desarrollo congénita. Esta opinion parece estar acorde con los resultados de las direcciones anatómicas; porque casi siempre la medula espinal se encuentra formando

parte del tumor; i sino ella, las ramificaciones nerviosas en que se convierte al fin del canal raquidiano.

La espina bífida, cuando es completa, es decir, cuando ocupa toda la estension de la columna vertebral como la ha observado Broca, coincide siempre con la anancefalia. Su sitio de preferencia es la porcion lumbar o la rejion lumbo-sacra.—No siempre esta afeccion va acompañada de vicios de conformacion como piensan algunos autores.

**Hernias traumáticas.**—Se observan en las tres cavidades esplánicas: el cerebro, el pecho i el admómen.

Retenido el cerebro en su posicion por ataduras mas o ménos firmes, i sujeto solo a un ligero movimiento isócrono a las pulsaciones arteriales; movimiento debido, segun Flourens, a los actos de espiracion i inspiracion, i segun otros a la arteria basilar, es una viscera poco apta para escaparse por las aberturas accidentales que puedan darle paso. Sin embargo, se la ve presentarse algunas veces; i entónces el tumor es formado por la prolongacion de una parte de los hemisferios, que se alarga a través de la solucion de continuidad como si fuera solo una vejetacion.

Las hernias traumáticas del pulmon son bastante raras al sentir de Cruveilhier; i piensa que una gran parte de las que así se han creído no han sido otra cosa que empiemas parciales, que han podido simular mui bien, por los movimientos de estension i depresion, una verdadera hernia traumática del órgano respiratorio. Pero esto solo puede haber sucedido cuando una contusion ha desgarrado los músculos intercostales sin haber producido solucion alguna de continuidad en la piel; porque de otro modo no podria concebirse, desde que si la herida hubiera interesado todo el espesor de las paredes torácicas, la hernia pulmonar se habria producido con facilidad, i hubiera sido imposible confundirla con alguna otra.

En cuanto a las hernias abdominales difícil es concebir como una herida cualquiera puede dejar de producirlas. No hai casi un solo punto de las paredes que contribuyen a formar esta cavidad por donde no puedan tener lugar. Así es que se las observa tanto en las paredes anteriores como en las laterales; i no son tan escepcionales las diaframáticas i las perineales. La columna vertebral, como un pilar óseo que se destaca en el fondo posterior del abdómen, es la única barrera insuperable que se opone a la salida de las vísceras.

**Hernias por eventracion.**—Reconocen por causa la relajacion con adelgazamiento de algunos de los puntos de la cavidad abdominal. Jeneralmente se las observa en la linea blanca, en el diaframa i en la rejion perineal. Las conjénitas tienen su sitio en el ombligo, i algunas veces, tambien en el diaframa. En cuanto a las perineales, se las nota que se presentan por la vajina, la vejiga (formando lo que jeneralmente se llama su extrofia), i Cruveilhier admite una eventracion rectal, que aunque hasta ahora

no ha sido observada segun cree Houel, no seria estraño que se pudiera formar desde que se la concibe teóricamente. En este caso, los intestinos, deprimiendo la pared anterior del recto, formarian un tumor en el ano perceptible a la vista i al tacto.—En las *Obras quirúrgicas* de Astley Cooper se lee un caso que a mi parecer indica mui bien la posibilidad de esta clase de hernia.

“En un caso que examiné, dice este autor, el peritoneo que en el estado normal se refleja en la parte anterior del recto, estaba echado hácia abajo por los órganos que se habian dislocado. Pero la piel no parecia haber cedido en término de formar un tumor al exterior.

“La estremidad del saco herniario estaba colocada por delante del ano.

“La próstata estaba inmediatamente situada por delante del saco. El fondo de la vesícula seminal se situaba sobre la parte lateral del saco; su cuello correspondia adelante.

“La vejiga cubria cerca de una pulgada i tres cuartos de la parte exterior de la hernia.

“El orificio del saco estaba a dos i media pulgadas por encima del nivel del ano.

“Este exámen se ha hecho sobre un sujeto que se habia evado para las disecciones.

“La existencia de este tumor se hubiera podido reconocer sin duda durante la vida por la introduccion del dedo en el recto; pero en el estado de reductibilidad o irreductibilidad, todo lo que se hubiera hecho seria proporcionar un alivio temporal vaciando el tumor por medio de una presion mui fuerte.”

En cuanto a las eventraciones umbilicales conjénitas, me permitiré transcribir algunas consideraciones en que entra Houel, i que juzgo mui importantes, no solo por las diferencias esenciales que las distinguen de las llamadas accidentales, sino tambien bajo el punto de vista del interés científico. “Las paredes de estas hernias, dice, son delgadas, transparentes, i dejan muchas veces ver el intestino que contienen. Se distinguen en ella dos hojas; la una exterior, delgada, se continúa con la epidermis, i no es otra cosa que la *hoja serosa del blastodermo*; la hoja interna se continúa a la vez con el peritoneo i los músculos de la pared abdominal: es la *hoja mucosa blastodérmica*: entre estas dos hojas existe la sustancia de Wharton Jones, i los vasos umbilicales que están unas veces separados i otras unidos. La implantacion del cordón no es nunca central sobre el tumor herniario, es siempre periférica, i se le encuentra principalmente sobre el lado izquierdo i cerca de la base. Todas las vísceras abdominales pueden encontrarse en esta hernia, hasta el hígado, el estómago i el bazo.”

Algunos autores niegan la persistencia de la vesícula umbilical, i aun la pérdida de sustancia de las paredes abdominales, mientras otras hai que la aseguran.

*Hernias intersticiales o por separacion de fibras.*—Son algo comunes, i se las vé formarse en el diafragma, la línea blanca i junto a los anillos, que es donde mas generalmente se las encuentra.

El profesor Goyrand dice que la hernia inguinal intersticial puede adquirir un volúmen enorme. Parece que entónces el anillo inguinal esterno es mui estrecho para dejar pasar las vísceras. Las relaciones de esta hernia son dignas de examinarse. Por delante está limitada por la aponeurós del grande oblicuo, que siempre se halla mui adelgazado, los manojos inferiores del oblicuo pequeño i el cremáster; hácia atrás por la facia trasversal; hácia abajo por el ligamento de Poupert o arco crural, i hácia arriba por el oblicuo menor i el trasverso. Esta hernia suele pasar a través de un desgarró del oblicuo pequeño, para colocarse entre él i la aponeurós del oblicuo mayor.

La hernia diafragmática intersticial se diferencia de la formada por eventración, en que en aquella no hai ninguna túnica carnosa que separe las vísceras abdominales de la pleura; mientras que en esta última hai siempre una membrana carnosa interpuesta entre ellas; i digo membrana, porque hasta ese grado ha llegado a reducirse el plano musculoso del diafragma.

Esta clase de hernia reconoce por causa esfuerzos violentos, no pocas veces independientes de la fuerza impulsiva de las vísceras, que han alcanzado a determinar una separacion de fibras mas o ménos considerable.

*Hernias por los anillos naturales.*—Son sin duda alguna las mas comunes, en virtud de la fuerza impulsiva de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, i de las condiciones anatómicas de las paredes de ésta. Por ellas pueden salir, ya primitiva o consecutivamente, todas las vísceras. Las primeras porciones del intestino que salen, arrastran las demas, i los órganos con quienes están mas en relacion.

Los anillos u orificios naturales, que pueden dar paso a las vísceras, son el anillo inguinal, el crural, el agujeró oval, el ombligo i la escotadura isquiática. Esta última es mui rara, i solo posee hasta ahora la ciencia dos casos regularmente observados. El uno lo fué por Lassus en el vivo, i el otro que refiere Cooper en sus obras, comunicado por Jones, no se conoció hasta despues del fallecimiento del paciente.

En el caso de Lassus, el tumor formaba eminencia en la parte anterior i superior de la pélvis; era oblongo, indolente, i al principio se le habia tomado por un lipoma. Habiéndose obtenido su reduccion despues de algunas moderadas tentativas, se le puso a la enferma un vendaje de pelota sostenido con correas al rededor de la pélvis.

Las hernias abdominales son las que han sido mejor estudiadas hasta

ahora, tanto por lo comunes que han llegado a ser, i por las particularidades anatómicas que las caracterizan, cuando por la importancia quirúrgica de los medios con que se las socorre en los diversos accidentes a que dan lugar.

La historia de estas hernias está a una altura verdaderamente envidiable. Solo su curacion radical continúa i continuará siendo una pesadilla incómoda para la Cirujía. Por lo demas nada hai casi que desear.

Las hernias se dividen, tambien, segun la época en que aparecen, segun el sitio, las partes que la forman, i segun sus complicaciones.

*Segun la época.*—Las hernias son anteriores o posteriores al nacimiento. Las primeras se llaman conjénitas i las segundas adquiridas o accidentales. Aquellas están en relacion con éstas, segun Cloquet, como 1,16 es a 63. Las hernias conjénitas reconocen por causa jeneralmente una falta de desarrollo o una abertura accidental.

*Segun las partes que las forman.*—Todas las vísceras de las tres cavidades esplánicas que componen el cuerpo humano, son susceptibles de formar hernia, a escepcion del duodeno, el pancreas i los riñones, a causa de su colocacion i de las sólidas ataduras que los mantienen en su posicion.

La cavidad craneana cerrada por paredes huesosas, conteniendo órganos delicados cuya movilidad es reducida a mui ligeras proporciones, no permite salir al cerebro i sus membranas sino en circunstancias bien poco numerosas. Así es que fuera de las hernias traumáticas, que por cierto no deben tenerse mui en cuenta para formar cálculos estadísticos, casi todas las demas son anteriores al nacimiento.

Limitada la cavidad torásica en todos los puntos de su circunferencia, por paredes musculares i huesosas, i encerrando órganos que como los pulmones están fijos a la columna vertebral, i sujetos a movimientos de una estension no mui considerable, las hernias son aquí tambien bastante escasas.

La naturaleza ha sabido rodear de paredes sólidas i resistentes a aquellas cavidades cuyos órganos delicados no están sujetos a grandes movimientos de expansion, i de depresion por consiguiente. La elasticidad i blandura de las paredes no estaba bien a esa clase de vísceras.

Llegamos ya a las hernias de las vísceras abdominales, que son las mas numerosas i las mas variadas. Arnaud ha calculado que los individuos afectados de hernias abdominales son al resto de la poblacion como 8 es a 100; mientras que Chopart i Desault creen que están en la proporcion de 6 a 7 por 100, i Louis de 1 sobre 50. Juville admite 1 sobre 30 para la Alemania, 1 sobre 15 para Italia i España, i 1 sobre 20 para la Francia i la Inglaterra.

No es difícil darse cuenta del porqué las hernias abdominales son mas

comunes que las otras. Encerrando el abdómen órganos exesivamente dilatables por los gases, por los alimentos i por los actos respiratorios; órganos que están en contacto inmediato con las aberturas que dan paso a los vasos i nervios que salen de la cavidad; siendo por otra parte sus paredes muy flexibles para sostener sin perjuicio ese impulso incesante de las vísceras, el equilibrio que existe en el estado normal puede romperse, i dar lugar entónces a la dilatacion de esas aberturas i al adelgazamiento de las paredes.

La pared anterior de la cavidad abdominal es precisamente la mas dispuesta a dar lugar a las hernias. "De todos los órganos contenidos en esta cavidad, dice Sebatier, los mas voluminosos i los ménos movibles son los que ocupan la circunferencia de la cavidad: en el medio se encuentran los que gozan de una gran movilidad i que se prestan a una reduccion de volúmen mas considerable. El hígado, el bazo, el estómago, el duodeno, el páncreas, los riñones, la vejiga i la matriz, forman una especie de círculo doble con el que describe el ciego, el cólon i el recto, i en el centro del cual se encuentra la masa libre i flotante de los intestinos delgados i el epíplon. Este acomodo no es indiferente, porque ofrece de particular que los órganos que, por su volúmen i fijeza, son los ménos propios para hacer parte de una hernia, están precisamente en relacion con aquellas paredes de la cavidad ménos dispuestas a permitir la produccion de la enfermedad; miéntras que los órganos mas movibles i mas a propósito para reducirse a un pequeño volúmen, están incesantemente en contacto con los puntos de la circunferencia abdominal mas dispuestos a darles salida. La pared superior, la inferior, la posterior i las laterales están poco expuestas; la primera a causa de su posicion, la segunda a causa de su situacion fuera del eje abdominal; las otras a causa de su solidez, de su espesor o de su contestura, i todas a causa del volúmen i poca movilidad de los órganos con los cuales están en relacion, para llegar a ser el sitio de las hernias. La pared anterior, al contrario, móvil, estensible, atravesada por muchas aberturas, i teniendo que sostener la presion de los intestinos delgados i del epíplon, es decir, de los órganos abdominales ménos voluminosos i mas movibles, que, deprimidos por el diafragma, siguiendo la direccion del eje de la cavidad, sostenidos por los órganos pelvianos que impiden su introduccion en la pélvis, i dirigidos por la superficie de los músculos soas e iliaco, van precisamente a forzar los puntos correspondientes a las aberturas mas considerables que presenta; la pared anterior del abdómen, decimos, es no solamente de todas las paredes abdominales, sino tambien de todas las paredes de las cavidades, la que reúne condiciones mas favorables para la produccion de las hernias."

Cada una de estas hernias ha recibido un nombre especial; así la hernia del hígado se llama *hepatocèle*, *epiplocele* la del epíplon, *enterocèle* la de

los intestinos, *entero-epiplocele* la de los intestinos i del epíplon, *cistocèle* la de la vejiga. Las hernias del ombligo que contienen los intestinos, se llaman *enterónfalos*; *epiplónfalos* la formada por el epíplon, i *entero-epiplónfalos* la que contiene los dos. La hernia del cerebro ha recibido la denominacion de *encefalocèle*, la del pulmon *pulmonocèle*, i así las demas.

*Segun el sitio.*—Llamaré solo la atencion sobre las hernias abdominales por ser las que se prestan a una division mas científica, i porque ya me he ocupado anteriormente de las del cráneo.

Cooper admite trece variedades que me contentaré con enumerar lijaramente.

1.º *Hernia inguinal.*—Se verifica por el conducto inguinal, siguiendo el trayecto del cordón testicular en el hombre i del ligamento redondo en la mujer.

2.º *Hernia crural.*—Tiene lugar por el conducto crural, por debajo del ligamento de Poupart. Se la conoce tambien con el nombre de *fe-moral*.

3.º La hernia que se produce en el ombligo, lleva el nombre de *hernia umbilical* i de *exónfalo*.

4.º Las *hernias ventrales* se producen en diferentes partes del abdómen, principalmente en la línea blanca i la aponeurósia que limita en el borde esterno del músculo recto.

5.º La *hernia oval u obturatriz* se forma por el agujero oval.

6.º La hernia que deciendo junto con el nervio ciático lleva el nombre de *isquiatocele*, hernia de la escotadura isquiática.

7.º Las hernias del periné se presentan entre el recto i la vejiga en el hombre; i en la mujer entre la vejiga i el útero, i entre el útero i el recto.

8.º *Hernia vaginal.*—El tumor se manifiesta en la pared posterior de la vajina.

9.º Cuando se forma siguiendo el trayecto de la arteria pudenda interna, la hernia recibe el nombre de *pudenda*, *hernia del gran labio*.

10. La *hernia diafragmática* se verifica siguiendo la direccion de la arteria aorta, del exófago o por aperturas accidentales de este músculo.

11 i 12. Se comprenden en éstas, las *hernias mesentéricas* i *mesocólicas* formadas en las duplicaduras del mesenterio i del mesocólon.

13. Astley Cooper hace una variedad aparte de la *hernia conjénita inguinal*, en virtud de las diferencias anatómicas que la separan de las otras.

*Division de las hernias segun sus complicaciones.*—Las hernias se dividen en reductibles e irreductibles, estranguladas o nó. En aquellas (las reductibles), las vísceras pueden volver a su lugar con mas o

ménos facilidad a través de las aberturas que les han dado paso; mientras que en las segundas, en virtud de las adherencias que han contraído, la reducción se hace imposible. La inflamación mas o ménos aguda i mas o ménos lenta, que ha despertado consecutivamente la salida de las vísceras o de las membranas, i las relaciones que por ella han adquirido, les impide volver a su antiguo lugar.

La estrangulación, que depende de la constricción ejercida por los anillos de las aberturas o por el cuello del saco herniario, es una complicación que merece fijar seriamente la atención. Como su historia i sus síntomas no están bien en este lugar, me reservo para tratarla en otra parte.

Otra de las complicaciones notables de las hernias, pero solo de las hernias abdominales, es el atascamiento; complicación producida por la estagnación de las materias fecales en la asa del intestino que se encuentra fuera.

Se concibe que la antigüedad de una hernia debe influir en los conductos o anillos que atraviesa, como en las partes con que está relacionada, modificaciones que no carecen de interés.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Las consideraciones de Anatomía patológica a que dan lugar las hernias, son tan numerosas i tan distintas como sus variedades. Sin embargo, las principales están relacionadas con los caracteres anatómicos de las hernias abdominales; i por eso es que el examen de ellas absorbe casi completamente el de las otras.

En toda hernia hai que estudiar el saco, las envueltas exteriores del saco, las vísceras que la forman i las aberturas que les dan paso.

**Saco.**—Toda víscera al formar hernia empuja casi siempre delante de sí una parte de la membrana serosa que tapiza la cavidad esplánica en que está alojada. Así es que el cerebro empuja a la arachnoides, el pulmón a la pleura, i las vísceras abdominales al peritoneo que tapiza las paredes del vientre. Esta cubierta serosa que acompaña a las vísceras cuando cambian de sitio, se llama *saco*.

Los antiguos creían que todas las hernias carecían de saco, porque se figuraban que los órganos, al salir al exterior, rompían la serosa; i de aquí el nombre de *ruptura* que se le dió a esta clase de enfermedades; error que la Anatomía patológica ha venido a poner de manifiesto en la jeneralidad de los casos. I digo en la jeneralidad de los casos, porque hai ciertas clases de hernias que carecen de ese saco, como las traumáticas, por ejemplo, i aquellas que a consecuencia de una excesiva dilatación del tumor han concluido por romper el peritoneo.

Hai otra clase de hernias que no tienen mas que un saco incompleto. Estas son las formadas por aquellos órganos que no están cubiertos sino

en parte por el peritoneo en su estado normal; como la vejiga, la S del cólon, el apéndice del ciego i el recto. Se concibe, en efecto, que cuando la vejiga sola forma hernia, debe arrastrar consigo la única porción de peritoneo que la cubre, de modo que por un lado tendrá la cubierta mientras que por el otro carecerá de ella.

Se ha creído, también, que las hernias que se verificaban de pronto carecían de saco, por el esfuerzo que las producía; pero las disecciones anatómicas ha hecho ver que esa creencia era solo una ilusión, un engaño teórico.

En todo saco hai que estudiar: 1.º el cuello; 2.º el cuerpo; 3.º la superficie esterna; 4.º la superficie interna; 5.º el volúmen; 6.º la forma.

**Cuello.**—Se llama cuello la porción estrecha o del saco que establece la comunicación entre él i la serosa de la cavidad. El cuello es por consiguiente la porción mas angosta del saco herniario. Sin embargo, las hernias que recién principian a formarse, es decir, las que no tienen mas que una prolongación en forma de dedo de guante de la convexidad intestinal, por ejemplo, nos tienen estrechez alguna del saco a la altura del anillo; pero a medida que una nueva porción del órgano es arrastrada afuera, el cuerpo del saco aumenta, i el cuello se marca i se diseña.

El cuello es mas o ménos largo segun la estension de camino que tiene que recorrer a través de los conductos naturales o accidentales que han dado paso a los órganos herniados. I si este conducto es estenso, entonces el cuello cuenta con dos orificios correspondientes a los de aquel.

El cuello sufre diversas modificaciones i alteraciones que conviene conocer. Una de las mas notables, son ciertos repliegues de su superficie interna, que se han comparado mui injeniosamente a los producidos en una bolsa cuando se apretan sus cordones. Estos repliegues, llamados *stigmas* por Cloquet, se unen algunas veces entre sí, i dejeneran con el tiempo en un tejido fibroso, denso i apretado, que se ha comparado al tejido cicatricial. Si las vísceras herniadas se han reducido, i han podido ser mantenidas en su posición por los medios contentivos que el arte proporciona, el cuello del antiguo saco puede llegar a obliterarse completamente, por el mismo mecanismo que el del anillo inguinal despues del descenso del testículo; pero si esa reducción ha sido solo temporal, i nuevos esfuerzos vienen a hacer reproducir la enfermedad, ese cuello semi-obliterado, incapaz de dar paso de nuevo a las vísceras herniadas recientemente, puede ser desprendido de las adherencias que habia contraído con los tejidos circunvecinos, para dar lugar a un nuevo saco i a un nuevo cuello, i ser causa de lo que se designa algunas veces con el nombre de saco de cuellos múltiples, lo que es de una gran importancia tener presente, para no contentarse con el desbridamiento que se haga en el primer obstáculo que se encuentre en la operación de lo que se llama una hernia estran-

gulada.—Los dos sacos herniarios que hemos visto formarse poco ha, llegan muchas veces a adherirse sin comunicarse por el fondo.—Obrando siempre la causa que ha dado lugar a la salida de las vísceras, éstas continúan descendiendo por la parte lateral del segundo saco, hasta poner sus anillos casi a un mismo nivel, de modo que, entonces, los dos sacos están colocados el uno junto al otro, i muchas veces el último continúa descendiendo i aumentando de volumen.

En algunas ocasiones, una parte del epíplon o de una circunvolucion intestinal, se introduce por el orificio semi-obliterado del saco antiguo, i los síntomas de estrangulacion no se dejan esperar. El cirujano, entónces, necesita de mucha habilidad para ver en que punto reside la causa que ha puesto en juego la cohorte de síntomas aterradores que acompañan a este accidente. Un error de diagnóstico seria altamente perjudicial.

Hai algunos sacos múltiples que deben su formacion a un mecanismo distinto del mencionado. Así es que, por ejemplo, cuando el cuello antiguo no ha permitido el paso a las vísceras nuevamente herniadas, ni las adherencias con las partes que lo rodean han cedido al impulso trasmitido, el peritoneo se dilata en la misma direccion del antiguo saco, i va a formar uno nuevo a su lado. Ambos concluyen al fin por reunirse por sus paredes, teniendo un mismo cuello.

Bourdon refiere el caso de una hernia de cuello múltiple, debida a la estrechez misma del cuello (i ésta a la del conducto inguinal) en la que el tumor se habia desarrollado en el espesor de las paredes abdominales, por estar casi obliterado el anillo interno i esterno. Este individuo murió a consecuencia de una estrangulacion interna que pasó desapercibida durante la operacion.

Los sacos cuyos cuellos han llegado a obliterarse para la reduccion sostenida de las vísceras herniadas, suelen convertirse en quistes serosos.—Otras veces se ha encontrado en estos sacos un pedazo de epíplon que, uniéndose íntimamente con el cuello, ha obliterado la abertura antigua i ha proporcionado así una curacion radical.

Las adherencias del cuello al anillo han suscitado justas discusiones. Miéntas que Louis cree que estas adherencias existen siempre, sin escepcion alguna, Ledran i otros no convienen con ese parecer. Hoi dia la ciencia cuenta con algunos casos de hernias reducidas en masa que han sufrido despues una estrangulacion interna producida por la contriccion del cuello del saco reducido.

2.º *Cuerpo*.—El cuerpo del saco es de un volumen variable, segun la antigüedad i el número de vísceras que forman la hernia. Múltiple en algunos casos, como ya lo hemos dicho, es siempre único por lo jeneral. Se forma por la distension lenta i sucesiva de la serosa que se alarga en el punto empujado por los órganos.—Delgado al principio, por su misma

distension, concluye casi siempre por adquirir mas grosor que el que tenia primitivamente. La vascularizacion abundante que en él se opera, determina ese aumento de espesor, hasta el punto de ser doble i triple del resto de la membrana.

Pero se concibe que si nuevas vísceras salen de la cavidad esplánica en que están alojadas, el saco tendrá que distenderse hasta un punto que no lo permita su estensibilidad, i entónces se verificará su ruptura. De aquí la existencia de antiguas hernias sin saco, que permiten conocer el movimiento peristáltico de los intestinos, i en parte, tambien, justificado el nombre de *ruptura* dado por los antiguos a esta clase de afeccion.

Otras veces el saco se rompe por efecto de una violencia exterior, i las partes herniadas se escapan de su cavidad. En un caso de hernia inguinal, observado por Astley Cooper, las vísceras habian penetrado bajo la piel del escroto, a través de una abertura situada en la parte anterior del saco; i la reduccion de la hernia no pudo hacerse sino despues de haber conducido los intestinos a su cavidad. Algunos otros casos de este jénero observados por Boyer, Lobstein, Debrou, Munaret, etc.; deben ponernos sobre aviso cuando se trata de la operacion de la hernia estrangulada.

De las inflamaciones mas o ménos repetidas, que tienen lugar en la afeccion de que nos ocupamos, resultan exudaciones plásticas que forman numerosas adherencias entre las vísceras herniadas, la superficie esterna del saco i las partes blandas que lo rodean; adherencias que impiden absolutamente toda reduccion, como lo he observado yo mismo en un caso desgraciado de exónfalo que se presentó, en el Hospital de San Francisco de Borjas, por el mes de octubre de 1860.

Se ha creido jeneralmente que todo saco herniario debe contener una mayor o menor cantidad de líquido en su interior. Esta idea que tiene mucha razon de ser bajo el punto de vista teórico, sale fallida en algunas circunstancias escepcionales, i las graves equivocaciones a que ha dado lugar deben hacernos mui precavidos, para no interesar algun órgano importante en una operacion, como en un caso citado por Roche i Sanson, en el que fué llamado a consulta Dupuytren, cuando ya se habia herido el intestino, persistiendo todavía el operador en ir todavía mas allá hasta encontrar el supuesto líquido seroso.

3.º *La superficie esterna del saco* contrae siempre adherencias, mas o ménos sólidas, con las partes circunvecinas; de modo que todo saco llega a ser irreductible con el tiempo. Las bridas que se forman pueden ser causa de la estrangulacion de las vísceras, cuando rompiendo el saco, van a entenderse por debajo del tejido celular o de la fascia que lo cubre, ántes de este accidente.—Esta superficie está cubierta muchas veces de pedotones adiposos o de quistes serosos que pueden simular un hidrocele en la hernia inguinal, como dice haberlo observado Dupuytren.

4.º *La superficie interna*, lubricada por una cantidad variable de serosidad, es lisa i no se adhiere jeneralmente a las vísceras. Pero otras veces la serosidad falta; i resintiéndose esta superficie de las inflamaciones a que está espuesta, suele contraer adherencias celulosas i célulo-fibrosas con los órganos herniados, por entre las cuales puede insinuarse una pequeña porcion del epíplon o de los intestinos e ir a sufrir una verdadera estrangulación.

5.º *Forma*.—Ella es algo variada por lo que respecto al cuello, pues unas veces es triangular, otras oval i no pocas redondeado, segun es la abertura fibrosa que le da paso; pero la del saco es jeneralmente globular. Tomados en conjunto, representan unas veces la figura de un matraz, otras la de una retorta, etc.

*Cubiertas exteriores del saco*.—Mucho se ha discutido sobre el número de hojas fibrosas i celulares que cubren las hernias; pero a pesar de las interminables disputas de algunos anatómicos, la cuestion subsiste en pié; porque fuera de que ese número de hojas debe variar segun el sitio de la hernia, las inflamaciones repetidas deben, sin duda alguna, inducir modificaciones que la práctica sanciona no pocas veces. Siendo pues imposible examinar las envueltas exteriores de las hernias bajo un punto de vista jeneral, me limitaré a decir que las partes circunvecinas se les encuentra muchas veces edematosas. Este edema que Demaux atribuye a una infiltracion de la serosidad del saco herniario, se debe, segun Dupuytren, a las tentativas de táxis; pero, a mi parecer, debe mas bien atribuirse a la dificultad que experimenta la circulacion, en vista de lo jeneral que es este edema, no solo en toda clase de hernias, sino tambien en casi todos los tejidos que las rodean.

*Vísceras herniadas*.—Las vísceras experimentan, tambien, diversas modificaciones, segun su antigüedad. Libres en el interior del saco herniario cuando recién aparecen, adquieren algunas veces, con el tiempo, adherencias mas o ménos sólidas, que son un grande inconveniente cuando se trata de reducir las.—Estrechadas por el cuello del saco herniario, perturbadas sus funciones circulatorias, i espuestas a inflamaciones por su situacion esterna, las vísceras herniadas continúan cada dia sufriendo alteraciones.

Si el cerebro o el pulmon son los que forman hernia, las cerebritis i la neumonia no tardan mucho en aparecer, i esponen a los enfermos a las graves consecuencias de estas enfermedades.

Si las hernias son membranosas, facil es darse cuenta de los peligros que pueden acarrear; aunque si son las sinoviales las que las forman, el cuello del saco se oblitera i no hai que temer ya su comunicacion con la articulacion.

Pero las que dan lugar a consideraciones mas importantes, son sin duda

alguna las hernias abdominales, cualquiera que sea la clase a que pertenecan. Examinemos sumariamente algunas de esas particularidades.

Por regla jeneral, las vísceras herniadas guardan la relacion que tenian en el interior del abdómen. Así es que el epíplon se halla siempre delante del intestino. Pero esta disposicion suele sufrir algunas alteraciones que no dejan de ser importantes bajo el punto de vista práctico. Poco a poco el epíplon puede contraer adherencias con el saco, cubrirse de apéndices adiposos, i los intestinos escaparse por uno de sus lados para ir a presentarse en primera línea.

Si el epíplon es el único que ha salido de la cavidad abdominal, puede suceder: 1.º que se encuentre libre en medio del saco; 2.º que contraiga adherencias. En el primer caso, no tarda en arrastrar otra porcion de peritoneo o de los intestinos; i en el segundo puede convertirse en un cordon duro i estendido, que cierre completamente la cavidad del cuello i lo oblitere, contribuyendo así a una curacion radical i completa de la hernia, tomándose cuando forma una especie de hongo, por un testículo supernumerario, como ya ha sucedido. Pero otras veces las vísceras se insinúan por entre estas adherencias, i van a formar un tumor en el que están alteradas las relaciones de posicion, como en el caso que mas arriba acabo de mencionar.—Sobre este mismo epíplon suelen encontrarse quistes serosos, cuya causa de formacion no es tan fácil de explicar.

Arrastrado el epíplon i los intestinos fuera de su situacion normal, es natural suponer que el mesenterio sufra una distension entre su punto de insercion en la columna vertebral i la concavidad del asa intestinal situada al exterior, lo que efectivamente demuestran las disecciones anatómicas.

En cuanto a la anatomía patológica de los intestinos, es de notar el engrosamiento de sus paredes, hasta el punto de producir la obliteracion de su cavidad, impidiendo de este modo el libre curso de las materias fecales, como dice haberlo observado Courtavoz, Mertrud i otros. Conviene saber, tambien, que la mayor parte de las estrecheces intestinales, ya sean debidas al engrosamiento de sus paredes o a la compresion producida por los anillos naturales i cuello herniario, no persisten cuando la hernia ha sido reducida i tratada convenientemente. M. Malgaigne se manifiesta reacio (i con justa razon) a admitir esas estrecheces, en forma de anillos, que persisten durante algun tiempo en los intestinos que han sufrido una larga compresion por las aberturas que les han dado paso.

Cuando se hace el exámen anatómico de una hernia estrangulada, los órganos herniados se encuentran friables, e lematosos, inflamados i granados siempre.

*Aberturas que dan paso a las hernias*.—Son de dos clases: naturales o accidentales. Estas, como aquellas, estrechas al principio, aumentan de estension a medida que nuevos órganos, o parte de órganos, van a pre-

sentarse al exterior. Si la hernia tiene lugar por alguno de los conductos inguinal o crural, sus orificios cambian de situacion i concluyen por corresponderse mas directamente, disminuyendo, por consiguiente, la distancia que entre ellos existia.

El aspecto, la situacion i las relaciones de las aberturas, están en relacion con la causa que ha producido la enfermedad. Si la hernia se ha ido formando lentamente, el anillo que la ha dado paso ha tenido tiempo de irse acomodando a las necesidades de ella; lo que ha traído por resultado el debilitamiento de las fibras que lo constituyen, i la relajacion de las facias que lo cubren; pero si la causa ha obrado con rapidez, si es un esfuerzo violento el que la ha determinado, la abertura que se habia dejado sorprender, por decirlo así, por una invasion repentina, se rehace sobre sí misma, i el contorno del anillo se reduce casi a sus proporciones naturales: de aquí la estagnacion sanguínea, la inflamacion consecutiva i la estrangulacion, a veces, de las vísceras, que han cambiado de lugar. En ambos casos, sin embargo, las vísceras pueden volver a entrar en su cavidad; pero se concibe mui bien que en el segundo, las dificultades de reduccion son mucho mayores, i que si se llega a efectuar, el saco quedará como un testigo mudo de la existencia de la afeccion.

Las alteraciones orgánicas de los tejidos aponeuróticos que forman los anillos, por donde las vísceras se hernian, alcanzan hasta un punto que es difícil determinar. Baste decir que su relajacion es tanto mas considerable, cuanto mas antigua es la afeccion i cuanto mas lentamente se ha ido formando.

ETIOLOGÍA.

El conocimiento de las causas que da lugar a la afeccion de que nos ocupamos, es de una grande importancia; pues por su medio alcanzamos a conocer el mecanismo de su formacion, i obtenemos el conocimiento tambien de los medios mas apropósitos para su reduccion i curacion.

A. *Causas predisponentes.*—Las examinaremos bajo el punto de vista de la herencia, de la edad, del sexo, de las profesiones, de la constitucion i del clima.

La *herencia* tiene una influencia que en la actualidad no puede ponerse en duda. La debilidad de los anillos i de las aberturas de las cavidades, pasa muchas veces de jeneracion en jeneracion. Manec i Nivet han observado, entre treinta i siete personas que padecian hernias, diez que debían atribuirse a esta causa. De éstos, cinco habian sido heredadas por parte de padre, tres por parte de madre, i dos por la de los abuelos. Advierten, tambien, que una gran parte de las mujeres que contestaron negativamente no estaban bien en posesion de los hechos que aseguraban.

*Edad.*—“Si tomando desde luego, dice Malgaigne, el número total de

hernias observadas, buscamos la proporcion de las que se presentan el primer año del nacimiento, encontraremos que es de un 52, por término medio; variable en los dos sexos, para los niños varones de un 38, para las niñas de un 62. La proporcion es mucho mas grande para el sexo femenino en esta edad, que para todas las épocas de la vida tomadas en conjunto: la razon puede darse fácilmente. Se trata aquí, sobre todo, de las hernias inguinales i exófalos: para la última los dos sexos no tienen razon alguna que los disponga mas a uno que a otro; para las inguinales el canal de Nuck está mas frecuentemente abierto en las niñas que el canal inguinal en los niños; solamente el descenso de los testículos es una causa que predispone mas a éstos las hernias conjénitas. A la edad de uno a dos años, la proporcion baja mucho; pero mas todavía de los dos a los cinco años; i veremos mas tarde que esta disminucion no está acorde con las pérdidas esperimentadas por la poblacion de esta edad. De quince a treinta años, la disminucion continúa, poco mas o ménos, de igual modo para los dos sexos; i es de notar sobre todo, que la época comprendida entre los ocho i nueve años, suministra el menor número de hernias. Parece que entónces se detienen las hernias de la primera edad i que nuevas causas van a otrar en seguida para producir hernias nuevas. Desde los trece años, sobre todo, el aumento es mayor, i hasta los veinte e nota casi exclusivamente sobre el sexo masculino. Pero llegamos a los veinte años; desde ahí hasta los veinte i ocho, el crecimiento es notable, pero mas quizás en las mujeres que en los hombres. Entónces es cuando se muestran en las primeras los exófalos accidentales i las hernias crurales, exesivamente raras ántes de esta edad, tan raras que por mi parte no he visto todavía mas que un ejemplo. El resultado total de las cifras da a conocer un aumento en las hernias de una cuarta parte en los hombres, i de la mitad en las mujeres. De los veinte i ocho a los treinta, las hernias continúan en aumento, i sobre todo en las mujeres. De treinta a treinta i cinco, las cosas quedan poco mas o ménos en el mismo estado; el número de las hernias permanece estacionario; pero entónces ha concluido la segunda juventud, la edad viril comienza, i va a producir a su vez notables resultados. De treinta i cinco a cuarenta, la progresion numérica asciende, i se dobla casi en los dos sexos, i es aun superior a la de los años siguientes. De cuarenta a cincuenta, en efecto, el número de las hernias disminuye un poco en los hombres, pero queda una marcada predominacion en las mujeres.”

Es tambien en la primera edad cuando se observan las hernias que hemos llamado acuosas.

*Sexo.*—Tomando en conjunto las hernias observadas en los dos sexos se ha notado que son mas frecuentes en los hombres que en las mujeres. La proporcion, segun Nelaton, es de cuatro a uno.

Las profesiones tienen una influencia muy notable en la producción de las afecciones herniarias. Todas las que exigen que los individuos estén de pie i hagan grandes esfuerzos, son las que las producen mas comunemente. Así es que las observamos en los cargadores, los vendedores de fruta i dulces que llevan el canasto aplicado directamente al abdomen i que dan grandes gritos al mismo tiempo, en los barreteros, i tambien en los que tienen que andar en caballo de trote, etc.

**Constitucion.**—Los individuos de talla elevada son mas dispuestos a las hernias que los de una estatura mediana. Malgaigne ha llamado la atención sobre ciertos hombres de vientre aplanado, en quienes los músculos rectos formando una eminencia media, dejan depresiones laterales a los lados, disposición que, sin duda alguna, predispone a la formación de las hernias.

**Enfermedades anteriores.**—Hai ciertas enfermedades que, debilitando las paredes de las cavidades, predisponen a estas afecciones. No podrá ponerse en duda la influencia de las hidropesías, de los tumores abdominales, de la preñez, la falta de desarrollo conjénito i la gordura excesiva en esta clase de enfermedad.

**Clima.**—No conozco observación alguna sobre la influencia del clima en la producción de la enfermedad que venimos tratando. Sin darle una grande importancia, me parece, sin embargo, que ella debe ser algo mas comun en aquellos países cálidos i húmedos, en que el temperamento es suficiente causa de relajación de los tejidos. Sea esta una idea que pueda ser acogida por los que se ocupan de estadística médica.

Entre las causas predisponentes deben comprenderse, a mas de la debilidad parcial de las cubiertas abdominales, la contracción violenta de sus paredes i la acción impulsiva de las vísceras, de que nos hemos ocupado ya en el curso de este trabajo.

**B. Causas ocasionales.**—Dispuestas ya las aberturas naturales a dar paso a las vísceras, solo falta que un esfuerzo vaya a impelerlas para que cambien de sitio. Un salto, una caída, los esfuerzos para defecar en los sujetos estreñidos, el vómito, los movimientos violentos del parto, un grito, un fuerte tenesmo vesical, son suficientes para que aparezca un tumor herniario, donde ántes nada habia.

De ciento diez i seis personas afectadas de hernias, que citan Manete i Nivet, doce ignoraban la causa de su enfermedad; en cuarenta i siete la hernia habia sido producida por un esfuerzo considerable e instantáneo; veinte i cinco por conducir fardos de un punto a otro, por serrar madera, etc.; diez por una caída, nueve inmediatamente despues de un parto; tres por una caída sobre el vientre durante la preñez. En dos casos este accidente ocasionó un aborto. Dos veces por los esfuerzos del parto; cuatro por una separación considerable de las estremidades inferiores para saltar

una acequia; dos veces por fuertes contusiones del abdomen. En los cuatro casos restantes, ha parecido ser la causa determinante de la hernia el paso de un cabriolé sobre el vientre, un esfuerzo considerable para gritar en el momento de un susto, cólicos violentos i esfuerzos de vómitos.

Íntil me parece decir que la existencia de una considerable cantidad de líquido, determina lo que Cruveilhier llama hernias acuosas.

¿Pero cómo explicar el mecanismo de formación de las hernias dobles? Si la hernia primitiva ha desviado la masa intestinal en el sentido de su dirección ¿cómo es que una segunda hernia puede presentarse en el lado opuesto? Imposible me parece contestar a tan justa reflexión, desde el momento que se observa que el receptáculo del lado opuesto está generalmente mas dilatado.

En el Museo de Dupuytren, en Paris, se encuentran, bajo los números 167 i 168, dos ejemplares de esta especie. El primero es una hernia inguinal interna de ambos lados en un sujeto de sesenta años. El segundo es mas curioso todavía:—es una hernia inguinal esterna a la derecha con su saco en zurrón, i a la izquierda la hernia es doble, la una oblicua, la otra directa. Los dos casos han sido observados por Julio Cloquet.

#### SINTOMATOLOGIA.

Las hernias son tumores por lo jeneral indolentes, de forma i volumen variables, situadas principalmente en los puntos próximos a los anillos naturales de las cavidades, sin cambio de color en la piel, blandos i fáciles de reducirse.

El volumen de ellos varia según la causa que los ha producido, la abertura por donde se han formado, i su antigüedad.

Cuando la causa predisponente ha tenido tiempo de debilitar en alto grado las aberturas, el tumor es de un volumen enorme muchas veces; pero si apenas ha modificado su resistencia, al mismo tiempo que no se forman nunca de repente, solo una pequeña parte de los órganos se encuentra en ellos. Se puede entonces notar, aplicando la mano sobre el tumor, la facilidad con que desaparecen, si se hacen algunos esfuerzos de reducción.

Hai aberturas naturales mas dispuestas a dejar pasar una gran parte de las vísceras que otras. Así se vé formarse en el ombligo enormes hernias que contienen casi toda la masa intestinal, i en el anillo inguinal otras que descienden hasta la parte inferior de los muslos.

Su volumen depende, tambien, de la clase de órganos herniados. Si es el pulmón o el cerebro los que forman hernia, se concibe muy bien que jamás podrán ser muy grandes, desde el momento que las sólidas y duras que los unen a su cavidad, su peso específico i sus reducidos movimientos de impulsión, no se lo permiten. Mientras que si son los intestinos los que

han salido fuera, los tumores serán mucho mas voluminosos que los formados por los órganos que recién acabo de mencionar, i mas tambien que los formados por el epíplon.

Las hernias acuosas no pueden tampoco adquirir mucha estension, porque concluirían por romper sus cubiertas membranosas, i porque el arte interviene generalmente ántes que hayan adquirido todo su desarrollo.

Las hernias que hemos convenido en llamar membranosas, son siempre pequeñas.

Las que han logrado ser reducidas i mantenidas en su posicion por algun tiempo, son siempre de menores dimensiones cuando reaparecen; pero tardan en adquirirlas mayores a medida que el tiempo avanza, o a consecuencia de un esfuerzo violento que rompe los obstáculos que se les presentan. En iguales, o peores circunstancias, se hallan las que han sido operadas, porque dilatado el anillo o abertura por el desbridamiento, no tardan en tomar proporciones harto superiores a las que ántes tenían, cuando los enfermos, en un momento de olvido o de capricho, abandonan la compresion que las contuviera. Por esto es que el cirujano nunca debe dejar de repetir a los enfermos las terribles consecuencias que puede traerles ese olvido o ese capricho.

Las hernias no tardan en perder algunos de sus caractéres primitivos. Las modificaciones que experimentan, son debidas a las inflamaciones a que están espuestas por su situacion exterior, por la perturbacion circulatoria que los anillos de sus aberturas o el cuello de sus sacos determinan, i por la dificultad de funcion. La irreducibilidad es el primer signo, i el mas seguro, de esas alteraciones. Fuera de él, la dureza del tumor, el cambio de color en la piel i la sensibilidad.

*Terminacion.*—Las hernias pueden curarse espontáneamente por el estrechamiento progresivo del cuello del saco herniario; por la adherencia de los órganos a su orificio; por falsas membranas que se depositen en su interior i vayan a formar un verdadero tapon al gollete del saco, i finalmente por depósitos de grasa al rededor de la abertura. Fácil es darse cuenta de como todo esto tiene lugar. Las leyes de la inflamacion dominan todo ese cuadro, en que la naturaleza remedia uno de sus mismos defectos. La naturaleza cura casi siempre a la naturaleza.

Desgraciadamente, no podemos contar con semejante terminacion sino en ocasiones muy exepcionales. Nuevos accidentes vienen, por lo jeneral, a hacer mas temible una enfermedad que ya lo es demasiado por sí misma. Estos accidentes son la inflamacion, la estrangulacion i el atascamiento. Este último solo se observa en las hernias abdominales.

Las causas de la inflamacion son bien manifiestas; i hemos tenido lugar de mencionarlas ya en el curso de este trabajo. Es mas o ménos grave segun el órgano herniado. La inflamacion del cerebro i del pulmonson siem-

pre muy peligrosas, i determinan jeneralmente el fallecimiento del sujeto. La de los intestinos no ofrece tan serios resultados, por lo comun; pero da lugar a síntomas i manifestaciones alarmantes que, en un gran número de casos, han sido tomados como los signos de un atascamiento o de una simple estrangulacion. Malgaigne ha llamado muy seriamente la atencion de los patólogos sobre este punto, por las equivocaciones a que ha dado lugar. Este hábil cirujano admite cuatro grados de inflamacion. En el primero, solo se producen adherencias mas o ménos débiles; en el segundo, la hernia se hace completamente irreducible. Se pone algo dura; en el tercero, hai dolor i estreñimiento, i en el cuarto se declaran los vómitos, el estreñimiento i todos los síntomas propios de la estrangulacion i del atascamiento. Se vé, pues, que la inflamacion desempeña un papel mas importante de lo que hasta ahora se habia creído. Gran parte, quizás, de las hernias que se han supuesto simplemente estranguladas, no tenían otra cosa que una inflamacion mas o ménos aguda, que unas cuantas sanguijuelas, talvez, habrian conseguido dominar.

Decir en que punto la congestion, esa para que la inflamacion comienze, es imposible determinar.

¿En qué puede diferenciarse una hernia inflamada de otra que sufre una simple estrangulacion? Si consideramos que la inflamacion desempeña un rol importante en el mecanismo de la estrangulacion; si nos fijamos en que el aflujo de líquidos, inchando las vísceras herniadas, disminuye relativamente la abertura que les ha dado paso, i las ahorca, por decirlo así, la cuestion no es tan fácil de resolver.

La inflamacion es las mas veces la causa determinante de la estrangulacion, como la estrechez es su causa ocasional. Estrechadas las vísceras a la altura de los anillos herniarios, por el aflujo de líquidos i por su aumento de volumen, como ya lo hemos dicho, nada mas fácil, nada mas sencillo que la estrangulacion. Pero decir cuando comienza la estrangulacion i donde la inflamacion da lugar a aquella, es una cuestion que debe pasarse por alto, por la imposibilidad de señalar el momento preciso de la transicion. Mr. Malgaigne dice, sin embargo, que en las hernias simplemente inflamadas la consistencia del tumor es menor, el calor de la piel no es notable, ni se manifiesta la pastosidad edematosa característica de las hernias estranguladas; i sobre todo, dice este autor, si se hunde el dedo en el anillo, puede reconocerse que no existe ningun lazo que apriete exactamente el pedículo de la hernia. A mi parecer, no debe darse tanta importancia a estos signos, pues a mas de ser difíciles de precisar en la práctica, i de determinar hasta que punto puede alterar la inflamacion la consistencia del tumor i el calor de la piel, es de que el dedo pueda reconocer el anillo, como muy bien observa Nelaton, no probaria otra cosa que la estran-

gulación no se verificaba en ese punto; pero que bien podia tener su asiento en el cuello interno del saco, como muchas veces sucede.

Nada mas difícil, pues, que el diagnóstico de la inflamación de las hernias, i nada casi mas inseguro.

La inflamación puede terminarse por resolución, mas algunas veces por gangrena i por supuración. Pero estas dos últimas terminaciones son mas bien la consecuencia casi precisa de las hernias estranguladas, porque es imposible concebir que la inflamación pueda llegar hasta ese punto, sin que la estrangulación se manifieste con toda esa cohorte de síntomas funestos que le son peculiares.

La estrangulación depende de la contricción absoluta o relativa ejercida sobre las vísceras herniadas por el cuello del saco o por las aberturas que les dan paso.

Cuando nos ocupamos de la Anatomía patológica, hicimos notar la diversidad de partes en que las vísceras podían penetrar i ser estranguladas. Varias causas pueden darle lugar. El aumento de volumen de las partes situadas al exterior, aumento determinado generalmente por la inflamación o la perturbación circulatoria, como ya lo hemos dicho; la retracción consecutiva de los anillos que se habían dejado sorprender en el primer momento de la invasión; la insinuación e introducción de los órganos a través de las pequeñas aberturas accidentales, causadas por las alteraciones consiguientes a la marcha de la enfermedad; el estrechamiento del cuello del saco, determinado por la irritación, i el enrollamiento de una asa intestinal sobre sí misma, tales son las causas que mas generalmente producen la estrangulación.

Objeto de terror para los enfermos, i de justa preocupación para el médico, la estrangulación es un punto de alta importancia científica, no solo por las consecuencias harto graves que acarrea, cuanto porque pudiendo existir a diferentes alturas, el cirujano que se ha contentado con disipar los primeros obstáculos que se le presentan, descansa muchas veces tranquilo sobre los laureles de una gloria no conquistada todavía, cuando subsiste precisamente la causa que lo ha obligado a decidirse a una operación cruenta.—La precisión matemática de la cirugía no es todavía, por desgracia, un hecho que haya pasado los umbrales de la infalibilidad.

Los síntomas de la estrangulación son siempre muy alarmantes, i de un carácter verdaderamente grave. Los examinaremos bajo el punto de vista de las hernias abdominales, que son casi las únicas que la sufren: i como un examen detenido de ellos, no sienta bien en una descripción jeneral, nos contentaremos con darlos a conocer ligeramente.

Cuando una hernia abdominal se estrangula, el tumor se pone tenso, duro, renitente, doloroso, i se hace inmediatamente irreducible si no lo era. La sensación de tirantez que se siente en el interior del abdomen

desde el principio de la enfermedad, continúa en aumento; i luego vienen las náuseas, los vómitos, i el vientre se pone tenso i meteorizado. El rostro se pone pálido i se cubre de un sudor frio; el pulso es pequeño i ligero; el abatimiento es considerable, i no tardan en perturbarse las facultades intelectuales. La vida del paciente se encuentra en inminente peligro.

Algunas veces (i esto es por cierto lo mas excepcional) las funciones ventrales se restablecen, el dolor i el calor disminuyen, i todo se reduce a una fuerte tempestad de verano. Pero en la mayor parte de los casos, los síntomas continúan tomando mayor cuerpo; el enfermo va perdiendo progresivamente las fuerzas, i el aplanamiento e insensibilidad del tumor, junto con los sudores viscosos, anuncian que la gangrena ha sucedido a la estrangulación, con su trabajo destructor. Entonces todas las esperanzas se destruyen, i la cirugía principia a batirse en retirada.

Decir con precisión cuando principia la gangrena en una hernia estrangulada, es tambien muy difícil, sino imposible en la jeneralidad de los casos.

No siempre la gangrena ha conducido al sepulcro a los pacientes. Ha habido algunos muy felices que han sobrevivido a ella. Entonces un trabajo eliminatorio se ha verificado en las vísceras estranguladas, i la curación no se ha hecho esperar. Este trabajo eliminatorio, que trae por consecuencia la pérdida de esos órganos, produce, cuando ese órgano es un intestino, un año preternatural.

El atascamiento es puramente una complicación de las hernias abdominales. Su historia debe hacerse, pues, en ellas.

#### DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de las hernias suele ser difícil a veces, pero si se tienen en consideración los caracteres distintivos de esta enfermedad, que les hemos señalado al hacer su historia sintomatológica, bien pronto esas dificultades se disipan i la luz penetra en la oscuridad de la duda. Las únicas que pueden dar lugar a justas vacilaciones, son las hernias antiguas cuyos antecedentes se ignoran o han pasado algo desapercibidas; pero siempre, con un poco de paciencia, i mas que todo con un poco de práctica, se llegan a disipar las dudas que pudieran abrigarse, i se obtiene un diagnóstico cierto. Las afecciones con quienes se las puede confundir, son los lipomas, los abscesos conjestivos, los bubones, en una palabra, casi todos los tumores formados a inmediación de los anillos o aberturas que pueden dar paso a las hernias.

#### PRONÓSTICO.

Si bien es cierto que toda hernia es una enfermedad muy grave que trastorna mas o menos las funciones del órgano u órganos que

la forman, i que muchas comprometen la vida de los sujetos que las padecen, hai algunas, con todo, que no pueden considerar se de tanta gravedad, como por ejemplo, las hernias simples i reducibles del epíplon. Sin embargo, poco a poco, esas mismas hernias reducibles, que no infundian temor alguno al principio, llegan a producir graves accidentes cuando se las descuida.

La gravedad de una hernia se gradúa por la clase de órgano herniado i por sus complicaciones. Se concibe mui bien que las hernias del pulmon i del cerebro, no pueden ménos que acarrear resulta dos mui fatales; mientras que si únicamente se trata de las de los intestinos o del epíplon, las consecuencias no serán, por lo jeneral, tan temibles, si se atiende a los medios contentivos que el arte posee.

La estrangulacion, la inflamacion i el atascamiento, son accidentes que ponen en inminente peligro la vida de los enfermos. Estas complicaciones son jeneralmente mortales, sobre todo la estrangulacion.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento de las hernias es simplemente quirúrgico. Se divide en paliativo i curativo.

El tratamiento paliativo consiste en reducir la hernia, mantenerla reducida, i oponerse así a los accidentes a que pudiera dar lugar. Esta reduccion se efectúa a beneficio de una operacion que se llama *táxis*, cuyas reglas pueden reasumirse en las siguientes :

- 1.<sup>a</sup> En poner las partes en la mayor relajacion posible;
- 2.<sup>a</sup> En colocar al enfermo en una posicion declive respecto al tumor;
- 3.<sup>a</sup> En dirigir los esfuerzos de reduccion en la direccion de la s aberturas o conductos, ya naturales, ya accidentales, que han dado paso a las vísceras.
- 4.<sup>a</sup> En reducir primeramente los órganos que han salido último.

Para mantener a las vísceras en su posicion normal, cuando hemos logrado reducir las, se usan vendajes que varian segun el sitio i los órganos que forman el tumor herniario. A los vendajes elásticos, se les conoce con el nombre de bragueros.

Si la inflamacion ha venido a complicar el proceso patalójico de que es teatro el paciente, un tratamiento anti-flojístico convendria para hacerla desaparecer.

Si es la estrangulacion, el único recurso de que podemos valernos, es ir a dilatar el contorno de la abertura estrechada.

El tratamiento curativo o radical, varía segun la clase de hernia; por ese motivo me parece que no es este el lugar en que debe ser estudiado.