



2

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Herniotomía



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria de prueba
para obtener el grado de
Licenciado en la Facultad
de Medicina i Farmacia
por

Gualberto Leguizamón

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

Santiago Agosto de 1884.

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



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Señores:

El día siete de Julio del año 1883, estando en la sala de Clínica Quirúrgica, llegó a ella un enfermo que examinado se vió que traía una hernia inguinal estrangulada.

El aspecto de este hombre, su angustioso semblante, sus dolorosos quejidos, su mirada ardiente, revelaban el inminente padecimiento de que estaba agobiado.

Desde el momento que lo vi, se agruparon a mi memoria todas las descripciones que había leído sobre la situación de esta clase de enfermos, sobre la actitud que los cirujanos debían seguir en semejantes circunstancias, sobre si el hombre de unción era capaz de cambiar toda esta escena de sufrimientos, en que un hombre, el cual quizás tiene muchos intereses que lo ligan a la vida i que, sin embargo lucha con la mas angustiosa desesperación con la muerte que se llega por momentos, que con mirada ansiosa observa al médico su única esperanza al mismo tiempo que está agobiado por atroces dolores.

Brevemente que nunca se borrarán de mis recuerdos la escena que en ese día presencié, que siempre podré recordar con placer la satisfacción que se apoderó de mi ánimo.

mo, al ver el magnifico resultado de la operacion que ejecuto nuestro joven profesor el Sr. Manuel Barros Borgoño. Entonces comprendi lo cuanto de grande tiene el ser médico i ser un médico ~~joven~~ habil i afortunado.

La quelotomia que se practico i el metodo seguido en la operacion junto con su magnifico resultado, me decidieron a hacer este trabajo, que no es otra cosa que el fruto de mis estudios, puesto que en los dos años de clinica no he tenido la oportunidad de ejecutar esta operacion.

Hernia estrangula - Caxis - Su tratamiento médico i oportunidad de la Operacion -

Hernia es todo tumor formado por la salida de ~~las~~ una viscera fuera de la cavidad que normalmente la contiene.

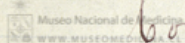
Las hernias son muy frecuentes i a menudo se complican con accidentes que hacen mas imperiosa la necesidad de recurrir a la quelotomia, estas complicaciones son la estrangulacion, atascamiento, inflamacion i irreducibilidad.

La hernia estrangulada se acompaña siempre de sintomas que comprometen la vida del

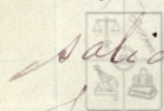


paciente.

La irreductibilidad, el alaseamiento: la inflamación pueden llegar a presentar síntomas de estrangulación.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Como los puntos debiles son los que jeneralmente dan paso a las visceras, tenemos que por los conductos inguinal i crural, son los puntos predilectos para su salida: los organos mas movibles son los que mas frecuentemente se presentan, estos son los intestinos i epliploon.

Ahora bien, espuestos estos antecedentes veamos cual es la conducta que el cirujano debe seguir en presencia de una hernia estrangulada o a lo menos con los sintomas de tal.

Volver el organo a su cavidad natural: para esto ocurrir al taxicooperacion que presenta algunas dificultades, pero es tan sencilla como a primera vista a parece, operacion que reclama practica, arte i prudencia.

Antes de proceder al manual operatorio es necesario colocar al enfermo en posicion conveniente para el relajamiento de las paredes abdominales.

La tension del abdomen se disminuye, por el modo natural, la flexion de los muslos i piernas, la cabeza un poco levantada junto con el tronco: las rodillas separadas.



4.

Esta es la posición aconsejada por la mayor parte de los prácticos a cuya cabeza está el célebre Astley Cooper.

Hay veces que aun cuando se procure por todos los medios posibles hacer relajar las paredes abdominales los enfermos los contraen involuntariamente, lo cual viene a dificultar la reducción i el ~~tan~~ ~~axide~~ hace muy difícil sino imposible.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En estos casos se recurre a las inhalaciones anestésicas que suelen producir buen resultado, la cual debe ir hasta producir el colapsus.

Una vez hecho esto, se toma el tumor con la mano derecha, al cual se comprime gradualmente, con los dedos de la otra mano se toma el pedículo i se hace una presión uniforme dirigiéndole en el sentido ~~del canal~~ por donde ha salido.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Esta dirección será mas o menos oblicua i siguiendo la oblicuidad de los conductos herniarios: por ejemplo en la hernia inguinal oblicua externa, los esfuerzos deben ser dirigidos hacia la espina ilíaca anterior superior, siguiendo el trayecto de una línea oblicua de dentro afuera i no directamente hacia el abdomen.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El fondo de la hernia debe ser llevado hacia arriba en una dirección en que quede el eje

del tumor perpendicular con el del cuerpo, de otra manera las paredes de la hernia se aplicarían contra las del anillo i todo el esfuerzo producido allí se consumiría sin transmitirse el movimiento en la parte de viscera colocada dentro del canal."

La reduccion no se consigue siempre; porque a menudo se encuentran dificultades que la impiden; por ejemplo la gran estrechez de la abertura por donde pasa la hernia, la inflamacion del intestino, la distension por gases, la cantidad del organo desalojado, etc.

En estos casos no debe intentarse la taxis. Si se tratase de repetir la taxis debe procurarse disminuir el estado flogójico; para lo cual se ha aconsejado la sangria, que evitara que la inflamacion se comuniqué al peritoneo: muchas veces se ha llevado hasta el síncope para producir la relajacion de los organos i facilitar la reduccion; pero este proceder tiene muy serios inconvenientes.

La sangria produce mejor resultado cuando se acompaña de un baño tibio, este debe pasar de media hora teniendo cuidado de hacer ligeras tentativas de taxis.

En cuanto al tratamiento terapéutico se recurre a las lavativas de tálico, 30 gramos de agua. Este medicamento ha sido muy preconizado por

algunos cirujanos: en efecto el tabaco produce nauseas, determina una debilidad jeneral, disminuye la circulacion, produce sudores frios, síncope circunstancias que son favorables para que se produzca la reduccion espontanea: la artificial.

La belladona aplicada al tumor junto con el hielo tambien han dado buenos resultados; puesto que tiene una doble accion sobre los tejidos, ya contra el dolor, ya como sedante, ya por su accion dilatadora.

El hielo obra como sedante i anti-flogistico: previene la inflamacion del peritoneo. Este es el tratamiento que mas jeneralmente se sigue antes de recurrir a la operacion; sin embargo hai muchos medicos que preconizan innumerables remedios, confiando todo a una teraputica que no va dirigida en nada contra el origen del mal que es puramente mecánico i nada mas que mecánico.

Hai otros que recurren a cuantas maniobras se les ocurre con el propósito de reducir la hernia i la quelotomia debe en gran parte sus malos resultados a que se opera en individuos que ya traen un verdadero proceso morbozo debido a estas maniobras torpes e insuscedentes.

Aqui recuerdo un caso

que tuvo ocasion de absolver el año 1876 en el hospital de San-Borja. Era una mujer joven, como de treinta años de edad, robusta bien formada i de oficio lavandera que al levantar un canasto de ropa se le produjo una hernia inguinal del lado derecho, esta enferma que fué operada por los Dr Saldias. Leiva i que murió el mismo día a los cuatro de la tarde, habiéndose, antes de ir al hospital, sometida a innumerables maneos que eran verdaderas barbonadas, pues se había pretendido ~~esta~~ extraerle la orina dilatando la uretra con el dedo pequeño.

Ahora bien la operacion que ejecutó el Dr. Barros Bargoño: que produjo tan buen resultado, es indudable que tuvo tan feliz éxito porqueno hubo demora ni vacilacion en ejecutarla.

Los intestinos comprimidos como estan, con una circulacion difícil i al mismo tiempo con un proceso flogójico, tienen que sufrir trastornos considerables; por esto tenemos la conviccion que mientras mas luego se opere hai mas probabilidades de buen éxito, puesto que muchos sintomas que se citan como patagnomónicos de la gangrena del intestino, el hipo por ejemplo, no existia en la mujer de que se habló i sin embargo tenia el intestino estrangulado.

Hai un signo que si ha

Citado como seguro para proceder a la operacion i
 este es aquel de la sensibilidad abdominal que
 parte iradiandose del pediculo del tumor hacia
 el ombligo, este dato es prueba de que la inflama-
 cion se propaga i que es necesario quitar el a-
 gente contrictor para volver las cosas a su es-
 tado normal; pero aqui se nos dirá ya la
 peritonitis se ha desarrollado i entonces la o-
 peracion es inútil, no es inútil puesto que ope-
 rando quitamos la causa prima de la infla-
 macion i tenemos un elemento menos que
 combatir, por ^{otra} parte hoy sabemos que las he-
 ridas del peritoneo no tienen la gravedad que
 siempre se ha creido, que la verdadera cau-
 sa de las peritonitis, ^{la presencia del aire} son los derrames san-
 guinos de sangre, la cual se coagula mas to-
 do, i la trasformacion purulenta, los cuer-
 pos extraños que siempre ^{hay en una herida}
 cuando la fisionomia del enfermo se ha
 lla deprimida, su pulso pequeño, apenas per-
 ceptible ^{su} mirada ansiosa, no se debe de-
 ferir un solo momento en ejecutar la operacion.
 En fin el eminente cirujano Patt espera-
 ba muy poco tiempo i decia, que de esta su-
 erte solo perdía el dos por ciento de sus opera-
 dos i nosotros en nuestra corta practica i escasos
 estudios ^{que hemos hecho} nos parece mejor pe-
 car por anticipacion que por retardo, puesto
 que de esto depende la vida del enfermo.

Division del tiempo de la operacion.

La herniotomia es una operacion que tiene por objeto destruir por medio de una incision el ajente constructor i volver al abdomen las visceras que ha salido fuera de el.

Antes de proceder a la operacion se deben de tomar algunas precauciones preliminares

Se arreglará el cuarto en que debe quedar el enfermo. En seguida se le colocará en una mesa alta como de un metro, el cuerpo en posicion horizontal con la espalda un poco levantada, las piernas pendientes, la vejiga evacuada i afeitada la parte que se va a operar.

Los instrumentos que se usan son un bisturi recto i otro curvado, dos tijeras de igual forma, una pinza de ligadura i otra de diseccion, una sonda acabatalada i una espátula de Vidal, un escalpelo avetonado solo cortante en su cuarto inferior.

Un ayudante aplica el cloroformo, otro toma el pulso, un tercero se colocará al lado del operador con esponjas finas, una vasija de agua fria i pinzas de ligadura, un cuarto ayudante parara los instrumentos.



La anestesia debe ser completa, i creo haber leído u oído, no sé donde, que los herniarios tienen cierta inmunidad para el cloroformo, pues que muchos cirujanos lo aplican hasta producir el colapso.

La operación de la hernia estrangulada se divide en cuatro tiempos: 1.º

1.º Tiempo. Incisión de la piel i cubiertas aponeuroticas. 2.º La abertura del saco 3.º El disbrudamiento del agente constrictor 4.º La reducción de la parte herniada.

1.º Tiempo - Incisión de la piel i cubiertas aponeuroticas -

Colocado el cirujano entre los muslos del enfermo, toma el tumor con la mano izquierda, pone la cutis tensa i con el bisturí cruzado la divide con una incisión superficial hacia dentro, sin penetrar muy profundamente.

La herida debe tener la dirección del diámetro mayor del tumor i una estension proporcionada a su volumen.

La incisión en T solo se debe reservar para algunos casos especiales, como en las hernias crurales.

La incisión no siempre es antitortuosa, como en las hernias escrotales. Cuando el diámetro mayor es tras-



versal, la direccion de la herida sera la del diametro mayor, como sucede con las inguinales directas, oblicuas externas i crurales.

Los profesores Scarpa, Louis i Pott dicen que la incision debe principiar de un punto situado un poco arriba del punto en que existe la estrangulacion.

Es una cosa de gran consecuencia, dice Louis, principiar la incision en la piel arriba de los anillos: i por falta de una gran incision, se ve algunas veces a los operadores mas esportos, demorar tanto en debri-
dar el anillo que estrangula.

En las hernias escrotales no debe llevarse hasta el fondo, porque alli se encuentra el testiculo que no forma parte del tumor, i ademas puede ser que encontrandose los vasos espermaticos de-
lante del tumor, como suele suceder, sean cortados, lo que es una complicacion grave i desagradable.

En las crurales como en las inguinales la incision de la piel i del tejido celular subcutaneo puede dividir la arteria puden-
da externa, herida que generalmente da lugar a hemorragias abundantes, accidente que es facil remediar con la compresion i la torsion del vaso.

Incendiada la piel se presenta la ^{facia trasver} ~~aponeurosis~~
^{de las muchas veces muy engrasada} ~~que viene del oblicuo mayor~~. Se toma con
una pinza i se forma un pliegue, se lleva
el bisturi recto de lomo i con la punta se ha-
ce una pequeña abertura a través de la cual
se desliza una sonda acanalada que se di-
rige arriba llevandola hasta un centímetro
del anillo inguinal, se divide la ^{facia so-}
^{bre la sonda} ~~bre la sonda~~ se dirige en seguida aba-
jo i se divide en este sentido hasta la base
del tumor.

Después de esto se presenta el mús-
culo cremaster, el cual deber ser también
dividido de arriba abajo siguiendo el mismo
procedimiento.

Este primer tiempo de la ope-
racion que parece tan facil, suele tener sus
inconvenientes que van siendo mayores a me-
dida que se acerca al saco. No es raro tener
que atravesar capas lardaceas, ganglios linfá-
ticos, focos purulentos circunscriptos, masas adi-
posas.

Guérin ha propuesto la tenotomía i no
seriamos nosotros tan valientes i espertos para
introducir un instrumento sin ver a donde
vamos a cortar i sobre todo en este caso en el cual pode-
mos romper el intestino. Entre los autores que hemos con-
sultado es el unico que aconseja este procedimiento.



2º Tiempo - Abertura del Saco.

La abertura del saco es el segundo tiempo de la operacion.

No todos los cirujanos han abierto el saco, muchos lo han reducido i esta practica jeneralmente ha dado malos resultados, sin embargo se citan casos felices. Franco fue el primero que respecto al saco, en Paris. Sedran lo imitaron, pero lo lo en las hernias recientes.

Hey, Cooper. Petit tambien siguieron esta practica, mas Petit despues de veinte años de practica convenciò su error i dijo que siempre debia desbridarse, al cual llamó el "Libro de la verdad".

Este método ha sido condenado a pesar de la defenza hecha por Diday que ha sido un ardoroso partidario de la no abertura del saco, fundandose en que asi se evita la peritonitis.

La práctica nos enseña que el saco herniario es independiente del peritoneo cuya herida no tiene influencia sobre él.

Como el saco es el que estrangula hai verdadero motivo para que esté mas independiente del peritoneo.

Los que sostienen la no abertura del saco, nos dicen que puede



romperse el intestino; pero esto no seria sino un contratiempo para la reputacion de un cirujano, puesto que lo unico que habria hecho seria ~~uno~~ ~~ano~~ ~~contra~~ natural.

Petit que es uno de los cirujanos que mas hernias ha operado nos cuenta que un charlatan recorria la Francia de fando una gran reputacion por el éxito que obtenia en la cura de la hernia estrangulada, que él mismo se dio a conocer lo que este hombre hacia, se dispuso de aprendiz i entro al servicio de aquel i cual no seria su sorpresa cuando vió que aquel charlatan introducía un postonero en el tumor cuando así un ano contra natural.

El segundo tiempo operatorio es sencillo i consiste en reconocer el saco i abrirlo.

Este se presenta con el aspecto de una membrana delgada i trasparente, sin vascularizacion, al traves de la cual se distingue el intestino, el eplipton o un liquido. Las adherencias del saco se hacen sobre todo en el cuello, esto no sucede con el intestino, el cual se halla libre en toda su superficie, esta es liza i cubierta de ramos vasculares.

El saco se abre de dos maneras: la 1.^a se toma con la pinza un pliegue

se hace penetrar un bisturi que se lleva horizontalmente, inmediatamente sale un liquido, i en caso de hernia seca, la resistencia vencida dara a conocer que se ha perforado su pared, lo cual viene a ser corroborado despues de ~~retirar~~ ^{retirar} el instrumento, por la formacion de una pequena hernia producida por la pared del intestino.

Se lleva por esta abertura una sonda que se desliza como un centimetro, tratando de elevar su estremidad de manera que la membrana quede tenida formando un ángulo diedro, pues asi se tendra la seguridad que no se interponga entre la sonda i el saco un pliegue intestinal; en seguida se desliza por la ranura de aquel instrumento al bisturi recto.

El 2.º método para abrir el saco consiste en tomar un bisturi convexo como un arco i cortar sucesivamente capa por capa hasta llegar a perforarlo.

Este método es difícil i peligroso, se prefiera el 1.º.

Una vez que se haya hecho la abertura, que será de un centimetro, debe llevarse hasta la primera incision tegumentaria usando la misma sonda.

Hemos dicho que la incision debe llevarse hasta la herida de los tegumentos esto debe



hacerse sobre ~~toda~~ abajo: arriba si la incision de las otras membranas ha sobrepasado la de los anillos, entonces aquella debe limitarse hasta esta ultima altura, pues sin pensarlo se podria en este tiempo ejecutar el tercero en que se debe seguir otro metodo.

3.º Tiempo: debridamiento del agente constrictor. Este es el tiempo que viene a ser el objeto de la ~~debridacion~~, pues debridar el agente constrictor es quitar la causa de la estrangulacion.

~~lacion~~ Han habido muchos cirujanos que han tratado de reducir la hernia sin debridar, pero esta practica no tiene imitadores, puesto que no seria mas que una taxis acompa-
~~nada~~ de una lesion traumatica, que vendria a complicar el problema en lugar de resolverlo, apesar de que abogan en favor los peligros de la rotura de una arteria, la cual si es de tercer orden seria grave i mas alli donde las maniobras son peligrosas.

Se ha imaginado dilatar el anillo sin debridar. Leblanc, Cheverin i Arnaut son los partidarios de este metodo. ~~Se~~ han inventado el cilindro i el gorgorete doble, que se abre como una pinza para este objeto.

En cuanto a este metodo, vemos



que se opone la estructura de los anillos, los cuales son fibrosos i poco dilatables, por tanto creemos que no haya producido buenos resultados a sus autores.

La de reducir sin debilidad debe ser abandonada. Esta al menos es la opinion de los cirujanos mas modernos, lo que hemos oido a nuestro profesor de clinica quirurgica.

El temor a la rotura de una arteria es infundado, pues el profesor Gosselin dice que en 80 operados solo tuvo una hemorragia producida por la arteria espermatica, que se hallaba desviada de su direccion.

Solo hai dos circunstancias que obligan al cirujano no ejecutar el tercer tiempo de la operacion, la cuando el estrangulamiento es producido por el enrollamiento de una ancha, o bien porque el epliplon se ha enrollado al rededor de ella.

En estos casos la sola indicacion que hai que llenar es desligar la atadura del epliplon o de las circunvoluciones intestinales para volverlos a su lugar natural.

Ahora bien, cual es el método mas ventajoso para ejecutar el tercer tiempo de la operacion.



Franco decia que todas las hernias eran producidas por la rotura del peritoneo i que los bordes de este producian la estrangulacion i por consiguiente debridaban esta membrana.

En circunstancias excepcionales se han citado como causas de estrangulacion f bridas fibrosas antiguas, el epliploon perforado por una ansa intestinal, el saco desgarrado en una de sus partes cuya abertura estrangulaba el intestino.

Los anillos i el cuello del saco son los principales agentes i mas comunes de la estrangulacion.

Una vez el saco abierto, el dedo indice nos guiará hacia el punto en que vamos a debridar i tambien nos es muy útil para conocer la presencia de alguna arteria i sus relaciones con la parte de la viscera herniada, ya sean sus adherencias o su libertad.

Una vez hecho este se introduce el instrumento cortante i se corta. En el operado que motivó esta memoria se usó el cuchillo de Cooper.

Cuando hai dificultad en usar el dedo como guia se acude a la espátula de Vidal, la cual se lleva de plano por su cara convexa, i se intro-



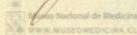
dirige un centimetro mas alla de la contriccion.
con ella se deprime el organo, i en seguida
se desliza el escalpelo formando un angulo
muy agudo con la espátula, su tomo siem-
pre en relacion con la ranura de este instru-
mento, se deprime otra vez i se levanta el
escalpelo de manera que quedando perpen-
dicular su filo toque el borde de la estran-



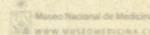
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

¿Que direccion debe darse al debrida-
miento?

En la region inguinal existen tres
puntos donde se forman los orificios en
que deben producirse las hernias. En la
region crural solamente uno.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El conducto ingui-
nal, es oblicuo de fuera a dentro, de arriba
abajo i de atras adelante, tiene ^{cinco} centi-
metros de longitud, i se halla formado en-
tre la pared abdominal inferior que solo
tiene dos centimetros de ~~espesor~~ espesor.
Este conducto tiene dos orificios uno anterior
i otro posterior; el primero se encuentra inme-
diatamente fuera de la cresta del pubis, for-
mado por ~~el pilar hacia dentro por el pilar inter-
no del anillo inguinal hacia fuera por el pilar externo, hacia~~
~~ligamento de espaldas i que corresponden los pi-
lars~~ ^{por pilar} ~~o ligamento de espaldas~~
~~caracterizado~~ ^{corresponde} al punto medio
que media que existe entre el angulo del pu-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



bis : la espina iliaca anterior superior. El anterior está en relacion con un órgano importante el cordon espermático; el posterior además de esta relacion tiene el de la arteria epigástrica, que costea a pocos milímetros su borde interno.

Como a un centímetro de esta arteria i hacia delante se encuentra, siguiendo una direccion vertical la arteria umbilical que casi siempre se haya obliterada; mas hacia dentro i a igual distancia, se encuentra el borde externo del músculo recto anterior del abdomen; es decir que en aquella region i hacia cara interna se encuentran tres columnas que forman el relieve de tres cordones paralelos i casi verticales i que si se colocase sobre ellos una tela, que en este caso estaria representada por el peritoneo, se plegaria entre aquellos canales i determinaria la formacion de tres fosas. La retro pulsion de las ~~visceras~~ visceras i el desgaste o separacion de las fibras que componen el fondo de aquellas fosas puede dar salida a los órganos abdominales i formar las tres especies de hernia que se conocen en aquella region.

La que sale por la fosa epigástrica, se llama hernia o-
bliqua externa; esta como recorre un canal



ya formado, que se continúa hasta el testícu-
lo, descende ^{casi} siempre hasta el escroto, costea-
do la base i pared interna de su cuello el cordon espermáti-
co; la que se halla en el medio entre la epigástri-
ca i umbilical denominase, hernia directa o ingui-
nal media; la interna entre la umbilical i borde es-
terno del recto anterior, hernia oblicua interna.
Es decir que la oblicua externa o escrotal se ha-
lla en el anillo posterior como se cua-
dra o tres ~~centímetros~~ milímetros por den-
tro con la arteria epigástrica i por debajo con
el cordon. La directa o media por dentro con
la umbilical, por fuera con la epigástrica
i ~~por~~ oblicua interna por fuera con la um-
bilical.

En el anillo anterior las tres tienen la
mismas relaciones, es decir, por debajo con el cor-
don. Estas ligeras consideraciones anatómicas
se refieren a las hernias inguinales.

Las hernias
crurales son ^{en el hombre} muy raras i los puntos por donde
se producen son muy conocidos.

El ángulo entra-
te formado por el borde ~~inferior~~ de hueso
ilíaco, es completado en triángulo por el liga-
mento crural que de la espina iliaca anterior
superior, se estienda hasta la cresta del pábis
estos bordes determinan una abertura que haia



comunicar la cavidad abdominal con la vaina de los
vasos femorales,
pero estuviere obstruido por varios órganos.

El ángulo externo de este triángulo se halla, ocu-
pado por el psoas ilíaco, el inferior por el pecti-
neo, i el interno por la porción refleja del ar-
co crural, el ligamento de Gimbernat, quedan-
do en la parte media del triángulo, un espa-
cio pentagonal ocupado por una aponeurosis,
la cual cubrense penetrada por aberturas
donde pasan los vasos i nervios crurales, que
ocupan el lado externo.

El espacio comprendido
entre estos vasos i el ligamento de Gimber-
nat solo está cubierto por un segmento de
aquella aponeurosis, quedando por lo tanto
mas débil i siendo el punto de predilección
en que se producen los hernias crurales.

Los órganos se refieren a
aquella aponeurosis o dilatan una de sus abertu-
ras vasculares; o la rasgan para salir i colocar-
se debajo de la piel i el cuello de estas hernias
estará en relacion por abajo i afuera con los va-
sos femorales, por fuera i arriba con la cir-
cunflexa ilíaca, por arriba i por dentro se encon-
trará el cordón colocado sobre el ligamento de Gimber-
nat cuyo borde interno se halla con alguna
frecuencia cubierto por la arteria obturatriz.
Estas ligeras i mas necesarias nociones anatómi-

nos darán una idea de la dirección que debe
nos dar al bisturí en el debudamiento.

En la inguinal, si es oblicua externa,
tendremos por dentro la epigástrica i el de-
budamiento será dirigido afuera; si es oblicua
interna, la umbilical hallándose cerca de
su borde externo obligará a conducir el
bisturí hacia la parte interna; si es direc-
ta se encuentra en dos arterias verticales, se
debidará hacia arriba.

En ninguna de es-
tas tres especies de hernias, el bisturí será lleva-
do abajo donde se encuentra la arteria sper-
mática i demás elementos del cordón i todas
estas reglas deben seguirse siempre que la es-
trangulación dependa del orificio posterior.

En cuanto a la *crural* cada ciru-
jano lleva el bisturí donde mejor le
pence, de tal manera, que no hai pun-
to en la circunferencia de la estrangu-
lación, en que algún operador no haya
aconsejado el debudamiento. Puff. quiere que
sea el borde posterior del ligamento de Poupart
Limbarnat sobre el ligamento que ha conser-
vado su nombre, declarando que las venta-
jas de este debudamiento, consistían en que el bor-
de anterior del bisturí seguía una dirección pa-
rallela a los elementos del cordón espermático; uno

arriba i a fuera, otros arriba i adentro. Lawrence, Boyer, Scarpa debridan simplemente hacia dentro. Cooper da tambien un método debridando el anillo externo sobre el ligamento de Falopio, despues corta el anillo profundo, asi es que existe allí la coartacion dirijiendo el cortante del bisturi hacia el ombligo.

Vidal es el ^{que} ha dado un gran paso en esta cuestion proponiendo el debridamiento multiple.

Francés. A. Paré, Cornillard Larangeot i Dessault debridaban haciendo una gran abertura. Hoy se hacen estas aberturas moderadamente. Para ejecutar los debridamientos es necesario conocer muy bien la region donde se va a cortar, ella nos proporciona la ventaja de hacerlos mas grandes en aquellos puntos, donde no damos a encontrar algun vaso que podamos herir.

El debridamiento multiple tiene la ventaja de producir una mayor superficie traumatica, que supurara i formara mayor numero de mamelones carnosos que obliteren el anillo e impidan la recidiva de la hernia, oponiendo una resistencia mayor que la natural misma.

Para debridar se lleva el bisturi sobre el dedo guíador i se corta por solo

la presión a que se le somete tratando de no cortar mas de dos líneas

Este precepto es de alta importancia.

En ciertas circunstancias el debudamiento detiene la mano del cirujano sin saber que partido tomar; es cuando el pedículo de la víscera se halla muy adherido al cuello del saco, que es el que produce la estrangulación.

En este caso aconsejan buscar el punto mas menor adherido i debudarlo fuera del intestino.

4.^o Tiempo - Reduccion de la víscera. El objeto de la operacion que nos ocupa ha sido volver el intestino a la cavidad abdominal i parece natural que una vez destruido el agente estrictor, no habria mas que reducir el intestino; pero aqui surge la cuestion de saber si siempre se debe reducir.

2.^o Sobre este punto existen varias opiniones. Estando el intestino sano debe inmediatamente reducirse; mucho mas hai en dia que tenemos a la mano los antisepticos que son un magnifico preservativo de las heridas.

En el caso de Juan Barahona se redujo el intestino despues de ser perfectamente lavado con una solución de yodo fenico al 5% i curó perfectamente.

Cuando está espalado aconsejan cortar



Lo unir sus extremidades i despues reducirlo.

Antes de reducirlo debe ser cuidadosamente examinado para no introducir en la cavidad del abdomen un órgano que estando enfermo ira irremediablemente a producir una peritonitis, que si ya ha principiado tendrá un motivo mas para tomar mayor incremento.

En las heridas penetrantes del abdomen que hemos visto en la clinica, nos hemos convencido que las heridas del peritoneo no son tan graves como siempre se ha creido. Hemos visto que casi todas las peritonitis parecen deber su origen a la lesion de algun órgano importante, a la presencia de pus, de coagulos sanguineos, que se encuentran en la cavidad del peritoneo, los cuales vienen a ser la principal causa de la inflamacion peritoneal.

Se lee en la Anatomia Quirúrgica de Bichet. Las inflamaciones limitadas a la hoja parietal del peritoneo no son inmediatas i pueden ser conjuradas; pero desde que la causa irritante ha sido puesta en contacto con él, el peligro es inminente; algunas horas bastan para volverlo irremediable.

Si creemos que una vez abierto el saco i examinado el intestino vemos que está herido o gangrenado, aun cuando sea un pan



to pequeño, si está enfisematoso, si tiene manchas verdes, cenicientas, si presenta el color de hoja marchita, si está ulcerado o estrechado en algun punto. lo mejor es dejarlo donde está sin reducirlo.

Muchos dicen que la accion del aire es perjudicial; pero el cirujano Guirard dice, que el aire no hace daño i hoy con una curacion fenecida no habria el menor cuidado.

El peritoneo visceral tambien no sufre con el aire, pues aquella membrana está continuamente lubricada, por una serosidad que la protege contra su accion.

Hai un principio conocido en la patologia de las hernias, formulado por Petit que dice, ~~que dice~~ "que las partes herniadas que se hallan despues de muchos años acostumbradas a cierta situacion, el cambio de esta por su reduccion, causa un trastorno serio en el curso de las materias fecales."

La posicion del enfermo debe mantenerse en el mismo estado que cuando se va a hacer la taxis, pues hai muchas hernias que se reducen por solo la posicion.

Cuando procedemos a la reduccion debe hacerse con suavidad, sin tirar mucho el intestino, pues a veces suele estar un poco



reblandecido al nivel del orificio i las tracciones fuertes pueden romperlo i dar lugar a un derrame de materias fecales.

Las maniobras que se ejecutan son mas o menos las del taxis siendo mucho mas suaves.

Reducido el intestino, se inspeccionara la cavidad del saco, limpiandola con una esponja fina i con una solucion de acido fenico al 2½%; cortando al mismo tiempo todos los colgajos de la membrana que se ha incendiado i sobre todo cuando sean muy delgados, para evitar que se esfacelen i sean el punto de partida de un foco de infeccion.

Muchas veces se ha tratado de que la herida cure por primera intencion; pero es difícil obtener este resultado i ademas tiene el inconveniente que en caso de supurar puede caer el pus en la cavidad abdominal; para evitar esto se debe despues de suturar colocar uno o dos tubos de дренаje en la estremidad mas declive de la herida.

Para calmar la agitacion se prescribe el sueno i procurar el sueno; se ha recurrido al opio, del cual son muy partidarios los ingleses; mas el profesor Barros

Borgoño empleó el cloral i produjo un buen resultado.

Al segundo día se administras algunas lavativas purgantes para ayudar al restablecimiento del curso de las materias fecales.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Después de estas ligeras consideraciones sobre herniotomía, que no tienen otro mérito que ser el fruto de un estudio atento, acerca de una de las mas bellas operaciones que tiene la medicina operatoria.

En la observación que acompaña a este trabajo vemos que se hizo la ligadura del saco, segun el método del profesor Czerny, que este método tiene por objeto cerrar completamente el punto por donde ha salido la hernia; pues de esa manera se oblitera el anillo natural i lo mas difícilmente puede recurrir.

Este método ha producido buen resultado i nuestro profesor de clínica quirúrgica lo recomienda como uno de los mejores procedimientos para la operación de que nos venimos ocupando; puesto que tiene el indisputable mérito de cerrar de una manera muy segura el punto por donde ha tenido lugar la salida, puesto que haciendo la ligadura del saco, que ya ha contraído adherencia con el anillo, va quizás a cerrarlo completamente.

En conclusion arribamos a los siguientes resultados

1.º Que la herniotomia no es una operacion de las mas dificiles con que cuenta la cirujia i sobre todo hoy en dia en ^{que} el famoso ~~peritoneo~~, no presenta los inconvenientes que antes se decia.

2.º Que el tratamiento anti-septico es un poderoso auxiliar de que nos valemos para disminuir la gravedad de todas las soluciones o heridas de los tejidos.

3.º Que mientras mas luego sea ejecutada la operacion i el enfermo hallarse sometido al menor numero de maniobras imprudentes, mayor numero de probabilidades tenemos de obtener buen éxito.

4.º Que la terapéutica de pocos buenos resultados en la ~~hernia~~ estrangulada.

5.º Que la quelotomia con la ligadura del saco seguir el método del profesor Gerny. — i tal como la ejecuto el Sr. Barros Borgoño, da magníficos resultados, puesto que de una sola vez quita toda causa de recidiva i reemplaza una causa permanente de ~~la~~ por otra, que a lo menos la ~~hace~~ ^{evita} la de reproduccion, pues ya no es facil que esta pueda puesto que cierra



31.
casi completamente el anillo o punto por donde ha tenido lugar la hernia.

Observacion. Juan Barahona de 52 años de edad, casado, peon gañan, natural de Curicó: entró a la Sala del Carmen a ocupar la cama N. 26 el día 7 de Julio.

Dice que hará mas o menos nueve años, que a causa de un salto de altura de cuatro varas sobre la superficie del suelo, sintió un fuerte dolor sobre la ingle derecha cerca del pubis, dolor que le duró cerca de tres semanas, sin embargo de lo cual trabajaba. En esa época noto por primera vez que se le salian las tripas en pequeña cantidad. Este fenómeno se acompañaba de fuertes dolores i de dificultad considerable en los movimientos de tal manera que le era imposible la marcha. Poco despues esta dificultad era vencida por el enfermo i andaba despues de haberse reducido la hernia.

Durante todo el tiempo que ha mediado entre el principio de la enfermedad i el dia que llegó al hospital, la repetition de la hernia era diaria habia dias en que este fenómeno se reproducia dos veces, reduciendola el paciente sin la menor dificultad.

Ultimamente hace tres dias que despues de producirse el mismo fenomeno de la hernia el enfermo no pudo reducirla a causa de estar embriagado: Toda clase de alimentos ya fueran liquidos o solidos eran devueltos por la boca. El dolor se produjo desde el instante mismo de la irreducibilidad de la hernia, extendiendose en seguida al resto del vientre desde el sitio de la hernia.

Durante los tres dias que estuvo en su casa no pudo dormir a causa del dolor, la respiracion era dificultosa lo mismo que toda clase de movimientos. El enfermo explicaba su situacion diciendo que tenia clavos en su vientre.

El tumor que tenia mas a la vista era alargado en forma de pera, de regulares dimensiones veinte centimetros de largo, rojo i doloroso.

El diagnóstico era muy claro i el enfermo mismo lo daba en sus primeras palabras.

Por el estado de abatimiento en que se encontraba i por los dolores que la peritonitis, que ya existia i principalmente por el tiempo que llevaba la enfermedad; ^{por lo} no se procedió a hacer la taxis; que ademas estrechez del anillo estrangulador.



de producir dolores e incomodidades al paciente podria dificultar un tanto la operacion que podia hacerse talves en buenas condiciones.

sin mas preámbulos se procedió, despues de administrar el cloroformo a hacer la operacion de la hernia estrangulada que se hizo como sigue:

Una incision que partiundo del sitio de produccion de la hernia, se dirigia hacia abajo un poco oblicua i semicircular hasta cerca del vértice del tumor herniario, dividió la cutis. En seguida el tejido celular fue dividido capa por capa sobre la sonda acanalada hasta llegar al saco, que por una pequeña abertura dio salida al liquido encerrado en él, despues sobre la sonda acanalada primero i sobre el dedo indice en seguida se introdujo completamente el saco herniario por el anillo hasta el vértice de la hernia. Puesto de manifiesto el intestino, se lavo perfectamente la cavidad del saco con una solucion de acido fenico al 5%. Se hizo despues el debredamiento del anillo, con el cuchillo de Cooper, que dificultaba la reduccion. Este debredamiento fue hecho hacia arriba i un poco hacia fuera, por cuanto generalmente se saca que estas hernias son oblicuas i externas i no hai peligro alguno de herir

la arteria epigástrica. Hecho el descubrimien-
to sobre el dedo índice que guiaba el cuchillo
de Cooper, se tiró hacia fuera el ansa in-
testinal herniada para ver si había alguna
lesión en el cuello, ya fuera un principio de
necrosis o una cosa, después de ver que
el cuello no tenía nada i que solo había una
inflamación no muy grande en el
intestino herniado, se procedió a la reduc-
ción, que se hizo sin grandes dificultades.
dis. .

Se despegó en seguida el saco hernia-
rio que ligado con catgut, inmediatamente
se fuera del anillo inguinal que escon-
dido en su totalidad.

La abscisión de la
herida se hizo con toda propiedad, con ácido
fénico al 5% i después de algunas li-
gaduras con catgut se puso un tubo de
drenaje seguido de suturas. La gaza i ma-
nifestos de lister, vinieron después con protec-
ción de algodón i su venda correspondien-
te. Excusado creemos decir que antes i
durante la operación se tomaron todas las
precauciones correspondientes que son nec-
sarias en casos de suma gravedad
i en que son interesadas las vísceras tan im-
portantes como el peritoneo.



Se dejó para la noche, con el objeto de evitar los movimientos i el desasosiego consiguiendo dos gramos de bloral en una poción por cucharadas.

Julio 8- En la noche el enfermo pasó bien, es decir sin dolor, sin otro inconveniente que el haberse sentado a la escupidera cuatro veces: hoy por la mañana dos. Se prescribió extracto de opio de centigramos para evitar el movimiento exagerado de intestino. La alimentación se redujo a caldo i leche helada con coñac. Hóise cura antisepticamente, no se mueve el tubo que atraviesa de un extremo a otro de la herida. No hai inflamación en los tejidos vecinos, parece que se va a curar por primera intención.

Julio 9. El enfermo está perfectamente bien. No obrado una vez en la noche. Hoy no se curó.

Julio 10- 2ª Curación con ácido fénico al 50. Se retiró una sutura de pos medio: parece que la cicatrización se hace por 1ª intención. El tubo de drenaje no se mueve, solo se cuida de que este permeable. Estado jeneral bueno.

Julio 11. Hoy no se curó. Estado jeneral bueno.

Julio 12. 3ª Curación. El tubo está manchado como en la curación anterior. Se retiran todas las suturas. En la parte superior de la incisión, se



ha hecho cicatrizacion por 1.^a intencion. Se nota un principio de espacelo en los bordes de la parte inferior de la incision. Se cambia el tubo grueso por dos mas delgados, que se introducen por los extremos de la herida

Julio 13. Lo mismo que el anterior. No se cura.

Julio 14. 4.^a curacion. Huele manchado, pero menos. Se nota un espacelo del tejido conjuntivo de la parte profunda de la herida. La temperatura sube a 38.^o grados.

Julio 15. La temp. llega a 38.4 nada de notable.

Julio 16. 5.^a curacion. Se retira el tubo inferior. La temperatura baja a 37.8. El enfermo siente hambre desde hace varios dias. Hoy se principia a dar alimentos solidos. Al mismo tiempo se suspende el cloralhydrate de opio que se daba en las noches. Los depósitos se hacen una vez en la noche.

Julio 17. Se pone Iodoforfo. 6.^a curacion.

Julio 18-19. Esta perfectamente bien.

Julio 20. 8.^a curacion. Lo mismo que la anterior. La estension de la herida esta reducida a la mitad mas o menos de lo que era en el momento de la operacion a causa de la retraccion de los tejidos que estaban tensos por la herida.

J. 21. Lo mismo.

Julio 22. 9.^a curacion. Nada de notable.



Julio 23. - La temperatura sube a $38^{\circ}6$ i el enfermo siente un pequeño dolor en el sitio de la hernia. Este dolor lo sentia ya desde ayer i se estiende hacia arriba.

Julio 24. - El dolor continua i al mismo tiempo el enfermo tiene sudores profusos en la noche. La temperatura se eleva gradualmente i se prescriben 0.50 centigramos de sulfato de quina para la tarde.

Se hace la décima curacion i no se nota nada de anormal. La herida perfectamente antiséptica; solo se nota por encima del principio de la incision una tumefaccion dura, redondeada i dolorosa que parece deberse a la produccion de un absceso.

Julio 25. - 11^a Curacion. La tumefaccion ha aumentado de volumen; pero el dolor el labio superior i izquierdo está bastante hinchado.

Julio 26. La tumefaccion al levantar los apósitos se ve disminuida, lo cual es debido a que por la herida sale pus, que desde el primer dia se presenta de buena naturaleza.

Julio 27. - 12^a Curacion. - La supuracion continua i parece debida a la parte exterior no hai otra novedad.

Julio 28. - 13^a Curacion. - Todo bien i asi continua hasta el Cuatro de Agosto en

que termina la escatización: el enfermo sale de alta tres días después completamente curado.

Esta observación que no da la medida del resultado de una operación hecha con acierto i buena fortuna, nos prueba que la ligadura del saco i la supuración han formado una verdadera barrera que hace muy difícil la reproducción de la hernia: por último tuve la suerte de encontrar en el mes de Febrero al enfermo trabajando en la línea del Ferrocarril Urbano en la calle del Carmen i no había sentido el menor inconveniente hasta la fecha es decir cinco meses después.

Agosto de 1887

