

Die 1886

Heriva G., José Rafael

Reflexiones sobre el tratamiento de las  
hernias estranguladas. 295

He aquí una afección tan frecuente como es, la her-  
nia, y que expone a accidentes si bien un poco  
retardados, tan rápidos que imponen al médico  
una conducta acertada que adoptar sin vacilacio-  
nes pues frecuentemente la vida del paciente de-  
pende de la oportunidad de la intervención.

Vamos pues a bosquejar la línea de conduc-  
ta del médico en presencia de una tan desagra-  
dable si no funesta complicación de tan común  
afección.

Comenzaremos por exponer en qué consiste  
esta complicación, su mecanismo, anotaremos  
las indicaciones que presente, los diferentes modos  
de llenarlas, su oportunidad y concluiré-  
mos deduciendo los resultados que en vista  
de nuestras observaciones clínicas nos suple-  
re nuestro estudio.

Empezemos.

Las complicaciones que pueden  
sufrir una hernia son el atascamiento, la  
inflamación y la estrangulación, de las cuales  
la última es la más grave por sus consecuen-  
cias fatales sin la intervención quirúrgica  
y la rapidez con que sobreviene la muerte

La estrangulación herniaria consiste en una constricción que hace irreducible la hernia y detiene o dificulta la circulación de la sangre y de las materias intestinales.

Esta constricción radica en el cuello del saco herniario y muy rara vez en el anillo, esto último sucede cuando la causa de la estrangulación es la brusca salida del intestino en gran cantidad y sin una torsión o anudamiento, solo o con el estómago. Éstos han citado excepcionalmente estrangulaciones producidas por el epiploon perforado o por una rotura del saco.

Este conocimiento de la causa y sitio de la estrangulación es indispensable para elegir el medio de tratamiento que se haya de poner en práctica para subir la causa de los fenómenos de estrangulación.

Ahora, he aquí los fenómenos que revelan la estrangulación. Cuando en un individuo herniario a consecuencia de un esfuerzo violento, y se sufría de malas digestiones o neumatosis intestinal, tanto mejor, sale bruscamente la hernia y siente dolor en la región herniaria haciéndose irreducible el tumor, entonces nos habremos de preguntar si asistimos a una inflamación o estrangulación de la hernia. El diagnóstico entre estas dos complicaciones es absolutamente necesario pues el tratamiento que haya de instituirse es distinto. Es el diagnóstico aunque difícil sin embargo.



90 en muchas ocasiones se puede prejuzgar.

En efecto, cuando se trata de una hernia voluminosa antigua y desde hace tiempo irreducible o no se ha reducido jamas podremos pensar en una inflamacion pues que la hernia voluminosa y antigua ha ensanchado el anillo y cuello siendo estos frecuentemente insuficientes para detener la circulacion sanguinea y alimenticia. Por el contrario si la hernia estaba habitualmente reducida y pequeña esta obstruccion no se ha efectuado y si la cantidad de intestino es mas o menos considerable, este se encuentra fácilmente comprimido, congestionado y estrangulado por el anillo.

Posteriormente aparecen sintomas mas claros para poder afirmar nuestro diagnóstico de estrangulacion. Se declaran intensos dolores abdominales cuyo punto de partida es la hernia y se extienden en diversas direcciones, o a todo el abdomen y presentan las intermitencias y fuerza que resisten los dolores producidos por el gran simpático. El meteorismo que no es tan uniforme como en la peritonitis. Despues de la extrusion de las materias contenidas en el segmento intestinal subyacente al sitio de la estrangulacion se declara el estreñimiento (mas festinaz) (y que, cosa notable, en ocasiones se ha observado, alternar con una diarrea serosa, pero sin rastro alguno de material alimenticio o fecaloideo, de origen nervioso como lo veremos notar mas adelante.

Las náuseas y vómitos también pertenecen a los fenómenos nerviosos que no al obstáculo puesto al curso de las materias exclusivamente como lo afirman muchos autores pues que muy frecuentemente se observa como un síntoma precoz y en muchas ocasiones ~~este~~ simultáneamente con la salida brusca del intestino que se estrangula. En esta enfermedad hay un síntoma muy importante para su diagnóstico con la peritonitis ~~de la hernia~~. Completa el cuadro sintomatológico de la estrangulación herniaria la expresión de terror y sufrimiento que ~~revela~~ revela la contracción de las facciones del enfermo, sus ojos hundidos, la piel fría y cubierta de un sudor viscoso, en una palabra la facies abdominal; además la prostración, la disnea y el hipo que se muestran posteriormente y a veces calambres, convulsiones y contracturas.

Entre estos síntomas tenemos las náuseas y vómitos precoces casi súbitos (después sufren también la consecuencia de la oclusión y acúmulo de materiales alimenticios y toman sucesivamente el carácter <sup>alimenticio</sup> bilioso, mucoso y fecaloideo), la facies abdominal, la disnea, el hipo y los dolores cólicos intermitentes con el carácter de los sufrimientos del gran simpático, que son todos fenómenos de origen nervioso reflejo. El sistema nervioso abdominal es de una extremada sensibilidad patológica; los plexos que rodean las paredes del intestino son el punto de partida de acciones reflejas de extensión y de gravedad variables y esto no solamente en las hernias sino en una multitud de afecciones de las vías digestivas. No quitamos el dominio de la estrangulación. Los vómitos que comienzan con ésta y se

hacen fecaloideos a medida que las materias se acumulan, es  
tan a la cabeza de estos actos nerviosos. Hay otros que el Dr.  
Berger ha hecho notar en un trabajo muy interesante y son  
los calambres y contracturas mas o menos generalizados, convul-  
siones eclámpticas, los accidentes cerebrales caracterizados por  
coma y delirio, aunque estos accidentes son raras. Mas a me-  
nudo es la congestión pulmonar la que viene a complicar o  
aun a terminar la escena. Pero fuera de toda localización  
y no como hecho eventual sino comun a todas las estrangu-  
laciones se observa la repercusión nerviosa ligada a la  
constricción de las paredes intestinales, progresiva y tanto mas  
inminente cuanto mas fuerte y prolongada sea la compres-  
sion. Esta repercusión es por excelencia el carácter de la  
estrangulación; es por ella que las fuerzas disminuyen, que  
las facciones se alteran, la temperatura desciende y que sobre-  
viene en fin el colapso y la aljidez. La retención de las  
materias no tienen en esto ninguna participación ni las le-  
siones mecánicas del intestino son responsables porque la esce-  
na se desarrolla aun en los casos en que estas no existen.

El Dr. Berger ha tenido ocasion de observar en 5  
casos los fenómenos de calambres, contracturas, convul-  
siones. De estos los calambres son los que mas fre-  
cuentemente se presentan y se les observa en la  
pantorrilla a veces en el brazo y en toda la fuer-  
za. En casos muy graves invaden las muñecas y los  
dedos; los dolores son tan violentos que hacen olvidar  
los de la estrangulación. La variedad de estrangu-  
lación crural, inguinal, &c. no tiene influencia so-  
bre estos fenómenos nerviosos que pueden todavia com-

con congestión pulmonar intensa, como ya lo hemos indicado mas arriba, y lesiones renales.

Estos accidentes se parecen mucho a los señalados por el ilustre Trousseau en el cólera, la disentería y son siempre precedidos o acompañados de un estado jeneral grave al cual Malgaigne ha dado el nombre de cólera herniario.

Es digno de llamar la atención las indicaciones precisas que se pueden sacar del examen de la temperatura jeneral. En favorista de toda otra complicacion la es estrangulacion herniaria, la temperatura queda en su minimum fisiológico; pero por poco que se prolongue la compresion nerviosa de un órgano tan rico en nervios como el intestino la temperatura desciende 1° y 2° y aun mas, esta aljidez comparable a la producida por hemorragias graves o los grandes traumatismos es otro fenómeno de origen nervioso y no como querian Demarquay y Verneuil que la atribuian a una congestión pulmonar que habian encontrado en la autopsia de sujetos que la habian presentado en el ultimo período de su enfermedad. Suministra todavía el examen de la temperatura otro dato importantísimo para distinguir la estrangulacion simple de la peritonitis: cuando aplicando el termómetro ~~en el recto~~ como lo propuso y aplico Cannelongue, en el recto, si este marca una temperatura de 37° o 38° la estrangulacion es simple, pero si la temperatura es de 39.5°, 40° o 41° se se complica ya con una peritonitis.

Ahora espuestas estas ligeras consideraciones de diremos que la estrangulacion en una hernia es la interrupcion mecanica de la circulacion de la sangre y de las materias intestinales unida a una compresion nerviosa que segun su mayor o menor intensidad se reviste de caracteres alarmantes y precipita la terminacion fatal, pues que el estreñimiento mas pertinaz y mas prolongado no produce los sintomas que presenta la afeccion que estamos tratando.

Veamos qué debemos hacer en presencia de esta afeccion.

La primera indicacion que se nos presenta es hacer cesar la constriccion, causa de todos los fenomenos, llenada esta hay la segunda que es tratar los fenomenos secundarios a que ha dado lugar la estrangulacion, sean estos inflamacion, gangrena, perforacion o simplemente los fenomenos nerviosos de depresion, alidiz, &c que continuan y producen un funesto resultado si no se atiende a ellos, suceso que es un hecho comprobado que se muere de estrangulacion simple sin lesiones mecanicas del intestino.

Para llenar la primera indicacion se nos ofrece los medios que en todo tiempo se han puesto en practica son numerosos y variados se pueden agrupar en dos secciones: medios medicos y quirurgicos  
Vamos a exponerlos y a estudiar cada

uno de ellos sin detenernos en aquellos que la práctica ha juzgado y rechazado sucesivamente.

**Medios médicos** — Nada diremos del empleo de los purgantes, que los antiguos empleaban (sea en forma de poción o enema) confundiendo la estrangulación con el atascamiento, porque esta práctica conocida el mecanismo de la afección que tratamos es un absurdo y aun hoy día se podría decir un crimen, pues sería querer tratar una enfermedad tan grave sin conocerla.

**El hielo.** — Se ha empleado sobre la hernia en todos tiempos; (su empleo) tiene por objeto condensar los gases, disminuir la congestión contrayendo los vasos e impedir la flogosis del intestino. Estos diversos modos de acción por sí mismos no valen nada si la reducción de la hernia viene a determinar la naturaleza de la misma herniada. Es pues y debe ser considerado como un auxiliar de la taxis. Jeneralmente no se emplea este solo medio sino combinado con los otros que vamos a exponer.

**Belladona.** — Es también otro medio que se ha usado con mucha frecuencia al exterior y al interior bajo forma de píldoras de un centígramo cada una y aun se ha llegado a dar hasta cincuenta centigramos en el día.



(Su acción sería activar los movimientos peristálticos del intestino y ejercer así una especie de tracción sobre el asa intestinal herniada). Combinada con el hielo, la administración de este medicamento ha producido buen resultado, pero en gran número de veces ha fallado. No es, pues, un medio seguro sino aventurado y que se podrá emplear en los casos de estrangulación de las hernias intestinales. Mas, es difícil conocer el grado de estrangulación.

[Su eficacia en ciertas estrangulaciones se debería a su acción sobre las fibras lisas cuya contracción determina y aumenta. Sin embargo esta acción es muy limitada para poder ser la sola que produzca resultado y necesita en la generalidad de los casos ser auxiliada por otros medios terapéuticos y maniobras mecánicas.

**Tabaco.** — Se refieren también muy buenos resultados obtenidos por las lavativas de tabaco (2 a 4 gramos por 250 de agua hirviendo) o las insuflaciones rectales de humo de tabaco. Provoca contracciones violentas del intestino y expulsión de gases y materias; los movimientos peristálticos son más energéticos y frecuentes, ejerce por consiguiente una especie de tracción sobre las asas herniadas y prestará útiles servicios en las estrangulaciones recientes y poco apretadas.

**Café.** — Conocida su aplicación desde mucho tiempo atrás pero poco empleada ha sido preconizada por el Dr. Meplart (en su "Etude de thérapeutique physiologique du café") y se apoya en 6 casos bien observados en que ha obtenido buen resultado. Este tratamiento lo acepta también y encomia el eminente terapeuta N. Fonosagrives (Dictionnaire encyclopédique). El modo de obrar de esta planta es semejante a las anteriores en la excitación simpática y en las contracciones peristálticas y en la de congestión e isquemia del sistema capilar intestinal que produce.

Además de ser inofensivo, el resultado que se ha obtenido en los casos tratados con buen éxito por este medio ha sido en un tiempo muy corto, y en caso de ser necesaria la intervención del bisturí no se habría perdido tanto tiempo como con los otros medios.

**Laxativas gaseosas y polvos gasógenos**  
Algunos autores al contrario han tenido la idea de aumentar la fuerza para disminuir la resistencia por el desarrollo artificial de gases por medio del ácido carbónico (bicarbonatos y ácido tartárico) sea por la eterización rectal sea ya por el curioso y peregrino método de Sculthorpe que insuflaba aire en el recto por medio de un fuelle ordinario. Estas diversas aplicaciones de polvos gasógenos o insuflaciones obvarian, según

Sus autores, ejerciendo una tracción saludable sobre el asa irreducible y si viene en su auxilio la taxis como sucedia en los casos en que se aplicaba este método se estará mas seguro del éxito.

He aquí un método excéntrico que aunque es Antiquo pues se lee en Hipócrates sin embargo creemos que al presente ningún cirujano se aventuraria a emplear un medio tan quiésculo. (Creemos su exposicion sola basta.)

**Clorización local.** He aquí como procedia Finkelstein. El enfermo acostado sobre el dorso, las piernas flexionadas, sostenido el escroto por un cojin, si se trata de hernia inguinal, se vierte una cucharada o dos de éter o mejor de una mezcla de éter y de aceite de beleño (éter 5 partes por aceite 1) menos irritante sobre el tumor herniario, por encima se aplica una compresa de 3 o 4 dobleces. Se repite esta aplicacion cada 15 minutos; a la tercera o cuarta vez el intestino entra a veces por sí mismo en el abdomen o se procede a una taxis suave que obtiene fácilmente este resultado. Finkelstein ha obtenido buen resultado por este método 54 veces en 58 casos. Da buen resultado tanto mas seguramente cuanto menos se haya entregado á las maniobras de la taxis. La indicacion seria pues recurrir a él tan pronto como se haya declarado la estrangulacion.

Chavernac refiere numerosos hechos en que ha aplicado las pulverizaciones de éter sobre la hernia fundándose en su acción anestésica y refrigerante.

Por su acción anestésica, se puede practicar la taxis sin hacer sufrir grandes dolores al enfermo sintiendo solo alguna picazón en la parte en contacto con el éter. Pero el éter obra sobre todo como

refrigerante, su pulverización en efecto produciría un enfriamiento intenso, súbito y descendiendo la temperatura del contenido produciría una brusca condensación de los gases encerrados en el intestino estrangulado. De ahí disminución del volumen del tumor y de su pedículo y mayor facilidad para hacerlo penetrar en su cavidad natural por el canal que le había servido de viaducto.

Además los efectos del éter son más notables que los del hielo. Este no produce sino lentamente un frío de  $0^{\circ}$  a  $4^{\circ}$  mientras que en menos de un minuto el éter rectificado da un descenso de  $-15^{\circ}$ . Pero estos efectos no se manifiestan siempre inmediatamente, lo que depende del calor, de la tensión de las partes, &c. Por lo tanto tiene sus ventajas sobre el hielo pero se le puede hacer la misma objeción que a todos los otros medios terapéuticos de no bastar por sí solos sino que tiene en definitiva que recurrirse en la inmensa mayoría de los casos, a la taxis.

**Táxis.** - Es lo primero que se hace antes de toda otra manera de intervención, pues es a lo que ordinariamente se entrega el paciente desde que nota la complicación que venimos estudiando, es tratar de reducir su hernia empujándola hacia la cavidad abdominal. Mas es impotente para ello y llama en su auxilio a las personas que lo rodean o aun prácticos y tanto aquellas como este se esfuerzan con frecuencia con el temor en hacerlo entrar.

Estas maniobras para producir el resultado apetecible deben someterse a reglas que ha enseñado la práctica y que se deducen de los conocimientos anatómicos precisos de la región en que se opera, condiciones sin las cuales sería un procedimiento ciego, empírico y mas bien perjudicial.

En qué, pues, consiste la táxis? Es esta una serie de maniobras tendentes a hacer entrar poco a poco la víscera herniada siguiendo el mismo camino que recorrió al salir.

He aquí como se ejecuta:

Cuidado preliminar es determinar la posición del enfermo. (y del cirujano) El paciente está colocado en decúbito dorsal con la cabeza y pecho un poco levantados, los brazos y piernas flexionados y el brazo del lado afectado en abducción y rotación hacia afuera, si se trata de hernia inguinal. De este modo se consigue relajar lo mas posible las paredes abdominales y tener abierto el canal inguinal.

Con la mano izquierda tomara el tumor por su base, rodeando este con los dedos tratara de formarle un pediculo ejerciendo una ligera traccion como para alejar el tumor del abdomen, para flexibilizarlo mejor. Con la mano derecha abrazara todo el cuerpo de la hernia y comprimiendolo en todos sentidos y converjendo hacia el anillo formado por la otra mano que tambien presionara un poco, tratara de introducir el asa por pequeñas hacia el abdomen, de modo que las ultimas en salir sean las primeras que entren.

He aqui el *modus operandi* de la taxis que ha producido y produce en todas las lo mas a menudo muy buenos resultados en las manos de todos los practicos de todos los tiempos.

Pero hay numerosos casos en la historia de la taxis que, como se ve es una operacion que requiere conocimientos anatomicos de la region en que se opere practica, destreza y prudencia, en que queda absolutamente impotente contra la estrangulacion; habremos de buscar otros medios y observar las condiciones mas favorables para un buen resultado.

Cuando la taxis simple no ha producido resultados o bien el enfermo contrae involuntariamente los musculos de la pared abdominal, lo que es muy frecuente, presta notables servicios las inhalaciones anestésicas, especialmente de cloroformo, pero estas se han de ~~prolongar~~ prolongar hasta la completa resolucion muscular. Se han visto muchos casos en que algu-

nas tentativas de taxis no han bastado y al repetir las estando el enfermo en el sueño cloroformico, producir el exito deseado abreviando el tiempo de las maniobras.

Pero se nos presentan algunas cuestiones que dilucidar pues que hay hernias que no pueden ser jamas reducidas por la taxis.

¿Cuanto tiempo deben durar las maniobras?

¿Se empleara la taxis forzada o la simplemente prolongada pero suave? ¿A qué época de la estrangulacion deja de ser practicable la taxis?

Ante todo diremos que <sup>uno de</sup> los peligros que ofrece la taxis ~~son~~ es que se puede verificar la reduccion en masa de la hernia, es decir, que cuando el agente de la ~~estrangulacion~~ <sup>estrangulacion</sup> es el cuello (lo que es lo mas comun) el intestino puede ser reducido con el cuello y saco y permanecer en el interior del abdomen la estrangulacion continuando y agravandose los accidentes. Esta complicacion es gravisima y casi fatal porque es imprevista y cuando se resuelve el cirujano a operar la laparatomia para ir a buscar en el vientre la estrangulacion es quizá ya tarde, fuera de la gravedad de la operacion que hace necesaria.

Esta complicacion funesta es mas frecuente de lo que se cree generalmente. El Dr. Perichon dice que en 100 casos que ha recogido en la historia de la ciencia de reducciones en masa, esta es

siempre resultado de la taxis y puede sobrevenir aun cuando las maniobras hayan sido hechas por manos hábiles y experimentadas. Las hernias en que mas frecuentemente se observa son las hernias inguinales oblicuas externas y las hernias pequeñas son mas a menudo reducidas en masa que las voluminosas y antiguas. —

¿Cuanto tiempo debe durar la taxis?

Hay muchas opiniones y procedimientos a este respecto. El Doctor belga Thierry dice que la taxis debe ser metódica, progresiva y perseverante, entendiendo por esto último 8, 12, 15 horas seguidas si es necesario. Creemos que esta es una exajeracion pues que si en la primera hora no ha dado resultado no se debe confiar en obtenerlo en las siguientes, y sobre todo expone a un serio peligro de inflamar el intestino por la prolongada compresion de un órgano con una circulacion difícil y que sabe cuando no ha ocurrido mortificacion y aun la perforacion. Debe convenir de que estos peligros deben hacer desistir al cirujano de prolongar tales maniobras por mucho tiempo.

Creemos con el Dr. Tillaux que la taxis ayudada por el cloroformo para asegurar mejor su éxito no se debe prolongar mas de un cuarto de hora, pasado el cual ~~si~~ no se obtiene ningun resultado se debe abandonar este medio para intentar otro.

Los peligros que acabamos de apuntar son todavía mas reales e inminentes en la absurda práctica de la taxis forzada. Lo que no se obtiene con destreza método y paciencia se habrá de conseguir a

viva fuerza? Juzgamos que esta es una práctica poco racional a pesar de la alabanza y entusiasmo encomio que hace de este método el Dr. Borelli en su "Della riduzione incruenta nelle ernie inguino-crurali strozzate" en que dice que la taxis forzada está indicada en todos los casos.

Mayores y mas positivos servicios prestará el método de Lannelongue que es racional e inofensivo. Consiste este en asociar a la taxis la Compresion haciendo obrar como hemos visto al tratar del modo de accion de algunos y casi todos los medios terapéuticos una especie de traccion intra-abdominal sobre la hernia. Consegua este objeto por medio de un sac formado por una servilleta cuyas cuatro puntas ~~reunidas~~ eran amarradas a una cuerda que pendia de un arco situado encima del enfermo; en el interior de esta servilleta ponia 2 a 3 kilogramos de plomo (municiones, granallas, &c) cuyo peso gravitaba en el abdomen del paciente a corta distancia por encima del canal u orificio herniario. — De este modo Lannelongue en sus dos primeros ensayos obtuvo buen resultado de la taxis al cabo de un minuto de trabajo en un caso y al fin de un cuarto de minuto en el otro. Es de advertir que la taxis mas felizmente ejecutada no da tan bello resultado en tan poco tiempo. Es, pues, una feliz idea la de Lannelongue que podrá practicarse sin inconveniente ninguno y si con muchas probabilidades de éxito como lo han reconocido Después Trelat Verneuil y otros cirujanos.



Se podría sustituir al procedimiento de Can-  
nelongue el que imaginó Henrot. Pasándose en la  
misma idea este cirujano ha unido a la taxis la com-  
presion manual del abdomen, ejerciéndola bruscamen-  
te por medio de los dedos inmediatamente encima del  
arco de Poupart. Aunque este método ha dado buenos  
resultados a su autor, a Olies y otros aun en caso de  
obstruccion interna sin embargo la compresion no  
pueda ser sostenida tanto tiempo y no seria tan u-  
niforme como en el método anterior y ademas se nece-  
sita el auxilio de otro ayudante inteligente que supie-  
se hacerlo mientras el cirujano practica la taxis.  
Tambien aconseja Henrot practicar una especie  
de masaje en la vecindad de la hernia lo que  
llama la taxis abdominal.

En qué época o momento de  
la estrangulacion deja de ser practicable la  
taxis?

He aquí una cuestion muy difícil de  
resolver porque basta leer las infinitas observacio-  
nes de estrangulacion para ver cuánta diferen-  
cia existe entre la resistencia de unos enfermos  
para las lesiones mecánicas o locales del intestino  
y la rapidéz con que estas se producen en otros.

Si bien esto está relacionado íntimamente con  
el grado de constriccion, el estado jeneral, &c, y otros  
factores sin embargo no hay signo preciso que  
indique que la taxis será sin inconvenientes o  
perniciosa.

Hay casos claros en que se puede forejuzgar, por ej. Cuando en un enfermo que ha presentado síntomas graves de estrangulación se ve sobrevenir de pronto una mejoría falaz, inesperada, en el estado jeneral y al mismo tiempo el tumor es blando, inconsistente no habrá duda de que la taxis no debe ser intentada porque hay indudablemente una ruptura o una gangrena del intestino. Pero hay muchos casos en que existe la gangrena sin poderse sospechar a las 24 horas y aun a las 13 horas de estrangulación como refiere Tillaux y otros en que después de ocho días de sufrimientos al abrir el saco en la operación se ha encontrado el intestino completamente sano.

Aunque estos extremos son excepcionales pueden no obstante darnos a conocer la incertidumbre en que estamos en cualquier caso de lesiones probables del intestino que hagan funesta la práctica de la taxis. — De todo modo en la duda lo mas prudente será no exponernos a tener una decepcion y a apelar luego a otro medio del que vamos a tratar en un instante mas. —

**Puncion.** — Entre los medios que facilitan la práctica de la taxis y que muchas veces han dado buen resultado por si solo está la puncion aspiradora. Dolbeau fué el primero que la aplicó en un enfermo con feliz éxito. La aplicacion de la puncion aspiradora se ha generalizado muchisimo y todo

Los casos tratados por este medio han dado por resultado que es inocente al saco y al intestino y en muchas ocasiones ha determinado la reducción por sí sola y en otros mas numerosos ha facilitado la taxis que ya sin dificultad ha dominado la estrangulación.

Sin embargo, a pesar de esto, como es necesario generalmente hacer varias punciones por que una no basta y como en algunas ocasiones ha quedado infructuosa, haciendo perder un tiempo precioso con la esperanza de un buen éxito que al fin y al cabo puede no obtenerse y dar lugar a que se produzcan las lesiones del intestino tan graves y que se impedirían no confiando en un medio inseguro.

Por otra parte la estrangulación en pocas ocasiones depende del acúmulo de las materias sólidas, líquidas o gaseosas del intestino y aunque estas se vacien la constricción siempre persiste, quedando por consiguiente impotente la función.

En semejantes casos en que los medios anteriores no han dado el resultado que se esperaba no queda mas que un medio supremo: la Quelotomia u operación del desbridamiento.

Consiste ésta en poner la hernia a descubierto y dirigiéndose al sitio de la estrangulación descubrir el agente constrictor y suprimirlo.

esta por seccionando el anillo o cuello, causa de los ~~estrangulacion~~ accidentes.

He aquí en que consiste dicha operacion:

Entre los preparativos ántes de anestesiar al enfermo será muy conveniente vaciar la vejiga, ~~reservar~~ la parte en que se va a operar y vaciar el estómago para impedir un accidente posible como sucedió en un caso de vólvulos que se operaba en el servicio del Sr. Barros B. y en que se malogró la operacion y el enfermo de un vómito de materias fecales tan abundantes, que se introdujeron en las vias respiratorias produciendo la asfixia y muerte del sujeto. En el enfermo de mi primera observacion tambien ocurrió un accidente de vómitos estercoáceos muy abundantes que si bien no ocasionó otro daño que ensuciar el traje del operador y perturbar un poco, pudo muy bien haber tenido mal resultado, ademas de ser un accidente bien desagradable.

Colocado el enfermo en posicion supina se le anestesiará hasta producir la resolusion muscular. Se hará entonces en la piel ~~de la~~ una incision de todo el largo de este y en la ~~direccion~~ de su diametro mayor, teniendo cuidado de prolongarla hasta encima del anillo que se trata de descubrir. - La incision en T se reservará para casos especiales como en la hernia crural. La incision no siempre será vertical u oblicua, como en las hernias escrotales. Cuando el diametro mayor es transversal la direccion de la herida será transversal, como

sucede en las inguinales directas, oblicuo-externas y crurales. Es de consecuencia, decía Louis, principiar la incision de la piel arriba de los anillos y por falta de una gran incision se ve a veces a los operadores mas expertos demorar tanto en desbridar el anillo que estrangula. En las hernias escrotales no se debe llevar la incision hasta el fondo porque alli se encuentra el testiculo que no forma parte del tumor y puede ser tambien que los elementos del cordón estén disgregados y se encuentren algunos por delante del tumor, pudiendo ser cortados, lo que seria grave.

Incindida la piel se presenta la fascia transversalis, a veces muy engrosada, que debe ser cortada sobre la sonda acanalada. Despues de esta se presenta el músculo cremáster que se divide del mismo modo. — A veces tambien hay que dividir capas lardáceas, ganglios linfáticos, masas adiposas, pequeños focos purulentos circunscritos, &c.

Se incidirá las numerosas hojuelas de tejido celular, hoja por hoja, sobre la sonda acanalada para no herir el intestino que por su elasticidad y gases parece adelantarse al encuentro del bisturí.

Se procede así hasta llegar al saco que se reconocerá por su aspecto liso, su color blanco mate y su transparencia que deja entrever las paredes vasculares del intestino. Hay que ser muy cuidadoso al llegar al saco, pues puede

suceder que haya líquido en el saco, lo que es lo mas frecuente o que no haya, sea por haber sido extraido por una puncion o por su escasa formacion.

(Una vez reconocido el saco se formara con la pinza de diseccion un pliegue en su parte media y se hara un piquete con un bisturi por donde se introducirá en seguida la sonda acci-  
malada.)

Llegado al saco se nos presenta la cuestion de si debe o no abrirse éste, Es decir si se debe desbridar el anillo o el cuello.

Al principio de este trabajo hemos visto que en la inmensa mayoria de los casos el sitio de la estrangulacion estaba en el cuello de modo que solo desbridando este se puede hacer desaparecer la estrangulacion.

Hay casos en que esto depende del anillo y en estos bastaria dilatar o desbridarlo para hacer cesar los accidentes, pero todavia se nos presenta la dificultad de que no sabemos si vamos a reducir un intestino gangrenado, perforado o próximo a serlo o una masa epiploica inflamada que se ira a mortificar en la cavidad abdominal produciendo en uno u otro caso una peritonitis sobrecuada rapidam y necesariamente mortal.

Algunos cirujanos se abstienen de abrir el caso por temor de producir una peritonitis

tis o herir el intestino. El temor de peritonitis ~~no es~~ al parecer muy justificado sin embargo no es tan grande puesto que la práctica ha demostrado que la herida simple del saco, en general no interesa al resto del peritoneo; la herida del intestino no sería de consecuencia fatal; solo se habría hecho un ano contra-natural, además que con cuidado se evita fácilmente este peligro.

Se formará pues con la pinza de disección un pliegue del saco y con el bisturí recto se abrirá un ojal por donde se deslizará una sonda acanalada que levante fuertemente la membrana de modo que ~~sea~~ vea no haya interpuesto ningún otro órgano y pueda ser cortada por el bisturí ~~esta~~ solamente y en toda la extensión de la herida de la piel, especialmente hacia abajo; por arriba se cortará el saco hasta el anillo.

Una vez abierto el saco en toda su extensión estamos en presencia de la estrangulación, cuya supresión es el objeto de la herniotomía; algunos han imaginado dilatar el anillo constrictor sin hacer sección ninguna por temor de cortar algún vaso importante y han propuesto diversos medios. Los anillos por una parte por su textura fibrosa son poco dilatables y por otra parte el temor de herir algún vaso se salva fácilmente introduciendo el dedo como guía y si

se nota la presencia de alguno se evitará dando al dilatador una direccion conveniente.

Se introducirá, pues, el índice y si hay dificultad la espátula acanalada de Vidal entre el anillo y la masa herniaria y guiado por esta el cuchillo de Cooper un bisturí abotonado. Aquí para dar una direccion conveniente al corte a fin de no herir ningun vaso, importa y es absolutamente indispensable conocer perfectamente la region en que se opera; y si se trata de hernia inguinal distinguir las tres clases que puede haber:

Así, en la hernia inguinal oblicua externa o sea la que se ha formado en la fosa inguinal externa la seccion se hará arriba y afuera, no adentro porque cortaría la arteria epigástrica, ni abajo donde interesaría la arteria epigástrica y demas elementos del cordón.

En la hernia inguinal directa, formada en la fosa media se desbridará hacia arriba directamente por encontrarse entre la arteria epigástrica que está por fuera y la umbilical que pasa adentro.

En la hernia oblicua-interna de la fosa homónima se desbridará hacia arriba y adentro. Tanto en esta hernia como en la anterior no se desbridará hacia abajo por la misma razon que ya dijimos en la primera.

En la hernia crural no se desbridará jamás hacia afuera por que se cortaría la vena femoral (crural); el lugar de predileccion para la seccion será adentro y abajo como lo han reconocido Lawrence, Tillaux y otros.

Si el pedículo de la viscera estuviera muy adherido al cuello se introducirá el dedo y el cuchillo por donde ofrezcan menos resistencia dichas adherencias.

Ya tenemos obtenido el fin de la operacion que era suprimir la causa de la estrangulacion por medio de la seccion del agente constrictor, deberemos ahora resolver todavia el problema de la conveniencia o de la contraindicacion de la reduccion de la viscera herniada. En primer lugar todos los cirujanos estan acordados en que si existia en la hernia una masa epiploica por poco inflamada que este no debe jamas ser reducida, (sino ligada y extirpada). La ligadura aséptica y la ablacion foresta en estos casos inmensos servicios ~~haciendo reducirse~~

Sobre el asa intestinal se ejercerá algunas tracciones muy suaves para reconocer si está libre o no de adherencias con el cuello o si hay algun punto reblandecido o mortificado por la compresion. En el caso de adherencias se disecaran estas cuidadosamente para poder reducir; de otro modo se correria el peligro de hacer interna y por lo tanto mas grave la estrangulacion. Si hay algun punto sospechoso de gangrena, perforacion, color de hoja seca, o si el intestino está reblandecido frio o enfisematoso está absolutamente contraindicada la reduccion. Se dejará en tal caso la viscera en su lugar, pues de otro modo iria a abrirse en la cavidad peritoneal y produciria el funesto resultado que fácilmente se comprende. En tal caso haremos un ano contra-natural.



Mas, si el intestino esta reconocidamente en buen estado lo reduciremos inmediatamente despues de lavarlo con una solucion antiséptica.

El Dr. Czerny aplica al saco una ligadura en el cuello y reseca el resto del saco. He aqui un procedimiento que da los mejores resultados. Siendo quedas impunemente las ligaduras y suturas asépticas aun en la cavidad peritoneal se procurará cerrar la herida de la piel. Antes de hacer esto en el anillo que se ha desbridado se colocará una sutura para cerrar del mejor modo posible el antiguo viaducto de la hernia y evitar asi la recidiva a que sin duda alguna quedariase expuesto si no se tomase esta precaucion.



## Observacion I.

Severino Rodriguez, de sesenta y cinco años, agricultor, Casado, entro a ocupar el número 4 de la sala de San José el 27 de Abril de 1885 en el servicio del Doctor M. Bana B.

Su salud anterior ha sido buena. El enfermo dice que hace tres meses a consecuencia de los esfuerzos de vómitos producidos por una indigestion se le formó la hernia que ocupa la region inguinal izquierda y se le entró en el escroto. (bubonocèle). La redujo con facilidad y notaba al hacerlo el gorgoteo característico. Despues, como al menor esfuerzo se reproducia el tumor trató de mantenerlo reducido por medio de un vendaje semejante a una espica de la ingle.

Cuando esta faja se le rodaba o hacia un mayor esfuerzo salia la hernia lo que le obligo a ponerse un braquero que se quitaba solo en la noche.

El 24 de Abril andando al trote de un caballo sintió reproducirse su hernia que no pudo ya hacer entrar y casi en el mismo momento un fuerte dolor en dicha region. Ya en su casa su solícita familia trató de reducir la hernia ayudándose de paños de aceite caliente.

El médico que lo vio primero le administró belladona en pocion, vejiga con hielo sobre el tumor y lavativa abundante que la arrojó in natura. Todo sin resultado. Los vómitos habian ya comenzado.

Hizo tambien varias tentativas de taxis que fueron infructuosas.

Entró al hospital el 27 de Abril es decir al tercer día de estrangulación. Observado el enfermo se reconoció un bubonocle en la ingle izquierda que era muy sensible a la presión, facies abdominal, pulso débil y pequeño; desde la salida de la hernia tiene vómitos por access que se han hecho fecaloideos desde hace dos días.

La estrangulación data de tres días.

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

Cloroformado el enfermo en posición supina se hizo una incisión <sup>muy</sup> superficial que en la piel del tumor en la misma dirección oblicua de este, de diez centímetros próximamente. Se seccionó cuidadosa y pacientemente capa por capa el tejido celular, ayudándose con la sonda acanalada hasta ponerlo descubierto el saco herniario; se hizo un pequeño ojal en este formando un folio que e introducida la sonda acanalada se cortó sobre ella con el bisturí en la misma extensión y dirección de la piel. Abierto el saco se derramó una corta cantidad de serosidad sanguinolenta y apareció el intestino: sus tunicas estaban violáceas y fuertemente congestionadas con un punto equimótico casi negro como de dos centímetros de diámetro. La puntería hecha por el trocar daba sangre.

Se tomó el asa intestinal que sola, sin epiploon, formaba la hernia; se hizo algunas tracciones sobre el asa para constatar su libertad o si había adherencias, las

que no se encontraron. Introdujose el dedo en el anillo in-  
guintal y por él, como conductor, el bisturí abotonado (de Cooper)  
lavada que fué el asa intestinal con una solución de subli-  
mado al milésimo se introdujo en el vientre dejando afue-  
ra el saco que se ligó fuertemente con catgut en el cuello  
y fué estropeado el resto.

Una vez introducido el cuello con su ligadura en el  
vientre se puso una sutura con seda antiséptica en los dos  
puntos del anillo accionados, evitando el cordón. Finalmen-  
te se lavó nuevamente con la solución antiséptica y se suturó  
la herida de la piel dejando un tubo de drenaje en el ángu-  
lo inferior de ésta. Se puso una cura antiséptica de Lister.

Durante la operación tuvo abundantes vomitos  
escrementicios que despues no se han reproducido.

Se le prescribió 3 píldoras al día de 0.05  
de extracto de opio cada una. Alimentación líquida

Abril 28 - 2.º día de la operación. Estado jeneral bueno; se sien-  
te muy aliviado. Temperatura  $37^{\circ}2$  en la mañana  
y  $37^{\circ}4$  en la tarde.

Abril 29. Siente dolor muy leve en la herida al moverse  
No ha defecado aun; se le suspendió el opio y se  
le prescribió una lavativa simple. No se tocó el  
vendaje. Temp. mañana  $36^{\circ}2$ , tarde  $37^{\circ}2$ , noche  $36^{\circ}9$

Abril 30. - Estado jeneral muy bueno. Como no arrojase la  
lavativa simple se le puso una purgante que espe-  
risó una hora despues con una pequeña canti-  
dad de excrementos. Temperatura en la maña-  
na  $36^{\circ}9$  y  $37^{\circ}$  en la tarde.

Mayo 1.º Se le prescribió 30 gramos de citrato de magnesia que

le produjo dos cámaras abundantes. En la noche ha tenido fuertes punzadas y dolor en la herida. Estado jeneral y del abdomen buenos. Se le cambió la curación, el vendaje estaba limpio, no había supuración; se quitó el tubo de drenaje.

Temperatura: en la mañana  $36^{\circ}9$  y  $37^{\circ}1$  en la tarde.

Mayo 2 Apenas ha sentido ligero dolor en la herida durante la noche. Vendaje limpio, no se tocó

Temperatura: mañana  $37^{\circ}1$ , tarde  $37^{\circ}$ .

Mayo 3 Temperatura en la tarde  $37^{\circ}$ .

— 4 Temperatura  $36^{\circ}6$  Nada de particular.

— 5 Tomó 30 gramos de sulfato de soda y no le produjo resultado. Estado jeneral muy bueno.

— 6 Temperatura  $36^{\circ}7$ .

— 6 Tomó 30 gramos de citrato de magnesio y tuvo dos deposiciones. Temperat.  $36^{\circ}5$ .

— 7 Tuvo una deposición Temp. siempre normal

— 8 Había un poco de supuración, en el vendaje se hicieron dos suturas de catgut en parte recubiertas; los dos bordes de la herida reunidos en su parte media en alguna extensión. En la extremidad superior de la herida había un punto que supuraba y dió algunas gotas de pus por la presión. En el ángulo inferior había un poco de tejido conjuntivo próximo a mortificarse; se tocó con nitrato de plata.

No hay fiebre

Mayo 9 Estado jeneral bueno. Temperatura normal.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mayo 13. La herida está muy bien y queda muy poco por cicatrizarse.

En todos los días el estado jeneral del enfermo es inmejorable y la temperatura en ninguno ha subido de  $37^{\circ}$  hasta el 26 de Mayo en que sale de alta completamente curado. La cicatriz es bastante indurada lo que contribuye a asegurar el éxito de la operación; con respecto a la recidiva.

En Noviembre volvimos a ver a nuestro enfermo que no había vuelto a sentir nada ~~de~~ en la región de la hernia a pesar de haberse entregado a sus labores de campo como en sus mejores tiempos. Posteriormente supimos que había muerto de una afección pulmonar sin haberse reproducido jamás su hernia; había pues, curado radicalmente de ésta.



## Observacion.

José Santos Vergara de 33 años, casado, de oficio carpintero entró el 13 de Junio de este año a ocupar la cama n.º 14 de la sala del Carmen del servicio del Dr.

Manuel Barros, con motivo de una hernia inguinal derecha estrangulada.

Hace seis años que es portador de su hernia que reduce con toda facilidad. El 9 de Junio salió esta y no pudo reducirla, se manifestaron entónces todos los síntomas de la estrangulación.

~~Después de tentativas infructuosas de taxis~~  
Se decidió la operación el mismo día; hacia cuatro que habíase declarado la estrangulación y los accidentes eran de alguna intensidad.

Formado el enfermo se hizo una incisión que partiendo del cuello de la hernia llegaba hasta cerca de la extremidad, próximamente 15 centímetros. Siguiendo las prescripciones del método antiséptico con toda esmerosa y redoblando el cuidado en la disección delo tejido se llegó al saco que a su turno fué abierto primero por un ojal y después sobre la sonda acanalada. Después de cerciorarse de que el intestino estaba libre de adherencias y no presentaba el menor peligro de esfacelo se desbridó el anillo con el cuchillo de Cooper. Se redujo el intestino, después de ser lavado cuidadosamente con la solución fenicada al 50. El saco estaba muy adherido a los tejidos circunvecinos y al desprenderlo para ligarlo y extirpar

lo se produjeron algunas desgarraduras entre los elementos del cordón.

Aislado el saco se hizo en el cuello con seda fenicada y se cortó el resto con tijeras sobre la ligadura, inmediatamente después se suturó los pilares del anillo seccionado y la herida de la piel, dejando colocado un tubo de drenaje en los extremos de esta herida.

Día 14. No hay vómitos ni fiebre ni agitación.

Temperatura  $37^{\circ} 3$  por la mañana y  $37^{\circ} 8$  por la tarde.

Día 15. Temperatura  $37^{\circ} 5$  en la mañana y en la tarde  $38^{\circ} 5$

Se creyó que esta temperatura fuera debida a una fiebre traumática simple por no haber del lado del abdomen sintoma ninguno que llamara la atención.

Día 16. Mañana,  $38^{\circ} 8$  - tarde  $40^{\circ}$  Presenta también

el enfermo timpanismo considerable y dolor fijo en el hipocóndrio derecho. Había una congestión hepática intensa. El enfermo había sufrido anteriormente de hepatitis. Con el tubo de Faucher arrojó gran cantidad de gases que dilataban el estómago; el dolor del hígado se alivió notablemente con ventosas secas.

Se prescribió 0.05 de calomelanos cada dos horas.

En los días siguientes la temperatura no pasó de  $38^{\circ} 3$

Día 20. Temperatura mañana  $37^{\circ} 5$  - Tarde  $38^{\circ} 1$

El enfermo no siente ningún dolor. La herida

da ha cicatrizado por primera intencion en toda su estension. Se retira el tubo de desagüe y los puntos de sutura entrecortados. Se nota una tumefaccion inflamatoria del testículo derecho. Se suprime el Calomelanus y se ordena un régimen tónico estimulante y alimenticio.

En los dias siguientes la temperatura subia de  $38^{\circ}$  en la tarde. Ademas el enfermo está débil, tiene sed viva, anorexia y de cuando en cuando vómitos. El dia 25 se abre anchamente la herida ya cicatrizada y se observa la formacion de un espacio que tiene por punto de partida el testículo.

El 1<sup>o</sup> de Julio se encontró un espacio completo del testículo y de una corta estension del cordón. La sutura de los pilares no era la causa porque las dos terceras partes del cordón que se encontraban intactas habrían sido necesariamente comprometidas lo que no sucedia. La verdadera causa eran las desgarraduras que se habian producido en el cordón, reforzadas por el estado de demutricion del individuo y la duracion de la estrangulación.

Se hizo la ablacion de todas las partes mortificadas.

Con todo, la temperatura se mantenía en  $37^{\circ}$  por la mañana y subia a  $38^{\circ}50$  a  $39^{\circ}$  en la tarde; el pulso seguía frecuente pequeño y débil. Continúa de igual modo la sed, vómitos, raro lengua saburral, malestar y enflaquecimiento.

progresivo. Se prescribió sal de Carlsbad para modificar la mucosa gástrica que se juzgaba muy alterada. Vinp de quina y enemas alimenticios.

Los vómitos se hacían mas y mas frecuentes e impedían la alimentación del enfermo. La muerte sobrevino el 25 de Julio.

Durante los últimos días el enfermo había tenido algunos síntomas del lado de los pulmones, tos que llegaban hasta producir vómitos a veces, disnea y uno que otro esputo purulento que llamaron poco la atención, unido esto a algunos estertores mucosos gruesos diseminados en ambos pulmones y cuyo carácter no se determinó por creeros sin valor.

Autopsia. - Abriendo la cavidad abdominal se encontraron los intestinos en perfecta estado y enteramente vacíos a causa de la falta de alimentación por los vómitos. El estómago pequeño y congestionado. Hígado y riñones normales. Pulmones con muchas adherencias y llenos en su superficie y su espesor de tubérculos, algunos de los cuales empezaban a reblandecerse. Había solo muy pequeños espacios de pulmones sanos constituyendo lo demás compactas masas tuberculosas.

El peritoneo estaba perfectamente cerrado en el punto que ocupara antes el cuello herniario; no había bridas ni adherencias pe-



ritoneales. Solo se veia por la parte exterior la se-  
da con que habia sido ligado el peritoneo al estri-  
par el saco.

En este caso pues la muer-  
te ha sido causada por la tuberculosis aguda  
e indudablemente esta diatesis ha tenido en gran  
parte la culpa del espacio del testiculo y cor-  
don, determinado accesoriamente por las desga-

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En todo caso la operacion no ha  
sido la causa de la muerte, ni ha produci-  
do peritonitis. Sin embargo este caso nos anima  
a redoblar la atencion y delicadeza al disecar  
las adherencias. —

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

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## Conclusiones:

1.º La taxis es el fin de los diversos medios terapéuticos que se emplean y deberá intentarse antes que todo.

2.º ~~Puede emplearse~~ En los casos poco intensos se podrá auxiliar la taxis con algún otro medio, sea la compresión, la posición invertida o algún medio médico, prefiriendo entre estos los más inocuos y que obren más rápidamente (como el café) o con la punción;

3.º En caso de emplearse estos últimos medios se hará únicamente a título de auxiliares de la taxis sin confiar mucho en su acción y atribuyéndoles un rol completamente secundario;

4.º Si la primera tentativa de taxis simple no produce el efecto apetecido, la reducción se hará una segunda tentativa ayudándose con las inhalaciones anestésicas llevadas hasta la revolución muscular;

5.º Debe proscribirse la práctica de la taxis forzada o solamente prolongada por algún tiempo; es inútil y peligroso prolongar demasiado estas maniobras;

6.º En general después de la segunda tentativa de taxis, infructuosa se procederá en la misma sesión sin diferir un momento a la Quelotomía;

7.º La operación con los cuidados antisépticos rigurosos ha perdido mucho de su antigua gra-



edad;

8.º Mientras mas pronto se opere y el enfermo haya estado sometido lo menos posible a maniobras imprudentes y dilatorias, tanto mas pocas probabilidades de buen éxito;

9.º La Quelotomia con la ligadura y esterpeccion del saco segun el método del Dr. Czerny es el mejor procedimiento pues quitando toda causa de excitacion hace muy difícil la reproduccion de la hernia;

10.º Los fenómenos nerviosos graves interesos de la estrangulacion deben apresurar la intervencion del bisturí.

Santiago, Diciembre 11 de 1886

José Rafael Hevia G.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL