

HERNIAS UMBILICALES

MEMORIA DE LICENCIADO

POR



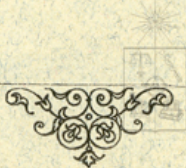
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Eugenio González Muñoz

(Ayudante de clínica quirúrgica)

1899



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA, LITOGRAFIA I ENCUADERNACION BARCELONA
Moneda, entre Estado i San Antonio



Museo Nacional de Medicina 1899

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HERNIAS UMBILICALES

MEMORIA DE LICENCIADO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR



Eugenio González Muñoz
(Ayudante de clínica quirúrgica)

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1899

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

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA, LITOGRAFIA I ENCUADERNACION BARCELONA

Moneda, entre Estado i San Antonio

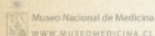


1899
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HERNIAS UMBILICALES

MEMORIA DE LICENCIADO



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

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



A mi querido maestro

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL *V. Carvallo E.*

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

i al Dr. Amunátegui Solar

Las hernias umbilicales se observan con más frecuencia en la mujer que en el hombre en una relación de 4 por 1, presentando la particularidad de que en ellas se encuentran casi siempre asociadas a otras hernias, especialmente la hernia inguinal.

Un recuerdo al Dr. J. Grez C.

En relación con las diversas variedades de hernias, según la Sociedad Médica de Chile, en las hernias umbilicales el 3 por ciento a pesar de que en una estadística de 1000 casos solo se da a esta variedad el 3,20.

Todas las causas que aumentan la presión abdominal o que modifican la resistencia de la pared abdominal, son consideradas predisponentes, pero la hernia umbilical se manifiesta de una manera preponderante de lo que proviene la frecuencia de estas hernias en la mujer. Solamente en la mujer con hernia inguinal, 350 casos estudiados, encontramos 327 con hernias múltiples, declarando que en la mujer la hernia inguinal manifiesta que tiene cada uno de los raxos en su hernia, pues notaban el aumento de volumen después de cada uso.



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



El autor

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



HERNIAS UMBILICALES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Las hernias umbilicales se observan con mas frecuencia en la mujer que en el hombre en una relacion de 4 por 1, presentando la particularidad de que en ella se encuentran casi siempre aisladas, miéntras que en el hombre se asocian a la hernia inguinal: DUPLAY cita 104 casos en 124 operaciones.

En relacion con las demas variedades de hernias, segun la Sociedad Médica de Londres, se da a las umbilicales el 5 por ciento a pesar de que WERNHER en una estadística numerosísima solo le da a esta variedad el 3.20 por ciento.

Todas las causas que aumentan la presion intra abdominal o que modifican la resistencia de la pared, como la obesidad, son consideradas predisponentes; por esto la influencia de la jesticion se manifiesta de una manera preponderante, de lo que proviene la frecuencia de estas hernias en la mujer. Sobre 482 mujeres con hernia umbilical, 386 habian estado embarazadas i de éstas, 337 con preñeces múltiples, declarando las mismas enfermas la influencia manifiesta que tenia cada embarazo en su hernia, pues notaban el aumento de volúmen despues de cada uno.

Los tumores abdominales, los fibromas i miomas del útero, los quistes del ovario favorecen por esta misma razon el desarrollo de estas hernias.

El volúmen de la hernia umbilical es mui variable siendo algunas tan pequeñas que el enfermo mismo ignora que la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

lleva i es preciso un accidente inflamatorio o bien perturbaciones digestivas para que el cirujano la descubra despues de un minucioso exámen.

Estas hernias existen principalmente en las personas obesas, sobre todo en la mujer, i se disimulan en el espesor de la capa grasosa subcutánea, siendo su límite mui difícil de percibir.

Se las reconoce palpando profundamente el abdómen al nivel del ombligo, en donde la mano nota un pequeño tumor, movable, que huye bajo el dedo a la menor presion i que nos da la sensacion de reduccion con gorgoteo: es éste el solo carácter que nos hará conocer esta clase de hernias.

Cuando la reduccion se efectúa, la estremidad del dedo puede penetrar en un anillo circular, de bordes espesos i resistentes, a veces cortantes, siendo sus dimensiones variables; esto nos hará distinguirlas de las hernias ab-umbilicales en las que sus contornos son elípticos o de cualquiera otra forma.

En las de mayor volúmen notamos en esta rejion un tumor que puede llegar a tener dimensiones enormes, jeneralmente de forma redondeada, cilíndrica, a veces aplanada, con abolladuras e irregularidades en su superficie, de consistencia blanda o pastosa, de mui fácil reduccion, percibiéndose el gorgoteo que produce la presion i la rapidez con que reaparece. Jeneralmente no se determina por la reduccion ningun dolor, ni se presenta ninguna sensibilidad particular.

Estas hernias se hacen con frecuencia inusitada irreductibles, a causa de que su contenido, cuando adquieren un volúmen considerable, está espuesto a frotos i presiones que traen consigo procesos de inflamacion adhesiva entre el contenido i el saco herniario, adherencias favorecidas aun, sobre todo en las personas obesas por la flexion del epiploon o del asa intestinal sobre la semi-circunferencia inferior del anillo, las que se producen primero en el epiploon, mientras que el intestino, debido a la gran movilidad que tiene, es solo mas tarde comprometido.

A veces se consigue reponer las asas intestinales, pero no el epiploon que queda adherido al saco en uno o muchos puntos; mui a menudo estas adherencias forman pliegues estrechos o nuevos sacos, que llegan a ser un verdadero anillo herniario de segundo orden, que ocasiona fácilmente una estrangulacion



intestinal; en otros casos, esta inflamacion llega hasta la supuración i la formación de abscesos que se abren en la cavidad abdominal i que traen consigo una peritonitis que puede ser mortal. (Excepciones raras).

Como consecuencia de estos procesos inflamatorios i de estas formaciones de sacos múltiples, se observa con gran frecuencia en este jénero de hernias síntomas de estrangulación que se repiten en varias ocasiones i que pueden tener como síntomas, desde lijeros dolores durante la dijestion, a veces malestar i aun vómitos reflejos, hasta los síntomas mas graves de una peritonitis por perforacion i colapsus súbito.

Esta estrangulación es favorecida a menudo por faltas en la alimentacion, produciéndose entónces un gran desarrollo de gases en el intestino.

Es raro que el sitio de estrangulación en las hernias grandes se produzca al nivel del anillo de manera que todo el intestino herniado esté comprimido; ordinariamente una o algunas asas intestinales estan dobladas, lo que se esplica fácilmente por la formacion de los numerosos sacos de que ya hemos hablado.

Allado de lo descrito se encuentran en la hernia umbilical una serie de síntomas molestos por parte del tubo dijestivo.

Debemos tambien tomar en cuenta que muchas personas que tienen hernia umbilical, padecen de otras enfermedades las cuales, talvez en parte son coincidencia i en parte, sin embargo, estan relacionadas con la hernia misma. L. CHAMPIONNIÈRE hace notar que un tanto por ciento, no pequeño, de estos enfermos, padecen de diabétes i albuminuria. Otros sufren de catarro pulmonar con tos i una gran tendencia a la neumonía lo que naturalmente aumenta el ércimiento de la hernia.

Es tal la falta de resistencia de la línea blanca en la obesidad, que es bien frecuente la concomitancia de la hernia umbilical con la hernia de la línea supra o infra-umbilical. Las hernias umbilicales constituyen a menudo verdaderas eventraciones, difíciles de operar i de reproducciones mui frecuentes.



CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE LA HERNIA EPIPLOICA UMBILICAL

(Lecciones del profesor Carvallo)

Nos detendremos un poco en el estudio de la hernia epiploica, no tratada con detencion por los autores. Presenta en su evolucion fenómenos raros que orijinan perturbaciones digestivas, que escollan ante el tratamiento médico i ceden solo a la intervencion quirúrgica. La cuestion es simplemente de examen i de investigacion, para establecer el diagnóstico fundado en síntomas claros, en síntomas que se imponen a una palpacion bien dirigida.

Si la hernia umbilical es casi siempre un entero-epiplocele, el epiplon entra en su mayor parte en la constitucion de la hernia; a veces es un epiplocele simple, en algunas el epiplon es irreductible i el intestino reductible.

En pequeñas hernias antiguas o recientes, habiendo sufrido procesos de inflamacion, el intestino se ha reducido i el epiplon se adhiere, obturando a modo de tapon el orificio herniario (epiplocele irreductible), complicacion mui frecuente i de difícil diagnóstico si no se la sospecha i se investiga i que da lugar al sintoma patognomómico que nos autoriza a detenernos en este punto.

Perturbaciones digestivas de variadas formas constituyen el cuadro mórbido; el médico examina e instituye el tratamiento de una clase de dispepsia, pero todo escolla; la afeccion progresa i el paciente rechaza la alimentacion por pérdida insensible del apetito. En estos casos ya se trata de una obesa, ya de una anciana o de una mujer que ha tenido numerosos partos. El tacto clínico solo puede triunfar en semejantes enfermas.

Interrogado el enfermo sobre la presencia de una hernia, se refiere jeneralmente a la existencia de una ya curada por la aplicacion de un vendaje i de la cual no existen vestijios; examinada la rejion, en posicion dorsal i con relajacion del vientre, se nota la cicatriz umbilical prominente i no deprimi-



da como es en su estado normal; no se percibe el anillo umbilical, pero sí, cierta retraccion o adherencia de la pared a ese nivel.

Tomada en masa i profundamente la rejion del ombligo, se percibe con claridad por detras del sitio del anillo, un tumor duro, resistente, aplanado en forma de pastel, mas o ménos elíptico o redondeado i de dimensiones variables que no es sino el epiplon que, ligeramente encajado, obturando el anillo, ha sido el sitio de procesos inflamatorios que ha traído su adherencia a la cara profunda del peritoneo, modificando su estado normal, por el cuadro de la inflamacion crónica adhesiva.

Esta situacion anormal del epiplon coarta los movimientos del intestino i de ahí los trastornos digestivos, en relacion con la mayor o menor estension de epiplon comprometido. A veces es solo un pequeño núcleo de induracion, en otros se estiende en proporciones que hacen vacilar en el diagnóstico.

La exploracion no es dolorosa, pero el levantamiento i tracciones del tumor determinan reflejos desagradables para la enferma: malestar, languidez, etc.

La operacion radical, con reseccion del epiplon enfermo determina, en estas condiciones, la vuelta al estado normal; la enferma recupera el apetito i las fuerzas perdidas. El epiplon se estraee bajo la forma de una dura masa carnosa.

La observacion número I es un caso típico de esta variedad de hernia umbilical epiploica, tratada largo tiempo sin resultado, diagnosticada por el síntoma apuntado i curada radicalmente por la operacion.

Llamamos la atencion sobre este párrafo por tratarse de una afeccion frecuente i cuyo tratamiento operatorio se impone, si se toman en consideracion las complicaciones posibles de esta variedad herniaria.

Antes de concluir con estas ideas sobre el diagnóstico de las hernias umbilicales, tenemos que mencionar una complicacion que, léjos de poner mas en claro la presencia de la hernia, viene al contrario a oscurecer el diagnóstico; queremos hablar de la

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



seborrea i del eccema seborréico o mejor dicho, la combinacion de estas dos alteraciones cutáneas.

Nuestros medios de esploracion se dificultan estraordinariamente en aquellas hernias pequeñas, en sujetos obesos, en los que la palpacion es la única que nos demuestra su existencia; en estos estados eccematosos la piel está tumefacta i sensible a la presion haciéndonos imposible la esploracion, único medio que tenemos para llegar al diagnóstico.

El modo de produccion de esta alteracion es fácil de comprender; la sustancia sebácea, o mejor dicho, la secrecion de las glándulas cutáneas, produce con frecuencia al nivel de la rejion umbilical afecciones que los dermatólogos describen con el nombre de seborrea i de eccema seborréico. Estas enfermedades, mucho mas frecuentes en la mujer que en el hombre, se encuentran de preferencia en las personas obesas i en aquellas que no practican las reglas de la hijiene o que lo hacen de una manera imperfecta. Por otra parte, su etiología es mui variada i parece estar en íntima relacion con algunos estados jenerales, artritismo, anemia, etc.

La secrecion de las glándulas sebáceas i sudoríparas, aumentada o alterada, se mezcla a las escamas epidérmicas i se concreta en la superficie de los tegumentos, sobre todo en aquellos puntos donde existen pliegues, dando lugar a una serie de fenómenos inflamatorios que varían desde la simple rubicundez hasta la ulceracion.

La cicatriz del ombligo, abundante en pliegues, difícil de limpiar de una manera perfecta en muchas circunstancias, distendida con frecuencia por el embarazo i por las hernias, se presta admirablemente como terreno de fermentacion i de cultivo microbiano, factores ámbos mui propicios para disminuir la vitalidad de los tejidos, contribuyendo ademas para que la seborrea en sus distintas formas i las variedades de eccemas se eternicen en esta rejion.

La seborrea se presenta en el ombligo, en la mayoría de los casos bajo la forma de costras grasosas de un color amarillo sucio u oscuro grisáceo; reposan sobre una piel aceitosa i si se las desprende vuelven a formarse con suma rapidez.

En cuanto al eccema, la variedad mas comun se ha denomi-



ñado «eccema seborreico», que tiene muchos puntos de contacto con la seborrea i que para algunos formaria con ella una sola entidad mórbida. Limitada a la rejion umbilical o sobrepasándola solo en algunos milímetros, esta afeccion es de forma orbicular con bordes bien definidos i, como la seborrea, cubierta de costras impetiginosas de un color amarillento.

En las formas mas acentuadas de estos dos estados patológicos, la piel está roja, tumefacta i sensible a la presion; la sensacion de calor es viva, hai prurito que algunas veces se hace intolerable; existe grietas i fisuras que contribuyen a aumentar el dolor; la secrecion es mas o ménos abundante, ya serosa o aceitosa. La caída de las costras deja ulceraciones de ordinario superficiales; pero la cronicidad por una parte i la infeccion por otra, pueden dar lugar a la formacion de pústulas voluminosas que atacan profundamente el dérmis, i en estos casos la pérdida de sustancia es tambien profunda.

El *pronóstico* de las hernias umbilicales es relativamente favorable en el hombre i está sometido a las consideraciones generales que rijen las complicaciones de las diversas variedades anatómicas i clínicas de las hernias; es excepcional que lleguen a ser punto de partida de accidentes graves o al ménos de perturbaciones funcionales penosas. No pasa lo mismo en la mujer; adquieren un volúmen considerable, constituyendo así una fuente de peligros serios.

Con la preñez se aumenta el volúmen de la hernia i con esto las perturbaciones dijestivas i los dolores que condenan al enfermo lentamente al reposo. La inactividad física que trae consigo el mayor desarrollo del tejido adiposo ya existente, es una causa de aumento para la hernia i el punto de dificultades mas o ménos grandes para la contension.

Naturalmente todo movimiento activo es imposible cuando se trata de hernias voluminosas i en algunos casos la marcha misma es dificultada.

Por otra parte, las mujeres de la clase trabajadora, predispuestas por numerosos partos a la produccion de hernias, no

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



pueden continuar sus labores diarias, lo que debe tomarse en seria consideracion para la apreciacion del tratamiento quirúrgico.

Estas hernias no tienen tendencia alguna a disminuir i estan espuestas mas que cualesquiera otra variedad a la estrangulacion seguida de gangrena intestinal con todas sus fatales consecuencias, lo que se esplica por lo demas fácilmente, puesto que el anillo herniario i la hernia misma se encuentran en una relacion inversa, es decir, *anillo herniario pequeño, contenido herniario grande.*

En una palabra, el portador de una hernia umbilical lleva una vida miserable, condenada a la inaccion, llena de sacrificios i temiendo siempre accidentes graves. Con razon dice DUPLAY que estos sujetos tienen la mas penosa i precaria de las existencias.

Para comprender mejor el desarrollo i modo de formacion de una hernia umbilical, es preciso recordar un poco la anatomia de la region.

La línea blanca es una bandeleta fibrosa resistente, estendida verticalmente en la parte anterior i media del abdomen, desde el apéndice sifoides al púbis. Está formada por el entrecruzamiento de las fibras aponeuróticas que parten de los músculos rectos de cada lado. De la direccion de estos músculos resulta que la parte superior de la línea blanca tiene mayores dimensiones en el sentido trasversal que la situada por debajo del ombligo.

Estas dimensiones son mui variadas segun los individuos, así los que han enflaquecido despues de una gordura apreciable, los que han sufrido distensiones de la pared, bajo la influencia de la ascitis, en las mujeres despues de varios embarazos, la anchura de línea blanca toma considerables dimensiones.

Las hojas aponeuróticas, reunidas para formar esta línea, dan nacimiento a una membrana resistente i sólida. Del entrecruzamiento de sus fibras resulta la formacion de aberturas



irregulares que dan paso a vasos i nervios; estos orificios son mas numerosos en la parte superior de la línea blanca i la mayor parte de las veces estan obturados por pelotones grasos.

El Profesor TILLAUX ha demostrado que estos pelotones grasos, introduciéndose en los orificios de la línea blanca, agrandándolos i haciéndolos suficientes, dan pasaje a una masa grasa mas considerable. Proviene de la fascia suprapéritoneal i dan lugar a la formacion de un lipoma de la línea blanca.

En la cara profunda del lipoma el peritoneo se adhiere fuertemente i puede ser arrastrado a su vez, e introduciéndose en el orificio en dedo de guante, constituye el saco de una hernia pequeña.

Es necesario no olvidar esta disposicion que el lipoma herniario tiene con el peritoneo en el momento operatorio; pues si seccionamos simplemente el pedículo del lipoma, que no es otra cosa que un pequeño fondo de saco peritoneal que ha acompañado al peloton graso en su salida, nos esponemos a abrir el peritoneo o seccionar el intestino, si éste se hubiera insinuado ya en el divertículo peritoneal.

El ombligo, situado en el trayecto de la línea blanca i en la parte media comprendida entre el borde superior de la sínfisis pubiana i el vértice del apéndice sifoides, se compone de diferentes partes: un rodete cutáneo circular llamado rodete umbilical, un surco situado inmediatamente por dentro del rodete, el surco umbilical i de un pequeño mamelon que lleva en su centro una cicatriz en cuyo fondo termina un cordón fibroso que atraviesa el anillo umbilical.

En un corte antero-posterior se ve primero la piel, después el anillo umbilical, por último el peritoneo. La piel es mui fina en esta rejion i está desprovista al nivel de la cicatriz de su fascia superficial i del tejido celular subcutáneo, lo que naturalmente tiene gran importancia en el acto operatorio.

El anillo umbilical está constituido a espensas de la línea blanca i formado por el entrecruzamiento de las cintillas fibrosas que dependen de las aponeurósis abdominales; se le puede considerar como uno de los numerosos orificios que perforan



la línea blanca; sus dimensiones son mayores, porque siendo los vasos umbilicales los mas voluminosos de la rejion, necesitan un orificio mas considerable. Su forma ha sido comparada por BAUDIN a una boca de horno; para RICHET tendria una forma irregularmente cuadrilátera.

RICHET describe, por detras de las fibras que pertenecen a la línea blanca, otras dos, constituidas por fibras curvilíneas semicirculares situadas unas arriba i otras abajo, entrecruzándose en las dos estremidades del diámetro trasversal i llegando a formar lo que él llama, el esfínter umbilical. Varios autores, entre otros TILLAUX, no han encontrado nunca dicho esfínter i niegan su existencia.

A traves del anillo pasa un cordon fibroso que termina en la cara profunda del ombligo i que es el vestijio del uraco, la vena i las arterias umbilicales.

M. TILLAUX dice, que en los primeros tiempos que siguen al nacimiento, los vasos corresponden casi al centro del anillo. De tal suerte que cuando una hernia se produce en esta época de la vida, el intestino penetra recubierto de los vasos umbilicales que le imprimen diverjendo una forma trilobada, si la hernia es voluminosa. Mas tarde las arterias umbilicales i el uraco, ejerciendo sobre la cicatriz una accion mas fuerte que la de la vena umbilical, la llevan hácia abajo, de suerte que finalmente los vasos umbilicales, o mas bien los cordones que resultan de su obliteracion, no corresponden al centro del anillo sino a su borde inferior. El borde superior, al contrario, se encuentra libre de adherencias. De aquí resulta que la hernia umbilical del adulto no sale por el centro de la cicatriz entre los tres vasos umbilicales como en el niño, sino por encima de la vena umbilical i por la parte superior del anillo.

Al nivel de éste los elementos del cordon se encuentran confundidos en un núcleo fibroso que se adhiere a la parte inferior de la circunferencia del anillo i a la piel.

La vena umbilical no se adhiere a la parte superior del anillo i sigue su lado derecho; al nivel de la cicatriz i del núcleo fibroso la piel es mui adherente así como tambien el peritoneo. RICHET dice que al nivel de la vena umbilical las adherencias son débiles con la pared i que el espacio desprovisto de adhe-



rencias estaria ocupado por un pequeño peloton grasoso que se continuaria con un tejido grasoso abundante que se encuentra alrededor de la vena umbilical.

En la cara profunda del anillo umbilical se puede ver que el peritoneo está hácia arriba fuertemente levantado por la vena umbilical i le forma un repliegue, llamado falso de la vena umbilical; de donde resulta que esta serosa está alejada de la cara superior de la línea blanca. Hácia abajo, al contrario, el peritoneo queda aplicado a la cara posterior de la línea blanca con el ligero relieve que forman el uraco i las arterias umbilicales. Por debajo del peritoneo se encuentra la fascia infraperitoneal que la envuelve, a la cual RICHET da el nombre de fascia umbilical. Esta fascia está adherida a la vaina de los rectos, pero no se fusiona con su hoja posterior. Adelgazándose insensiblemente se continúa tanto hácia arriba como a los lados con el peritoneo i la separa de la aponeurósis profunda de la pared; hácia abajo se adhiere tambien a la cicatriz umbilical.

TRATAMIENTO

Siguiendo la division clásicamente aceptada por todas las escuelas, se puede dividir el tratamiento de una hernia umbilical no estrangulada en dos variedades: el contentivo o paliativo i el radical o quirúrgico propiamente tal; este último debe siempre aconsejarse salvo raras escepciones.

Por lo que respecta a la hernia estrangulada, apénas si debiéramos detenernos en el taxis que debe, como regla jeneral, condenarse, pues está demostrado, que intempestivamente manejado o continuado por algun tiempo, como se puede ver en una de las observaciones, léjos de producir beneficio alguno, no ocasiona sino perjuicios a veces insuperables para el paciente. I en efecto, en una hernia estrangulada, en una mujer obesa, en la embarazada, como en uno de los casos mas frecuentes, en una hernia que tiene adherencias numerosas, en la cual se han formado posiblemente nuevos sacos por el mecanismo que ya hemos mencionado, en donde ademas del in-

testino hai una gran masa epiplon herniado, si el taxis se efectúa de una manera brusca i continuada largo tiempo ¿qué sucede?

Rara vez llegará a obtenerse la reposicion de toda esa gran masa; lo mas frecuente es, que al reponerla se mantengan algunas de las adherencias que vendrán a producir mui probablemente síntomas de estrangulacion interna. I lo que acontecerá con mas probabilidades será que, despues de los esfuerzos infructuosos, no se habrá conseguido nada en favor del paciente, i si, se habrá perdido mucho, por la mortificacion del intestino o de la masa epiploica que lo recubre a veces, como sucedió en una de las observaciones que mas adelante apuntaremos; entónces, las condiciones para la intervencion quirúrgica son modificadas mui desfavorablemente, o nos encontraremos en presencia de una asa intestinal gangrenada, que crea indiscutiblemente mayores peligros i diñulta la intervencion, o bien, por lo ménos, el intestino está sano; pero el epiplon que lo recubre está gangrenado, lo que trae consigo un peligro inmenso de infeccion peritoneal, por mas precauciones que se tomen.

Previas estas consideraciones sobre el caso del taxis en la hernia estrangulada, cuando la hernia es reductible i pequeña puede ser mantenida por un vendaje compresivo, lo que presenta sin embargo algunos inconvenientes serios.

Pero si bien es cierto que, en limitado número de casos, se puede i hasta se debe recomendar un aparato mas o ménos perfeccionado, como sucederia, por ejemplo, en una mujer anciana, delgada, que no necesite del trabajo activo para ganarse la vida; en cambio, no pasará lo mismo en la mayoría de las enfermas que tienen una hernia voluminosa, que en ocasiones se hace difícilmente reductible; en las personas jóvenes, que están sujetas a embarazos, que necesitan trabajar activamente, hacer grandes esfuerzos a veces, i en las cuales el vendaje contentivo llena mui mal su objeto i hasta es perjudicial en alto grado. Así pasa en las personas obesas en las cuales el anillo umbilical desaparece en medio de la grasa del vientre i la hernia no queda reducida sino comprimida por el aparato; pero la hernia no es rechazada en el abdómen sino que



queda aplastada, por decirlo así bajo el pánicula adiposo, circunstancia eminentemente favorable para traer una estrangulación.

Otro tanto debe mencionarse en las personas espuestas al embarazo, en ellas el vendaje está sujeto, como lo está el vientre, a cambio de situación de irregular compresion; presentaré una observacion mui ilustrativa a este respecto, por cuanto puede verse claramente que el útero grávido en su crecimiento habia sido la causa verdadera de la estrangulación; habia rechazado hácia arriba las asas intestinales i la hernia se hizo irreductible, pues el útero mismo aplicado bajo el ombligo creaba un obstáculo intranqueable.

Como se ve, despues de haber visto las ventajas en pocos casos, i los inconvenientes en muchos, del aparato o del vendaje de las hernias umbilicales, pasaré ahora a ocuparme del tratamiento verdaderamente racional i científico en las hernias estranguladas i al mismo tiempo el mas recomendable en las hernias reductibles, puesto que trae la curacion radical i definitiva, cualquiera que sea el método que se emplea con tal que llene las condiciones primordiales; queremos hablar del tratamiento quirúrgico.

Existe pocas afecciones en las cuales el tratamiento quirúrgico, haya hecho mayores progresos despues de la narcosis i del tratamiento moderno de las heridas, como en la hernia umbilical. Antes de los últimos 15 años se contentaban los cirujanos con el tratamiento de los vendajes i solo en los casos mui urgentes emprendian una operacion.

Conocemos una estadística de Uhdee, en los tiempos en que no se usaba la antisepsia, referente a 122 operaciones de hernia umbilical en las cuales hai un 53.1 % de curacion i un 46.7 % de muerte i esta es una de las mas favorable de su época i así se comprende el que los cirujanos tratasen de evitar semejante operacion.

Hoi dia, tomando en cuenta los resultados favorables de la cirugía moderna, no solo en las hernias de que nos ocupamos sino en las hernias en jeneral, esta apreciacion no tiene ya razon de ser i sin duda alguna debe intervenir.

Así tenemos a la vista una estadística recién publicada por el Dr. Hiller del Hospital de Stuttgart que comprende 74 operaciones; tomadas en conjunto hai 60 curaciones, lo que dará un

81.8 % i 14 muertos, es decir, el 18.91 %. Naturalmente son mucho mas desfavorables las cifras en los casos de hernia estrangulada: de 40 casos de esta naturaleza ha habido solo 33 curaciones, es decir 73.33 % i 7 muertos lo que nos da 26.66 %; esto concuerda con las estadísticas numerosas de VON HEYL, el cual anota el 27 % de muerte en estas operaciones de hernia estrangulada.

Mui favorable, por el contrario, son los resultados operativos en las hernias no estranguladas; aquí en 29 casos de la estadística a que nos referimos, 27, es decir, el 93 % han tenido curación i solo 2, es decir, el 6.9 % han tenido un desenlace fatal. Tenemos que tomar en cuenta en estos casos que entre las causas de muerte hai complicaciones, tales como las neumonias o una peritonitis anterior que no deberian considerarse i que mejorarian el resultado de la estadística.

Los procedimientos recientes para la cura radical de la hernia umbilical estan dirigidos a restaurar por completo la pared, evitando así la recidiva, i es sobre esto en lo que difieren los varios métodos.

L. CHAMPIONNIÈRE, indica una incision recta o curva, a eleccion del operador, con la condicion de que una de sus estremidades descubra anchamente el orificio herniario; es preferible la curva porque descubre un espacio mas considerable. Abre en seguida el saco con mucha precaucion, porque puede haber adherencia intestinales con él i podria romperse fácilmente el intestino.

Abierto el saco se disecan las vísceras con prudencia i empleando toda clase de artificios para desprender las íntimas adherencias del epiplon. Con la pared del saco i con el cuello fibroso de la hernia, se tiene cuidado de desprenderlas hasta mas allá del orificio herniario, pues sabemos que aquí son mui frecuentes. Se deja así las vísceras completamente libres en la cavidad abdominal.

Hecho esto, se desprende con cuidado el saco de la periferia del anillo fibroso, haciéndole tracciones de manera de borrar por encima de la cerradura que se va a hacer, toda depresion, todo infundibulum.

Se cierra el saco por medio de hilos separados, se reseca toda parte que está mas allá de los hilos i se abandona en la cavi-



dad; se sutura con catgut la periferia del anillo, teniendo cuidado que la sutura atravesase la pared abdominal, para darle mayor solidez se pasan otros puntos por encima de aquellos, puntos que no atraviesan la pared i que sirven para mantener los que estan por debajo de ellos. Por medio de puntos superficiales i profundos alternados se hacen afrontar los bordes de la piel i las partes profundas.

Como vemos, este procedimiento lleva la diseccion del saco mas allá del orificio umbilical, pero sin disecar el anillo i sutura de la pared en tres planos.

La omphalectomia (operacion de Condamin), es actualmente el procedimiento mas en boga por los cirujanos modernos. Se hace una incision doble semi-elíptica, circunscribiendo el ombligo i comprendiendo solo la piel i el tejido celular. Llegado a la aponeurósis se incinde a un lado solamente sobre la vaina del músculo recto, la cual se descubre; despues se incinde de la misma manera el plano aponeurótico profundo i el peritoneo. En este momento se abre el saco debridando el cuello de fuera a dentro, se libera el contenido i se reseca el epiplon. No queda mas que completar la incision opuesta que comprendia la piel i el tejido celular, seccionando con tijeras i teniendo cuidado de abrir la vaina del músculo recto.

Se estirpa así no solo el ombligo i el saco herniario, sino tambien el anillo i toda la zona de tejido que le circunscribe.

Se regulariza la superficie de seccion i se pasan en las estrechidades de la incision dos gruesos hilos de plata. Un ayudante tracciona sobre estos tejidos i se comienza la sutura del peritoneo haciendo cabalgar un labio sobre el otro por medio de puntos pasados. El segundo plano interesará las dos aponeurósis anterior i posterior de los rectos, pero sobre todo esta última que está constituida por fibras trasversales de dichos músculos, en la misma forma que la del peritoneo.

Se termina la operacion suturando la piel con hilos metálicos de puntos entrecortados; si la capa es mui espesa, se hace alternativamente uno profundo i otro superficial.

Este procedimiento tiene por objeto obtener una buena cura radical, ocupándose secundariamente de la herida.

El procedimiento de LE DENTU, difiere del precedente por

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



terno de la vaina de los músculos rectos i hace dos incisiones verticales a cada lado, paralelas al borde interno de la vaina de estos músculos. En sus estremidades superior e inferior estas dos incisiones se reunen por otras dos que se juntan en la línea media al nivel de los ángulos superior e inferior de la herida cutánea; Incinde la serosa, siguiendo este mismo trayecto, quedando en el centro de la herida operatoria un islote que comprende el ombligo o las partes constituyentes de la hernia. Traccionando este islote, debrida el anillo de atras adelante i reduce el contenido del saco despues de haber roto todas las adherencias i resaca el epiploon si fuera considerable.

Para reconstituir la pared, incinde la vaina lo mas cerca posible de su borde interno, dándole la misma direccion que la de la aponeurósis.

Introduce el índice entre la cara profunda de cada recto i la hoja posterior de su vaina, rompiendo las adherencias que los une.

Sutura ahora la aponeurósis en la línea media, comprendiendo en ellas al peritoneo i queda con esto el vientre cerrado.

Rompe las adherencias de la hoja anterior de la vaina con las intersecciones aponeuróticas de los músculos, que, quedando así libres permiten acercar sus bordes; fija este acercamiento por una sutura que, penetrando en la union del tercio esterno con los dos tercios internos de la anchura del músculo, pasa por debajo, franquea la línea media, camina bajo la cara profunda del músculo opuesto i sale a su cara anterior en la parte simétrica; otro tanto se hace en la parte inferior;

Incinde cada recto en el sentido longitudinal al nivel de la union del tercio interno del músculo con sus dos tercios externos, quedando así dos colgajos musculares; una nueva incision trasversal secciona cada colgajo al nivel de su estremidad superior que debe estar un poco por debajo del hilo del acercamiento superior; cruza ahora estos dos colgajos movilizados que no estan adheridos al cuerpo muscular mas que por su estremidad inferior. Se fija cada uno al músculo opuesto.

Hace tambien una sutura al nivel del entrecruzamiento de las bandas persistentes del músculo para no dejar así ningun punto débil de la X que resulta del entrecruzamiento.



Acerca los dos bordes de las hojas anteriores de las vainas de los rectos i los sutura cabalgando. En la piel se hace sutura intradérmica.

Como se ve, este procedimiento es algo ideal, pero poco realizable en la práctica, pues se necesita una persona no obesa; en la que los músculos rectos esten bien desarrollados, i no adelgazados como se observa con frecuencia.

La forma de suturas que se emplea para los diferentes pliegues, es como hemos visto, variada, siendo lo mismo las del saco, pero entre éstas, mencionaremos la sutura en **U**, la sutura en garetta i la por superposicion del peritoneo.

La primera se hace manteniendo el saco levantado i rechazado el intestino; se introduce una aguja de REVERDIN al mismo tiempo que con los dedos de la mano izquierda se explora la cavidad del saco para posesionarse de que no se ha tomado el intestino o epiploon, se hace salir al lado opuesto a la misma altura; se coloca el hilo i con éste se saca la aguja para introducirla de nuevo a unos dos centímetros i tomar uno de los extremos del mismo hilo quedando así formada una verdadera **U**. De esta manera se hace tres o cuatro suturas semejantes, una vez hechas se anudan fuertemente.

Esta sutura ha sido modificada por el doctor CARVALLO con un éxito feliz, haciendo estas **U** entrecruzadas, de modo que cada **U** cabalgue una contra otra. Así queda ménos distancia entre punto i punto lo que facilita la oclusion completa.

La sutura en garetta se practica tambien teniendo levantado el saco. Se introduce la aguja de fuera adentro en la pared i despues de dentro afuera, formando de esta manera pliegues sucesivos i así sucesivamente, hasta rodear el anillo i llegar al punto de partida. El cirujano, rechazando con un dedo el intestino, aprieta poco a poco estos pliegues hasta la oclusion completa del orificio; se hace un fuerte nudo i se corta por encima de la ligadura despues de haber rodeado, si se quiere, el cuello con los dos cabos del hilo.

La por superposicion del peritoneo consiste, como su nombre



lo indica, en entrecruzar en una cierta extension los bordes del peritoneo i suturarlos en esta posicion.

El material de sutura que se emplea es la seda, el crin de Florencia, el catgut i el hilo de plata; lo que hasta hoy nos ha dado mejores resultados es el crin de Florencia; bien preparado i manejado con pinzas esterilizadas tiene, segun la práctica del profesor Carvallo, ventajas sobre los otros materiales. Es mas liso, no se deja imbibir con facilidad i es cómodo i seguro para su esterilizacion; cuenta ademas con la flexibilidad i resistencia de los otros hilos.

La compresion de las suturas debe limitarse al afrontamiento sin traccion.

OBSERVACION NÚM. 1

Epiplocele umbilical irreductible

A mediados del año 1898 el profesor CARVALLO fué llamado para operar a la señora N. N. de 45 años de edad, soltera, obesa, de salud perturbada por trastornos digestivos i tratada desde largo tiempo por los medicamentos aconsejados en las variadas formas de dispepsia.

La enferma sufría de constipacion pertinaz, las digestiones eran penosas i la injeccion de algun alimento que no estuviera incluido en su régimen diatético habitual le ocasionaba dilatacion del estómago e intestino, dolores, vómitos i diarrea; habia pérdida de apetito, pereza para todo ejercicio.

El diagnóstico no se habia establecido i se llamó al cirujano para hacer una divulsion del esfínter del ano, creyendo ahí la causa de la afeccion.

Interrogada la señora sobre la posibilidad de alguna hernia, declaró que hacia dos o tres años habia sentido algo en el ombligo i que se le habia dicho era una hernia, la cual habia curado con una cintura herniaria, aparato que desde tiempo atras no usaba.

Colocada en posicion dorsal con relajacion del vientre se pudo observar lo siguiente: cicatriz umbilical ligeramente sa-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



liente bajo la forma de un boton, no se nota el anillo umbilical, ocupado por un pequeño tapon duro, irreductible; tratando de levantar el ombligo, la paciente se queja de una sensacion desagradable, languidez, vacío en el estómago. Tomado en masa i profundamente todo el contorno de la rejion umbilical, con ámbas manos, se comprueba la existencia de un tumor pastoso, aplanado, elíptico, adherido a la pared abdominal en todo el contorno del anillo i en una estension de ocho a diez centímetros; finjia bien un tumor maligno.

La continuidad de este tumor con el tapon umbilical, la existencia de una hernia anterior i la forma de las perturbaciones dijestivas no dejaban lugar a dudar; era una hernia epiploica irreductible i adherida por sucesivos procesos de inflamacion.

El tacto rectal no reveló nada anormal.

La hernia epiploica era la causa única de la afeccion; levantada la causa la curacion deberia esperarse.

Una semana despues de este exámen, justificado por los médicos de la enferma, se procedió a la operacion con desprendimiento i reseccion de la masa epiploica adherida i la curacion se obtuvo al cabo de poco tiempo.

La señora recuperó su salud habitual, el apetito volvió i desapareció la constipacion.

Actualmente injiere toda alimentacion i lleva una vida activa.

El profesor Carvallo ha operado tres o cuatro casos en las mismas condiciones, llamando la atencion sobre el hecho, de que basta un pequeño fragmento de epiplon encajado i adherente para que se produzca un reflejo intestinal, que perturba profundamente las funciones dijestivas i la moral del enfermo.

OBSERVACION NÚM. 2

Se trata de una señora de unos 40 años mas o ménos, que ha tenido cuatro hijos sanos; el menor de dos años de edad.

Es bien constituida i en sus antecedentes personales, nada digno de mencion.

Despues del último hijo comenzó a notar el principio de una hernia umbilical; fué aumentando poco a poco, pero las molestias pasajeras que le ocasionaba, sobre todo durante la dijestion, se atenuaron con un braguero que llevaba constantemente.

Se hizo embarazada por quinta vez i, como residia en un fundo de campo distante unas seis horas de Santiago, ántes de volver a aquella localidad consultó a un especialista sobre la importancia i las influencias que podría tener su hernia en el



embarazo. Se le aconsejó entónces observar precauciones, es decir, no comer mucho, no hacer esfuerzo, etc.

Así las cosas, el 15 de setiembre del 98, en el 6.º mes de su embarazo, despues de una comida mas abundante que de costumbre, tuvo grandes perturbaciones digestivas i su hernia, que ya en varias ocasiones se habia mantenido afuera, se hizo por fin irreductible. El médico mas cercano trató en vano de practicar el táxis, cuyas maniobras repetidas fueron infructuosas. Fué traída entónces a Santiago, teniendo que recorrer unas dos horas de camino en carruaje i unas cuatro en ferrocarril. Llegó aquí el 16 en la tarde i presentaba ya un cuadro bastante alarmante: grandes dolores abdominales, sobre todo en la region umbilical; temperatura de 38°2, pulso frecuente i pequeño, todo el cuadro de una estrangulacion herniaria sin faltar los vómitos, que bien es cierto podian atribuirse al empleo de la morfina, hecha indispensable en las últimas 36 horas.

Examinada detenidamente, reconocida la presencia de una hernia entero-epiploica estrangulada, o por lo ménos irreductible, se planteó la cuestion de la intervencion quirúrgica inmediata. Aceptada la idea por la junta, se procedió a la operacion a las 9 P. M.

Incindida la piel i el tejido celular se encontró con una masa de epiploon del tamaño de un puño, adherida fuertemente al anillo umbilical i gangrenada en gran estension. Se desprendió de sus adherencias i, guardando hasta donde es posible las reglas comunes de la antisepsia, se reseco anchamente la masa de epiploon.

Por debajo i rodeado de epiploon se descubrió un codo de intestino que pudo reducirse con trabajo, pues el útero gravido lo comprimía lo bastante para comprender el por qué fué imposible su reduccion por el táxis, dejando a un lado las adherencias epiploicas.

El resto de la operacion, como es costumbre, consistió en la reseccion del anillo, sutura aponeurótica, del plano muscular i de la piel.

Como se ve, i es sobre esto que queremos llamar la atencion, se nota en esta observacion dos hechos bien claros e ilustrativos; es el primero que una hernia umbilical no debe dejarse solo contenida por vendajes, que no son bastante para impedir que tarde o temprano traigan adherencias epiploicas, las que facilitan el aumento cada dia mayor de la salida del mismo epiploon; i el segundo punto se refiere a la cuestion de vital importancia de que en una mujer jóven que está apta para la fecundacion, no debe el cirujano contentarse por ningun motivo con aconsejar un braguero por mas completo



que pueda parecer. Como tuvimos la triste suerte de observarlo, el útero grávido es una causa bien poderosa i eficaz para traer una estrangulacion herniaria, comprimiendo el intestino o el epiploon, como es el caso en nuestra observacion, i producir una gangrena del epiploon, complicacion bien grave para el resultado operatorio si se toma en cuenta el sitio en que se opera.

El resultado de esta operacion que relatamos en resúmen. fué fatal.

A las doce horas ya, se produjeron fenómenos de peritonitis, localizados primero a la vecindad de la rejion umbilical, que se hicieron por último jenerales.

Vino el aborto, lo que precipitó aun mas el desenlace. La enferma murió el 19 en la mañana, a las 48 horas, mas o ménos, despues de operada.

OBSERVACION NÚM. 3

A. Pérez, de 38 años, viuda, dueña de casa; entró al servicio el 28 de Abril del 98.

Antecedentes, se ignoran.

Hace trece años se notó un tumor, del porte de una nuez, en la rejion umbilical, reductible, i que aumentaba de volúmen a pesar de que la enferma usaba braguero.

Desde hace 24 horas la enferma presenta los siguientes síntomas: tumor irreductible, del porte de una cabeza de feto, dando un sonido timpánico a la percusion, mui doloroso. Pulso pequeño, temperatura sub-normal, vómitos i retencion completa de gases i materias fecales, facies hipocrática.

DIAGNÓSTICO.—Hernia umbilical estrangulada.

Operacion el 28 de Abril; incision por el procedimiento de L. CHAMPIONNIÈRE de 10 centímetros, el saco estaba adherido a la piel, abertura de éste; contenia mas asas intestinales que epiploon; una de estas estaba doblada i mui conjestionada, se desdobló i se redujo el intestino, despues de haber debridado el anillo, se resecaron unos 5 centímetros de epiploon. Se ligó el saco con seda y en U entrecruzada; la pared en dos planos i con crin de Florencia.—Curacion *per primam*. Alta el 23 de Mayo del 98.

OBSERVACION NÚM. 4

B. Boso, de 50 años, viuda, dueña de casa; entró al servicio el 14 de Julio del 98.

Antecedentes sin importancia; no ha tenido familia.

Hace 7 años que le apareció un tumorcito en la rejion um-

bilical, del porte de una naranja, que aumentaba de volúmen con el esfuerzo i se reducía fácilmente; pero últimamente, se ha hecho irreductible repetidas veces presentando fenómenos de obstruccion intestinal, motivo por el cual la enferma viene al Hospital.

Enferma de regular constitucion, de panículo adiposo mui desarrollado en el abdómen, presenta al exámen esterno un tumor en la rejion umbilical del tamaño del puño, irreductible, doloroso i mate a la percusion.

DIAGNÓSTICO.—Epiplocele umbilical.

Operada el 23 de Julio.— Incision de la piel por el procedimiento de L. CHAMPIONNIÈRE de 8 centímetros, aislamiento del saco i abertura en la parte media; se desprendieron las múltiples adherencias i se reseco una gran porcion de epiplon. Una vez reducido en la cavidad el resto se suturó en garetta i con seda del número 8. La pared se suturó en tres planos, con seda del mismo número.

Supuraron los dos puntos inferiores, se estrajeron i se inyectó yodo en el pequeño trayecto. Estos puntos cicatrizaron por completo i la enferma fué dada de alta el 29 de Agosto.

OBSERVACION NÚM. 5

J Perez, de 34 años, soltera, cocinera; entró al servicio el 23 de Julio del 98.

Antecedentes sin importancia.

Hace solo un año a que le empezó la enfermedad por un ligero dolor localizado a la rejion umbilical, fué esto pasajero; pero como a los 20 dias despues notó un pequeño tumor que aumentaba con los esfuerzos de la tos; como esto fué aumentando paulatinamente, resolvió entrar al Hospital.

Enferma bien musculada, con panículo adiposo mui desarrollado, vientre voluminoso, presenta en la rejion umbilical un tumor redondeado del porte de una cabeza de adulto, de consistencia blanda, reductible en parte, reproduciéndose inmediatamente; no presenta alteracion de la piel ni trastornos digestivos de ninguna especie.

DIAGNÓSTICO.—Entero-epiplocele umbilical.

Operada el 28 de Julio.—Incision de la piel por el método de CONDAMIN, aislamiento del saco que era globoso i lobulado, estando, en la parte correspondiente a la cicatriz umbilical, íntimamente adherido a la piel; abertura del saco en la línea lateral derecha; se desprenden las múltiples adherencias del epiplon que existen en cada divertículo del saco, como tambien las del anillo; se reduce el intestino delgado que no presentaba nada de particular i se reseco una parte del epiplon; se pudo

observar que el anillo era ancho i permitia la reduccion del intestino, pero no la del epiplon por las múltiples adherencias al saco.

Teniendo el saco levantado con las pinzas, se suturó por debajo del anillo con catgut i con la agaja de REVERDIN; esta sutura se hizo en U entrecruzada; en seguida se reseco el saco i se hizo un segundo plano de sutura con crin de Florencia, suturando despues la piel i colocando dos puntos profundos.

Curacion i vendaje compresivo.

Dia 29.—Temperatura 37°.

Dia 30.—Temperatura 38°. Durmió mal; tuvo cefalalja i dolor a la herida; se resolvió verla, notándose que los dos puntos profundos estrangulaban la piel, se sacaron, no presentando el resto de la herida nada de particular.

Dia 31.—Temperatura 37°.

Dia 3 de Agosto.—Temperatura 37°. Se sacaron los demas puntos, habiendo supurado solo uno de los profundos; curacion i lavado con sublimado.

Dia 8.—Siempre supura un poco el mismo punto, el resto completamente sano, se inyectó yodo.

Dia 25.—Completamente sana.

Alta, el 28 de Agosto.

OBSERVACION NÚM. 6

C. Rojas, de 65 años, viuda, lavandera; entró al servicio el 7 de Setiembre del 98.

Antecedentes de poca importancia. Ha tenido 6 hijos, el último hace 11 años, sin haber sufrido nunca nada de particular.

Hace 6 meses que despues de unos accesos de tos notó un pequeño tumor en la cicatriz umbilical, que ha ido aumentando con el ejercicio sin que fuese doloroso, la enferma misma lo reducía i se colocaba una faja que le permitia desempeñar sus trabajos; hace un mes se ha hecho doloroso i no lo puede reducir i desde 8 dias a esta parte, despues de un ejercicio prolongado, siente dolores intensos que se irradian al abdómen con vómitos i malestar.

Persona corpulenta, de panículo adiposo mui desarrollado, sobre todo en el vientre, presenta un tumor en la rejion umbilical del porte de una cabeza de feto, redondo, un poco aplastado, indoloro, irreductible, que no aumenta de volúmen por el esfuerzo de consistencia blanda pastosa, dando un sonido mate a la percusion.

DIAGNÓSTICO: Entero epiplocele umbilical.

Operacion el 7 de Setiembre. Incision de la piel por el método



de CONDAMIN, aislamiento del saco que está bien limitado; una vez que se llegó al cuello se abrió por la parte media i se comprobó la presencia de una asa intestinal que estaba rodeada por todas partes de epiploon i adherido en muchas partes al saco, se desprendieron estas adherencias i se procuró reducir el intestino, lo que fué inútil por las firmes adherencias al anillo i por lo estrecho de éste; se dió entonces un corte verticalmente en la parte inferior i se desprendieron las adherencias; esto permitió la reduccion del intestino i se reseco la parte de epiploon que existia en el saco.

Sosteniendo levantado el saco con pinzas, se suturó en **U** entrecruzada por debajo del anillo, se reseco en seguida éste por encima de la ligadura, suturando despues por separado los músculos i la piel; todo con crin de Florencia.

Curacion i vendaje compresivo, se sometió a la enferma al régimen lácteo.

Desde este dia hasta el 14 que se estrajeron las suturas de la piel la enferma no ha tenido nada de particular ni perturbacion de ninguna especie. Siguió con un vendaje compresivo hasta el dia 24 que se fué de alta.

OBSERVACION NÚM. 7

M. Morales, de 65 años, soltera, dueña de casa; entró al servicio el 20 de Octubre de 1898.

Antecedentes sin importancia.

Hace 5 años empezó a notar en la rejion umbilical un pequeño tumor, indoloro, reductible a la menor presion, pero desde hace un año ha aumentado mucho de volumen, ocasionándole grandes molestias i es por esto que exige operacion.

Estado actual.—Enferma de constitucion robusta, presenta un tumor en la rejion umbilical del tamaño de una cabeza de adulto, fácilmente reductible, que aumenta de volumen por el esfuerzo, indoloro a la presion i lijaramente mate a la percusion.

DIAGNÓSTICO.—Entero-epiplocele umbilical.

Operacion 23 de Octubre; incision por el procedimiento de L. CHAMPIONNIÈRE, de 12 centímetros, aislamiento del saco, reduccion del intestino i reseccion de una gran masa de epiploon que estaba íntimamente adherida al anillo herniario. Introduciendo el dedo por debajo del anillo se cortó en su parte superior e inferior i se suturó en **U** entrecruzadas con seda número 6, i la pared en dos planos con crin de Florencia. Curacion *per primam*. Alta el 10 de Diciembre

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



OBSERVACION NÚM. 8

E. Vidal, de 48 años, casada, dueña de casa; entró al servicio el 19 de Enero de 1899.

Mujer robusta, mui sana, ha tenido 5 hijos, el último hace 7 años, quedando despues enferma. Notó en la rejion umbilical durante los últimos meses de la preñez un pequeño tumor que lo reducía ella misma, i lo mantenía así por medio de una faja. Lo único que le molestaba eran ciertas gastraljias acompañadas de una sensacion de tirantez al hepigastrio i constipacion habitual.

Hace solo tres dias que despues de excesos en la comida, siente un dolor agudo en la rejion del tumor, con tension, etc., en una palabra presenta todos los síntomas de obstruccion intestinal.

DIAGNÓSTICO.—Entero epiplocele umbilical.

Operacion el 20 de Enero.—Incision por el método de CONDA-MIN de mas o ménos 10 centímetros, aislamiento completo del saco, abertura de éste por el lado derecho; desprendimiento de las adherencias del epiplon i reduccion.

Se completó la incision por el lado izquierdo, quedando así una elipsis alargada.

Se colocaron dos pinzas en las estremidades superior e inferior de la herida.

La serosa unida a la aponeurósis se suturó en espiral con seda fina; en seguida la piel por puntos pasados alternados uno profundo i otro superficial.

Curacion *per primam*.

Alta, el 8 de Febrero de 1899.

OBSERVACION NÚM. 9

M. Ramírez, de 60 años, casada, dueña de casa; entró al servicio el 14 de Febrero de 1899.

Antecedentes sin importancia.

Persona robusta, de panículo adiposo enormemente desarrollado, presenta un tumor en la rejion umbilical del porte de una cabeza de feto; este tumor lo tiene desde hace 14 años, habiendo aumentado un poco con dos embarazos que ha tenido sufriendo constantemente cólicos i dolores a veces intolerables.

Hace 4 años no lo puede reducir i hace 3 dias presenta fenómenos agudos de obstruccion intestinal.

DIAGNÓSTICO.—Hernia umbilical estrangulada.



— 31 —

Operacion el 14 de Febrero.—Incision por el modelo de **CON-
DAMIN**. Al abrir el saco se encontró grandes adherencias del
intestino delgado i epiplon al nivel del anillo herniario, pre-
sentando aquél una estrangulacion en este punto, que tenia ya
una coloracion rojo oscura; se desprendieron las adherencias
i se resecó el epiplon. Sutura de la pared en dos planos.

Murió el 15 de Febrero.

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

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