

56

MEMORIA

SOBRE LAS

HERNIAS EN JENERAL,

CONSIDERADAS

RAJO EL PUNTO DE VISTA

DE LA PATOLOGÍA ESTERNA,

POR

D. Wenceslao Diaz.

Ninguna enfermedad exige mas exactos conocimientos anatómicos que las diversas clases de hernias; pues son accidentes que amenazan la vida en momentos i circunstancias que no permiten recurrir a la esperiencia ajena, i que reclaman una resolucion pronta i decisiva. Las mas veces son precisos los conocimientos anatómicos mas minuciosos para diagnosticar esta clase de lesion durante el período en el cual la reduccion es posible sin operacion sangrienta; i cuando llega este caso, el cirujano necesita todos los recursos de la intelijencia i del saber para luchar con ventaja en las dificultades que pueden presentársele.— A. COOPER (*Obras quirúrgicas completas*, Cádiz, 1845, tomo II, p. 5).

SANTIAGO DE CHILE.

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

— Mayo de 1864. —

HERNIAS EN JENERAL,

CONSIDERADAS

BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA PATOLOGÍA ESTERNA.

MEMORIA LEIDA POR DON WENCESLAO DIAZ EN LA OPOSICION A LA CLASE DE PATOLOGÍA ESTERNA I ANATOMÍA DE LAS REJIONES, EL 29 DE MAYO DE 1863.

Ninguna enfermedad exige mas exactos conocimientos anatómicos que las diversas clases de hernias; pues son accidentes que amenazan la vida en momentos i circunstancias que no permiten recurrir a la esperiencia ajena, i que reclaman una resolucion pronta i decisiva. Las mas veces son precisos los conocimientos anatómicos mas minuciosos para diagnosticar esta clase de lesion durante el período en el cual la reduccion es posible sin operacion sangrienta; i cuando llega este caso, el cirujano necesita todos los recursos de la intelijencia i del saber para luchar con ventaja en las dificultades que pueden presentársele.— A. COOPER (*Obras quirúrgicas completas*, Cádiz, 1845, tomo II, p. 5).

INTRODUCCION.

Las consideraciones jenerales sobre una clase de enfermedades envuelven necesariamente la historia de su evolucion o fisiología patológica, las de las alteraciones que hacen experimentar a los diversos tejidos i órganos, sus complicaciones, la manera de distinguir las de las que presentan caracteres análogos i el tratamiento o los recursos que el arte emplea para ponerles una valla en su marcha, estacionarlas o remediar completamente los desórdenes i desarreglos que acarrear. Bajo este punto de vista han sido estudiadas las enfermedades de un modo jeneral por todos los patólogos i bajo éste tambien consideraremos las hernias en el presente trabajo.

Al abordar en los estrechos límites de una memoria, una de las materias mas vastas de las dolencias humanas, no podemos ménos de advertir que ciñiéndonos al tema arriba espresado, solo nos es posible bosquejar algunas de estas lesiones para dar mayor desarrollo i amplitud a las que por su frecuencia e importancia inspiran un interes mas vivo, demandan una atencion mas especial.

Pasarémos por lo tanto en revista las hernias de las vísceras, de las cavidades esplánicas superiores i de algunos otros órganos, notando sí aquellos puntos mas importantes en la práctica, i contrayéndonos especialmente a las del canal intestinal i sus anexos, i a las de las vísceras vecinas que en totalidad o en parte están revestidas por el peritoneo.

Advertiremos desde luego que no hemos dado a la palabra hernia toda la estension que le han concedido algunos anatomopatólogos, como Cronveilhier, por ejemplo, (1) porque ello seria forzar el sentido que esta palabra tiene en los libros de clínica, i que la hemos reservado para las lesiones que llevan este nombre en los tratados prácticos de la ciencia i del arte, de todas las cuales nos vamos a ocupar.

Suprimir o cercenar de entre ellas muchas de las enfermedades conocidas i descritas bajo esta denominacion, sería dejar un vacío en un tema que debe de llenarse por completo, sobre todo cuando versa sobre consideraciones jenerales (2). Pero como no es posible abrazarlas todas bajo este último punto de vista, pues no hai entre ellas mas vínculos de relaciones que el nombre mismo i de sus accidentes la inflamacion i la estrangulacion, hemos tenido que describir aparte las que no se prestan a este jenero de agrupamiento i solo reservar para él las de las vísceras abdominales que tienen por lazo comun el peritoneo i la analogía de la marcha, síntomas, complicaciones i tratamiento.

Cuando no se puede jeneralizar, es menester tratar i describir de un modo particular a fin de que el conjunto espese la jeneralidad. De otra manera sería imposible.

En todas las lesiones que habrémos de describir, harémos abstraccion de los tratamientos terapéuticos como del dominio de la patología interna, para consagrarnos esclusivamente al estudio de los hechos en sí, a la anatomía i fisiología patológicas o evolucion i marchas de estas enfermedades i a la intervencion de los medios que el arte emplea para combatir las; es decir, a considerarlas bajo el punto de vista de la ciencia i del arte quirúrgicos, ramos en que naturalmente se fracciona la Patología Esterna (3). Sin embargo que el tema se refiere al primero, pues el segundo pertenece a la cirugía operatoria que constituye otra seccion de la enseñanza, razon por la cual nos detendrémos poco en los métodos i procedimientos quirúrgicos.

Finalmente advertiremos de paso que anotamos los autores que citamos, no con el objeto de aparentar la erudicion que no tenemos, sino para que se conozcan las fuentes de que hemos tomado las principales doctrinas.

Definicion.—La palabra *hernia* (*hernia, rama o ramificacion*) tomada en su acepcion mas lata i jeneral, sirve para designar la salida de un órgano fuera de la cavidad que lo contiene. Empleada de tal manera por los cirujanos modernos, denota esta espresion tanto el desalojamiento del cerebro al traves de una abertura de los huesos del cráneo, como él de un músculo fuera de su aponenrosis de cubierta; tanto la eventracion de las vísceras del abdomen como el escape del iris i de los humores del ojo encerrados en sus membranas por las perforaciones de la córnea, como la salida del pulmon por los espacios intercostales o los que dejan las fracturas de las costillas.

Empero, como entre estas lesiones no hai mas semejanza bajo el punto de vista práctico que el nombre, se ha restringido el significado i alcance de la palabra *hernia*, i se emplea nas especialmente para de signar el tumor formado por la salida de las vísceras del bajovientre al traves de las aberturas naturales o accidentales de las paredes del abdomen. La palabra *ruptura* empleada principalmente por los ingleses como simónimo de *hernia*, denota solo las hernias abdominales.

Divicion i nomenclatura.—Se han dividido las hernias, con relacion a las tres cavidades del cuerpo humano que encierran órganos susceptibles de

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale.*—Paris, 1849, tomo I, pág. 589.

(2) Parece que esta ha sido la mente de los señores de la Comision; pues si quisieron designar con la vaga espresion de *hernias* las del vientre debieron de especificarlo como lo hizo Broca en su tesis que intituló: *De l'étranglement dans les hernies ABDOMINALES.*—Paris 1857.

(3) Nélaton. *Patología quirúrgica.*—Madrid, 1858, tomo I, pág. I.

dislocarse, en *hernias del cráneo*, *hernias del tórax* i *hernias del abdomen*; (1) i con respecto al oríjen o causa que las ocasiona, en *congénitas* i *accidentales* que se subdividen en *traumáticas* i *espontáneas*.

Las denominaciones que han recibido, son tomando en consideracion: 1.º el órgano dislocado; 2.º la abertura por donde se ha verificado la dislocacion, i 3.º el sitio en que se presentan exteriormente.

1.º Con respecto al órgano dislocado, se llama *encefalocèle* a la hernia del cerebro, *gastrocèle* a la del estómago, *epiplocèle* a la del epiplon, *enterocèle* a la de los intestinos, *hepatocèle* a la del hígado, *histerocèle* a la del útero, *cistocèle* a la de la vejiga, etc. Cuando dos o mas de estos órganos aparecen reunidos en una hernia toma ésta un nombre compuesto, por ejemplo, si es el intestino i el epiplon, se la llama *enteroepiplocèle*, etc...

2.º Tomando en consideracion la abertura natural o accidental por donde se verifica la dislocacion, se dá el nombre de *ingninal*, *crural*, *umbilical*, *subpubiana*, *isquiática* cuando se abren paso por los conductos o anillos así denominados, *de la línea alba*, *diafragmáticas*, *vajinal* por las rejiones correspondientes, i por último *ventral-s* cuando se forman en alguna rejion del abdomen no comprendida entre las anteriores.

3.º Si se atiende al sitio en que se forma el tumor, han recibido otros nombres: así, la ingninal se denomina *bubonocèle* si aparece en la raiz del escroto, *osqueocèle* o *escrotal* si desciende a este saco, *labial* o *vajinolabial* cuando en la mujer se aloja en los grandes labios; se llama *merocèle* al tumor de la hernia crural, i hernia *perineal* a la que se presenta en esta rejion.

Por lo espuesto se ve que, como en las hernias se tiene presente ya la salidas de las vísceras, ya la abertura por donde se hace, ya el tumor que forman al exterior de la cavidad que las contiene, se han confundido estas tres ideas i recibido hasta nombres contradictorios, como lo acredita el compuesto *cèle* que apesar de significar tumor en jeneral se ha aplicado tanto a las prominencias que éstas forman bajo los tegumentos como al desalojamiento mismo de los órganos al traves de soluciones de continuidad.

PARTE PRIMERA.

Hernias Diversas.

ARTÍCULO I.—HERNIAS DEL OJO.

Bajo este título se comprenden varias lesiones del globo ocular. Trataremos solamente de las del iris i de las de la coróies, desatendiendo por completo la exoftalmía descrita impropiamente con el nombre de hernia del globo del ojo, porque en esta enfermedad no existe el paso de un órgano al traves de una cubierta que como dejamos espuesto, es la idea capital que domina en el jénero de lesiones designadas con esa palabra.

I.

Hernia del iris.—Es la salida de este tabique muscular por una perforacion accidental o espontánea de la córnea. Ordinariamente es la consecuencia de las ulceraciones de esta última o de la operacion de la catarata por estraccion.

Sintomatolojía.—Se verifica bajo cuatro condiciones: 1.ª que se haya

[1] Richter. *Tratado de las hernias*. Madrid, 1808, páj. 2 a Chelius, *Tratado de cirugía*. Madrid 1813, tom. II, páj. 5.

evacuado el humor acuoso; 2.^a que el iris sea empujado tras de él por el humor vítreo; 3.^a que la perforacion esté en la circunferencia de la córnea mas bien que en el centro; i 4.^a que la pupila no se encuentre mui dilatada. Estas condiciones se deducen de la conformacion de las partes i su mecanismo es demasiado sencillo para detenerse en él. Dedúcese tambien de ellas mismas que las porciones escapadas del iris i las deformidades de la pupila no son siempre idénticas.

Una vez que se ha formado la prociencia del iris se presenta a la manera de un puntito negro, cualquiera que sea el color de aquel; prominente, semejante a la cabeza de una mosca de donde le ha venido el nombre de *miocéfalon*. Cuarenta i ocho horas despues, segun Scarpa, se pone turjente, se estrangula por la base de la córnea, se gangrena i desaparece el tumorcito quedando una sinequia o adherencia anterior del iris.

Tratamiento.—No hai duda que ésta clase de terminacion ha tenido presente Demours cuando aconseja como el mejor tratamiento el abandono de esta lesion a sí misma.

Cuando se tiene la fortuna de llegar a tiempo, una o dos horas despues, porque mas tarde no es posible remediar nada, (1) es menester hacer cuanto se pueda para reducir la hernia valiéndose de un estilete obtuso que se adopte a la perforacion. Si esta es demasiado estrecha se la desbrida con una aguja de catarata. Se cierran despues los párpados con tiras aglutinantes para que establezcan una compresion sobre la abertura i se coloca al enfermo de espaldas como aconseja Dupuytren.

En todos los casos es mui útil dilatar la pupila por la belladonar bastante muchas veces solo la contraccion que ésta determina para operar la reduccion, principalmente si la hernia es de la porcion pupilar i está mas al centro que a la circunferencia de la córnea.

Cuando estos medios no bastan, Demours aconseja hacer tres o cuatro canterizaciones con el nitrato de plata en la parte de la conjuntiva esclerótica mas cercana a la córnea. Si el tumor ha contraido adherencias, se escinde la porcion herniada o se la cauteriza.

Inútil es añadir que la pupila queda con una deformidad permanente i la vision mas o ménos alterada, segun la dimension i situacion de la cicatriz.

II.

La *hernia de la coróides*, (*hernia choroideæ, staphyloma esclerótica*), se verifica al traves de la esclerótica mui adelgazada, atrofiada o reblandecida. Es la consecuencia de la inflamacion de esta membrana a la cual se encuentra adherida la coróides por la misma causa.—Se presenta ordinariamente esta afeccion bajo la forma de una o de muchas abolladuras negras, mas o ménos prominentes que algunos oftalmólogos llaman *estafiloma esclerotico-roideo* (2). Estos tumorcitos se presentan con mayor frecuencia en la mitad posterior del globo ocular i son indicio de una desorganizacion completa del órgano correspondiente de la vision.

ARTÍCULO II.—HERNIAS DEL TESTÍCULO.

Hállanse descritas bajo este nombre dos jéneros de lesiones consecutivas a las soluciones de continuidad de las cubiertas que protejen a la glándula prolífica.

Consiste una de ellas en la abertura de la túnica albugínea por la cual hacen hernia los conductos seminíferos; la otra en la perforacion del es-

[1] Makenzie. *Traité pratique des maladies de l'oeil*. Paris 1856, tom. I, páj. 583.

[2] Makenzié. Obra citada tom. I, páj. 835.

croto al través de la que sale el testículo de la cavidad vaginal. Dáse a la primera el nombre de *hernia glandular* o *del parénquima*, i a la segunda simplemente el de *hernia del testículo*.

I.

Hernia glandular.—No se presenta sino a consecuencia de heridas que interesan la túnica albugínea en una estension de mas de centímetro i medio. La cara interna de esta membrana envia prolongaciones fibrosas al interior de la glándula que sostiene los filamentos del ovillo testicular. Cuando estas prolongaciones se rompen por las heridas de la cubierta, los conductos seminales se esponjan i se presentan al exterior como por un hojal. (1)

Hemos dicho que la herida debe tener mas de centímetro i medio porque Vidal de Caris practicaba en las orquítis blenorrájicas, con el nombre de *desbridamiento del testículo*, una insicion de ese largo i jamas vió esta complicacion. (2)

Puede esta enfermedad traer consecuencias demasiado graves para echar en olvido lo que refiere J. L. Petit de un cirujano que dia por dia iba estrayendo porciones de los conductos seminíferos tomándolos por tejido celular mortificado, hasta que así vació enteramente el testículo deshaciéndolo como un ovillo de hilo.

Tratamiento.—Consiste como aconseja Roux en reducir el tejido seminal empujándolo hácia a dentro con un estilete, i en mantener los bordes de la herida aproximados por una sutura fina, si es que no se encuentra otro medio de verificarlo. (3)

II.

Hernia del testículo.—Cuando las seis capas de tejidos diversos que forman la cubierta del escroto han sido perforadas hasta la cavidad cerosa, ya por una herida suficientemente estensa, ya por la gangrena u otra desorganizacion, el testículo se escapa del saco vaginal i se presenta al descubierto.

Dos son los mecanismos como se efectúa esta clase de hernia: 1.º cuando la abertura escrotal es demasiado ancha, el testículo desciende fuera por sí, en virtud de su propio peso o de los esfuerzos que motivaren la solucion de continuidad; 2.º cuando a consecuencia de una antigua solucion de continuidad avanza lentamente el trabajo de reparacion, sucede que los pezones carnosos empiezan a organizarse en el tejido celular i túnica vaginal que cubren la parte superior del testículo por dentro del saco: en tal caso el tejido inodular que se va formando, retrae hácia aquella parte los bordes de la abertura escrotal en cuyo centro aparece el testículo desnudo. Si se deja continuar este trabajo fisiológico sin que intervenga la mano del cirujano, el escroto tiende a contraerse mas i mas formando un muñon i eliminando de su interior al testículo como un cuerpo extraño.

Se ha dado el nombre de *hernia primitiva* a la que se forma del primer modo, i el de *hernia secundaria* a la que se efectúa del segundo.

Tratamiento.—El tratamiento de la *hernia primitiva* consiste en volver al testículo a su sitio ensanchando la herida si es tan estrecha o aquel está tan inchado que no pueda efectuarse esto fácilmente; en refrescar los bordes de la herida si fuese necesario i reunirlos por medio de puntos de su-

[1] Velpeau. *Anatomie chirurgicale*. Paris, 1837, tom. II, pág. 194.

[2] *Traité de Patologie externe*. Paris 1861. t. p. 162.

[3] *Dictionnaire de Médecine*. Paris 1844, t. XXIX, p. 437.

tura. De este modo se han curado hernias en las cuales el cordón se había estirado tanto que el testículo llegaba al tercio inferior del muslo.

La *hernia secundaria* exige ya métodos distintos según el estado en que se la encuentra. Si abandonando a sí misma esta enfermedad, se cubriera el testículo de botones carnosos que le formasen un tegumento, como Boyer afirma haberlo visto, se podría dejarla confiada a los recursos de la naturaleza; mas no siempre sucede así. Por otra parte hai que remediar el estiramiento del cordón que no puede abandonarse impunemente aguardando una retracción que jamás se efectuaría, como también la irregularidad de la cicatriz que tiende a dislocar al testículo.

En este caso el profesor Malgaigne ha practicado con feliz éxito una incisión en las adherencias i tejido indurado de la parte superior del testículo o contornos del cordón hasta llegar al testículo celular sano, donde forma con el dedo una cavidad capaz de encerrar al órgano discolado. (1) Goyrand se ha valido de la autoplastia por deslizamiento cuando la pérdida de sustancia por destrucciones gangrenosas hacia imposible la operación anterior. (2)

La rescisión de la parte sobresaliente del testículo puesta en práctica por Gosselin, deben ser completamente proscrita tanto porque es una mutilación de fatales trascendencias, como porque los tegumentos adyacentes son demasiado laxos para permitir siempre algunas de las operaciones ántes indicadas.

PARTE SEGUNDA.

Hernias del Cráneo.

HERNIAS DEL CEREBRO.

Dáse el nombre de hernias del cerebro (*encefalocèle* i *parencefalocèle* si es solamente del cerebelo) a los tumores formados por cierta cantidad del encéfalo que ha salido fuera de la cavidad craneal. Se ha dividido en *conjénita* i *accidental* i esta última en *accidental propiamente dicha* i en *espontánea*.

I.

Hernia conjénita i espontánea.—El *encefalocèle* conjénito es una enfermedad propia de la infancia, que se presenta ordinariamente en el sitio de alguna fontanela que por lo regular es la posterior i que es el resultado, por una parte de la falta de osificación de los ángulos huesosos i por otra de la presión del cerebro sobre esos puntos que carecen de la resistencia de los huesos para contenerle. El *encefalocèle* espontáneo, que se dice haberse formado después del nacimiento por un mecanismo análogo al que preside al desarrollo del conjénito, no ofrece el mismo interés que éste, pues solo el caso referido por Bennet posee la ciencia.

Anatomía patológica.—Los tumores se presentan sobre las fontanelas, las suturas, la región occipital después de haber salido por el agujero del mismo nombre, el ojo; son esféricos, ovales, cilíndricos, bi o trilobulados; comunmente libres i no adheridos al cráneo sino por un pedículo delgado. Por lo regular el *encefalocèle* es único i de volumen variable. Sanson vió uno en que todo el cerebro había salido por la fontanela anterior i se encontraba encerrado en un saco formado por los tegumentos que pendía de la nuca. [3]

(1) Nélaton, *Patología quirúrgica*, t. V, pág. 644.

(2) Vidal de Caris. *Pathologie externe*, t. V, pág. 134.

(3) *Patología medicoquirúrgica*. Madrid, 1815, tom. IV, pág. 492.

Las *cubiertas* de estos tumores las constituyen de afuera adentro: 1.º la *piel* que está adelgazada i desprovista de cabellos en su vértice; 2.º el *tejido celular subcutáneo*, i 3.º la *apaneurósis epicránea*, que se hallan tambien mui adelgazada e íntimamente unidos entre sí i a la piel. Nélaton dice que Buchet ha sido el único que ha mencionado el epicráneo entre las cubiertas del encefalocele, cuando Richter habia hablado de él en su *tratado de las hernias*. [1]

Debajo de estas embolturas vienen: la *dura madre* que está adherida a ellas, muchas veces acompañada de la hoz del cerebro i tienda del cerebelo i que cubierta por la serosa aracnóides, hace un papel análogo al del peritoneo en las hernias abdominales. La superficie interna de este saco es lisa i lubricada por una cantidad variable de serosidad, i las partes del cerebro contenidas en él estan revestidas por la arañóides i la piamadre que comunmente se encuentran sanas.

El orificio herniario es a veces enteramente óseo i otras está rodeado por la membrana fibrocartilajinosa de las fontanelas.

El encefalocele va acompañado de otras lesiones de conformacion, tales como las faltas de los tegumentos del cráneo sobre el tumor, el hidrocefalo i la espina bífida.

Sintomatología.—Reconócese esta enfermedad en un tumor indolente, sin cambio del color de la piel, elástico i compresible, ajitado por movimientos isócranos a los latidos del corazon, que aumenta de volúmen con la espiracion forzada, los gritos la tos, i los estornudos. Cuando se le comprime poco a poco se observa: 1.º que se reduce en totalidad o en parte; 2.º que se suspenden las facultades intelectuales cayendo el niño en un estado de sopor, de insensibilidad, de parálisis, síntomas todos de una compresion cerebral; 3.º que pueden reconocerse los bordes de la abertura craneal al rededor del pedículo, i 4.º que el tumor recupera su volúmen ordinario i se restablece la sensibilidad cuando cesa la compresion.

Diagnóstico.—El diagnóstico es mui importante para evitar operaciones que tienen siempre consecuencias funestas, como sucedió a un distinguido cirujano de que habla Boyer. [2]

El encefalocele tiene muchos caracteres comunes con los *fungos de la dura madre*, tales como los latidos, la reductibilidad por la compresion i los síntomas cerebrales que ésta determina; pero difiere de ellos en que no es el sitio de dolores lancinantes, ni tiende a aumentar. El conmemorativo establece ademas otros signos importantes.

Las *lupias* son mui movibles, sin latidos i sin reductibilidad. El *encefalhemátomo* no desaparece por la compresion i deprimiendo el centro del tumor con el dedo, se percibe el hueso en que descansa la coleccion sanguínea: tampoco presenta pulsaciones. Los *tumores erectiles* del cráneo son reductibles por la compresion i pulsátiles, pero no provocan los síntomas cerebrales que aquella determina, i los huesos del cráneo están intactos.

Tratamiento.—La incision, la ligadura i la escision, operaciones empleadas equivocadamente contra el encefalocele creyendo que se las habia con otra clase de tumores, han sido terriblemente fatales, como lo observa Dezeimeris, quien solo ha encontrado únicamente un caso de *reduccion despues de la denudacion del tumor* en que el éxito fué feliz. En el dia están esas operaciones justamente abandonadas.

La puncion seguida de la compresion gradual i metódica, introducida en la práctica por Adams de Dublin, es el recurso quirúrgico en que se equilibran los buenos i los malos resultados. Evacuada mediante ella una parte de la serosidad que, si no es, como creen muchos la causa de esta lesion,

(1) Obra citada, páj. 2.

(2) Vidal de Casis. *Path. externe*, tom. II, páj. 631.

hace al ménos un papel mui importante, es mas fácil aplicar los medios de compresion a que contribuyen los tegumentos relajados.—Se ha empleado tambien la compresion sola valiéndose de una plancha de plomo o de gorros de carton o de cuero reblandecidos; mas en todo caso debe practicarse con la lentitud i circunspeccion que exigen los accidentes cerebrales que ella determina.—Estos medios bastan a veces para la cura radical, pero cualesquiera que sean las operaciones i los recursos empleados, se conocerá que siempre quedan grandes dificultades para alcanzarla, si se toma en cuenta que es una hernia conjénita ligada a vicios de conformacion tanto del cerebro como de la caja huesosa que lo contiene.

II.

Hernia accidental.—Dáse el nombre de *encefalocele accidental* o *traumático* a la dislocacion de una parte de la masa encefálica al traves de una solucion de continuidad de las paredes del cráneo. Se presenta esta lesion como consecuencia de las heridas que han hecho sufrir una pérdida de sustancia a la caja craneal, de la aplicacion de muchas coronas de trépano, de la cáries i de la necrósisis de sus huesos. Es mas bien una complicacion de estos accidentes que una enfermedad propiamente tal.

Todos los cirujanos parecen estar de acuerdo, al ménos bajo el punto de vista teórico, que esta complicacion es inminente siempre que falta una porcion de los huesos del cráneo. “Sin embargo, dice Cronveilhier, cuando se va al fondo de las cosas se reconoce que de ninguna manera sucede así. He visto, añade, una desgraciada mujer cuya bóveda orbitaria derecha habia sido completamente destruida por un cáncer; la dura madre estaba descubierta; se veia mui claramente el doble movimiento del cerebro, i con todo no existía la mas lijera dislocacion.... En la bóveda del cráneo enórmes pérdidas de sustancia producidas por necrósisis o facturas no han sido seguidas de dislocacion del cerebro.” [1]

El aserto de este ilustre profesor se vé cotidianamente comprobado en la práctica, i sus esperimentos prueban por otra parte que, ademas de la perforacion de los huesos, es menester tambien la de la dura-madre para que la masa cerebral salga por la pérdida de sustancia. Tal es lo que acontece en la trepanacion. Por otra parte es necesario tener presente que el cerebro puede ser el sitio de una inflamacion cuyo infarto tiende a empujarle hácia los puntos en que el cráneo ofrece ménos resistencia; circunstancia que concurre casi siempre con los accidentes que obligan al cirujano a la aplicacion del trepano.

Tratamiento.—En jeneral es el que exigen las soluciones de continuidad de los huesos del cráneo con pérdida de sustancia. El particular consiste en prevenir la tendencia del cerebro a formar hernia i en procurar la reduccion si se ha verificado, por medio de un aparato contentivo de compresion gradual. En lo demas nos referimos al tratamiento anterior.—Advertiremos de paso que si el cerebro ha sido herido i aun ha perdido parte de su sustancia, no por eso debe desmayar el cirujano, porque segun los bellos esperimentos de Flourens, estas lesiones son susceptibles de una curacion mas o ménos completa. (2)

PARTE TERCERA.

Hernias del Tórax.

HERNIAS DEL PULMON.

De las vísceras contenidas en esta cavidad esplánica, se conocen poco

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale.* Paris, 1849, tom. I, pág. 601.

(2) *Observations et expériences de M. Florens sur la curabilité des blessures du Cerveau.* L'Année scientifique. Paris 1863 pág. 333.

i ofrecen exiguo interes las hernias conjuntas del corazon revestidas o no del pericardio al traves del hueso esternal; no sucede lo mismo con los pulmones que son mas susceptibles de formar hernias, por lo cual nos ocuparemos únicamente de ellas. Es de notar que éstas solo se verifican por las paredes torácicas i jamas por el diafragma hacia la cavidad abdominal, al ménos no hai casos conocidos; tal vez porque de las fuerzas antagonistas en el tabique diafragmático, la ventral está dispuesta a adquirir mayor intensidad que la pulmonal o porque el diafragma en virtud de su disposicion abovedada deja vencer mas fácilmente su resistencia por la cara cóncava que por la convexa. Asi, los autores describen con el nombre de *hernia diafragmática* solo la de los intestinos en la cavidad torácica i no la del pulmon en esta cuando tal espresion se presta a ambas interpretaciones.

Las hernias del órgano respiratorio (*neumocele*) han sido divididas por Morel-Lavallée en cuatro variedades: *conjenitas*, *traumáticas*, *consecutivas* i *espontáneas*. (1) La primera es mui rara. La traumática se muestra despues de las heridas penetrantes del tórax, la consecutiva se efectua lentamente al traves de un punto del pecho que ha perdido su resistencia normal por fracturas, cicatrices, etc., i la espontánea es la que se forma sin intervencion de ninguna violencia exterior. Solo trataremos de las tres últimas.

I.

Hernias traumáticas del pulmon.—El *neumocele* traumático se manifiesta en la pared anterior del pecho; talvez por la frecuencia de las heridas, la mayor movilidad i la rareza de las adherencias del pulmon en esta parte. No es siempre la consecuencia necesaria de aquellas lesiones, i cuando se presenta, viene siempre en los primeros momentos que las siguen.

Fisiología patológica del neumocele traumático.—Algunos cirujanos han creido que éste se formaba durante la inspiracion: mas no es así.—Cuando ha sido perforado un espacio intercostal, penetra por él el aire en la cavidad de la pleura i el pulmon se retrae porque la presion atmosférica que obra en su superficie cerosa i en la mucosa; es decir, en su interior i exterior, se equilibran. Esta es la causa de que el *neumocele* traumático no sea una consecuencia precisa de toda herida penetrante del pecho. Pero si despues de haberse verificado ésta, sobreviene una contraccion repentina del tórax por la accion de todos los músculos *espiradores* al mismo tiempo que la glótis se halla cerrada, como en el mecanismo del *esfuerzo*, descrito por los fisiólogos, el aire comprimido en las células pulmonales tenderá a escaparse al exterior i penetrará en la herida arrastrando consigo el tejido que lo encierra. Esta esplicacion dada por Morel-Lavallée ha sido confirmada por los esperimentos de Crouveilhier (2) quien ha visto que en tal caso la parte herniada del pulmon servia como de obturador haciendo cesar inmediatamente las perturbaciones ocasionadas en los movimientos respiratorios por la introduccion del aire. Ella esplica ademas satisfactoriamente por qué en la porcion herniada se siente el murmullo vesicular i se ve la *tumefacion* durante la *espiracion* i *en la toz* solamente. Puede decirse que el órden respiratorio está invertido en la hernia pulmonal.

Anatomía Patológica.—La parte del pulmon que se presenta al exterior, adquiere luego un infarto análogo a la *epatizacion* roja; despues toma un color lívido negro que hace presumir la existencia de la *gangrena* i enga-

(1) *Hernies du poumon* Mém. de la Société de Chirargie, t. II, páj. 65; citado por Nélaton.

(2) *Traité d'Anatomie path générale* t. I, páj. 603.

ñado a muchos cirujanos que practicaron su escision. Mas no es así, porque se ha visto que la porción separada recobra los caracteres normales del tejido pulmonal. Cuando ha transcurrido un tiempo mas o ménos largo, la herida que le da paso estrangula a la parte herniada, que se mortifica i se desprende.

Los síntomas, la marcha, las complicaciones son las mismas que acompañan las heridas penetrantes del pecho.

Tratamiento.—Es menester que el cirujano no se deje engañar por las apariencias de gangrena i se abstenga de escindir, mucho mas de cauterizar con el hierro candente. La reduccion se practicará ensanchando la herida o mejor dilatando el espacio intercostal a beneficio de una cuña de madera. En lo demas se procede como en las heridas penetrantes del tórax.

II.

Hernias consecutivas i espontáneas del pulmon.—Estas dos variedades del neumocele pueden ser descritas al mismo tiempo por tener síntomas i tratamientos idénticos. Difieren esencialmente de la anterior, porque en ellas el pulmon sale fuera de la cavidad torácica envuelto en los tegumentos del pecho; es decir que estas constituyen las hernias del pulmon propiamente dichas.

Anatomía i fisiología patológicas.—Cuando a consecuencia de una antigua cicatriz o de contusiones violentas del pecho con desgarradura de los músculos intercostales i fracturas de las costillas con integridad de la piel, se debilita una porcion de las paredes torácicas, la víscera la empuja poco a poco en las espiraciones forzadas i en los esfuerzos, cuando comprimida en todo sentido tiende a escaparse por los puntos que le ofrecen ménos resistencia; se insinua despues en ella gradualmente i termina por hacerla ceder. En tal caso la parte de la pleura costal que cubria el punto débil, es impelida delante de la porcion dislocada del pulmon formando un verdadero saco herniario como los del peritoneo. El profesor Cronveilhier ha publicado en su anatomía patológica del cuerpo humano una observacion mui interesante acompañada de láminas: el tumor formado por el pulmon estaba entre la 3.^a i la 4.^a costilla derechas i la pleura costal despues de revestir la abertura torácica, iba a reflejarse por la cara posterior de los músculos pectorales mayor i menor; (1) de manera que la porcion herniada del pulmon jugaba sobre la pleuracostal como la que no habia experimentado dislocacion alguna.

Sintomatología.—El neumocele consecutivo i espontáneo empieza i se desarrolla ya lenta, ya repentinamente, aunque lo mas comun es que suceda lo último. Es el sitio de un prendimiento que puede convertirse en un dolor agudo o gravativo. Cuando el tumor está ya formado es blando, elástico e indolente, crepitante a la presion, sin cambio del color de la piel i ajitado por movimientos isócronos a los de la respiracion, pero en órden inverso; es decir, que aumenta con la espiracion i disminuye durante la inspiracion. Hemos dado ya la esplicacion de esto. Por aquella misma razon, cuando se le ausculta, se siente en él durante la espiracion i la tos, un ruido vesicular numeroso i fuerte, algo semejante al estertor crepitante.

Segun las variaciones que presenta respecto a la respiracion. ha propuesto Morel-Lavallée dividir el neumocele en *intermitente*, *permanente* i *de dos tiempos*: el primero solo se muestra en la espiracion forzada; el segundo es estable i el tercero intermitente al principio i se hace despues continuo.

El mismo cirujano ha notado algunas particularidades respecto a su reductibilidad i crepitacion.—Cuando la hernia se reduce espontáneamente

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris 1844, tom. II, livraison XXI.

no se nota el murmullo vesicular ni la crepitacion por la presion, lo cual Morel-Lavallée atribuye a la gran distension del tumor por el aire en el momento de salir del pecho: cuando se reduce por la táxis, empuja el dedo i torna a salir como un tapon i es el asiento de un ruido vesicular i de crepitacion hasta en el reposo; i cuando solo se reduce en parte, ofrece los caracteres anteriores, ménos que en vez de empujar como tapon produce la sensacion de multitud de burbujas que dan a conocer que la reduccion era incompleta.

Diagnóstico.—Puede confundirse con un lipoma, un absceso frio, una hernia abdominal intercostal, i tambien con un empiema, una vómica i un hidroneumotórax comunicados al exterior por una perforacion de los intercostales. Teniendo presente que la crepitacion enfisematosa es un signo comun a estas dos últimas lesiones i al neumocèle i que el gorgoteo acompaña a la reduccion de las colecciones de pus i de aire, en lo demas, los caracteres espuestos i el conmemorativo, bastan para establecer la diferencia que puede interesar mucho al cirujano.

Tratamiento.—La táxis i un vendaje circular compresivo lo constituyen.

PARTE CUARTA.

HERNIAS DEL ABDÓMEN.

ARTÍCULO I.—JENERALIDADES SOBRE LAS HERNIAS ABDOMINALES.

Hemos llegado al fin a las lesiones descritas mas especialmente con el nombre de *hernias*. La frecuencia de ellas comparativamente a la de las otras cavidades que dejamos tratadas, no solo es grande sino que excede tambien a la de enfermedades crónicas de otro jénero. Segun los cálculos de Arnaud, Turnebull, Fuville i Gimbernat, afectan la décima quinta parte de la poblacion de Italia i España, la vijécima de Francia i de Inglaterra i la trijésima del norte de Europa; las investigaciones de Louis, han dado 220 herniados para 7,027 enfermos de la Salpêtrière, 212 para 3,800 de Bicêtre, 142 para 2,500 de los Inválidos i 21 para 1,037 niños de la Pieté. (1)

Esta frecuencia en nuestros dias hace suponer una mas o ménos semejante en los siglos pasados por lo que causa estrañeza que no hayan sido estudiadas estas enfermedades hasta el florecimiento de la Escuela de Alejandría. Celso compiló en sus escritos todo lo que encontró en ella i sus doctrinas envueltas en las operaciones mas bárbaras, en las prácticas mas ridículas i estravagantes se perpetuaron hasta que la anatomía moderna vino a arrojar una luz enteramente nueva sobre ellas.

Así, entre todas las enfermedades del dominio de la cirujía, hai pocas cuya historia demuestre tan claramente como la de las hernias, hasta qué punto la suerte de la patolojía i de la terapéutica quirúrgicas está ligada a los progresos de la anatomía, sobre todo a los de la topográfica. Franco fué el primero que con su operacion de la hernia estrangulada abrió la vía que despues han recorrido con tanto brillo los jénios de Dupuytren i de Cooper, de Scarpa i de Gimbernat.

El abdómen es una cavidad revestida interiormente por el peritoneo i limitada arriba i abajo por la bóveda del diafragma i la escavacion de la pélvis, i alrededor por la columna vertebral i las paredes múculuaponeuróticas del vientre. Está constituido pues por partes duras i por partes blandas que dej an entre sí ciertas aberturas naturales denominadas *anillos* o *conductos* que sirven para dar salida a vasos i órganos importantes. Siempre que se hace un esfuerzo, la contracion del diafragma que tiende a apla-

(1) S. Laugier, *Dictionnaire de médecine*, citada tom. XV, páj. 268.

nar su corvadura i la de los músculos abdominales i de los psoas e íliacos que fijan el tórax i la pélvis, estrechan su cavidad i comprimen las vísceras contenidas en todo sentido, las cuales por su gran movilidad ejercen una presión de reacción igual sobre todas sus paredes. Siempre que la resistencia de éstas es superior a la potencia de las vísceras, permanecen las últimas en su lugar; pero si sucede lo contrario, entónces se buscan un pasaje al través de una abertura natural o accidental i forman al exterior un tumor, una *hernia*.

Cualquier punto de las paredes abdominales puede llegar a ser el asiento de lesiones de esta naturaleza, por lo que se las ha dividido bajo este punto de vista como dejamos dicho; mas para considerarla de una manera jeneral i práctica, adoptarém os las cuatro clases en que han sido divididas por Lebert: (1) 1.^a *hernias traumáticas*; 2.^a *hernias por eventracion*; 3.^a *hernias por desgarradura*, i 4.^a *hernias por las aberturas naturales*.

I.

Hernias traumáticas.—Es tal la disposición de las vísceras i de las paredes abdominales, que cualquiera solución de continuidad de éstas, acarrea necesariamente la dislocación de aquellas. Una vez que el epiplon o el intestino se ha introducido en la herida, obra como una cuña sobre la cual se reconcentran todos los esfuerzos de los planos musculares i la dislocación de ambos no tiene límites si el arte no viene a poner pronto i eficaz remedio.

Las hernias traumáticas no solo son consecutivas a las heridas penetrantes del abdómen, sino que se producen siempre que se opera una hernia ordinaria con saco, siempre que en las operaciones obstétricas se separa la vagina del útero; tambien en la operación cesárea i en todas las otras que exigen una solución de continuidad de las paredes abdominales i del peritoneo.

Las hernias de esta clase se presentan en todos los puntos de las paredes del abdómen i hai ejemplos de algunas verificadas por los últimos espacios intercostales i tambien al través del diafragma.

II.

Hernias por eventracion.—J. L. Petit fué el primero que describió este jénero de hernias ventrales llamándolas simplemente *eventraciones*. Consisten en la dislocación de los intestinos a consecuencia de la dilatación con adelgazamiento de las paredes abdominales: en ellas sin salir las vísceras de la cavidad que ocupan, son recibidas en una especie de bolsa formada por los músculos i tegumentos del vientre adelgazados i destituidos de elasticidad sin que exista ningun anillo herniario.

Se dividen en *conjénitas* i *accidentales* i se presentan en las paredes abdominales anterior, superior e inferior.

La de la pared anterior denominadas *eventraciones de la línea alba*, ya ocupen toda esta línea, ya solamente la rejion umbilical o las supra e infraumbilicales; i son el resultado de embarazos repetidos, en cuyo caso deprimiendo los tegumentos que existen entre los músculos rectos, se puede introducir por ellas la mano en el abdómen. Las que se verifican en la rejion umbilical, no se deben confundir con las hernias umbilicales propiamente dichas que son pediculadas, miéntras que aquellas son sésiles. Puede suceder que sobre una eventracion se abra el anillo de una verdadera

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris 1861, t. II. pág. 241.

hernia umbilical, en tal caso el tumor toma la forma cónica correspondiendo la base a la eventracion i el vértice a la hernia.

Suelen encontrarse tambien eventraciones en las paredes anteriores del abdómen, en la rejion iliaca, desarrolladas encima del arco crural i en el mismo trayecto del conducto inguinal, las cuales han sido designadas por Crouveilhier con las calificativas correspondientes.

De las eventraciones conjénitas de esta parte, la que ofrece mayor interes práctico, es la *umbilical* que se verifica en el espesor de la base del cordon i que comunmente se llama *hernia umbilical conjénita* cuando no pertenece a las hernias propiamente tales por la razon que dejamos espuesta. Consiste esta en un tumor que ocupa la rejion umbilical i aun las circunvecinas; de paredes transparentes, constituidas por dos membranas separadas por una secrecion, serosa de las cuales la esterna se continua con la piel i con las cubiertas del cordon i la interna con el peritoneo i los músculos abdominales. El cordon ocupa siempre la circunferencia del tumor en el cual estan dispersos sus tres elementos. [1]

Las eventraciones diafragmáticas ofrecen poco interes. No así las de la parte inferior del abdómen. Crouveilhier cree que la mayor parte de las hernias *perineales* de los autores, pertenecen a simples relajaciones o eventraciones del plano perineal; asi como el *enterocel vaginal* que mas bien debiera llamarse *eventracion enterovajinal*.

Tiene lugar esta última por la pared posterior del conducto vaginal en los casos de invajinacion de la vagina o de prolapso del útero: en tal caso la vagina invertida recibe al mismo tiempo que a la matriz una asa intestinal mas o ménos grande que toma una forma esferoidal. Las eventraciones *enterouterina* i *enterovesical* son poco conocidas, i la *rectal* solo es admitida teóricamente en los prolapsos del recto.

III.

Hernias por desgarradura.—Son las que se forman al traves de anillos accidentales que se verifican por el apartamiento de las fibras musculares i aponeuróticas que constituyen las paredes abdominales.

Cuando las causas determinantes de las hernias no alcanzan a producir la dislocacion de las vísceras por los anillos o aberturas naturales a causa de una resistencia mayor que la que ofrecen otros puntos, se forma en estos últimos una hernia por desgarradura: en otras ocasiones este anillo accidental se desarrolla i ensancha por un pequeño lipoma subperitoneal que se insinúa en las paredes aponeuróticas del abdómen con los vasos que la atraviesan, dilata estas aberturas vasculares i termina por escaparse a fuera arrastrando en pos de sí al peritóneo que forma un saco herniario vacío i pronto a recibir los intestinos. A las hernias por desgarradura formadas en virtud de este último mecanismo se ha dado el nombre de *hernias adiposas* o *grasosas*.

Estas dislocaciones de las vísceras efectuadas como hemos visto al traves de anillos puternaturales, tienen todos los caracteres de las que salen por aberturas normales: estan provistas de saco herniario, son susceptibles de estrangularse i dan lugar a consideraciones idénticas que las hernias ordinarias. Se presentan en todas las rejiones del vientre, sobre todo en la línea alba i cercanías de los anillos naturales; i a veces horadan los planos músculoaponeuróticos profundos i levantan los superficiales, diciéndose entónces que la hernia es *intraparietal* o *interaticial*.

Seguiremos en las jeneralidades de estas lesiones la esposicion de Lebert i de Crouveilhier. Divide el último las hernias por desgarradura de los tejidos vecinos a los anillos naturales, en *yuxtainguinales*, *yuxtacrurales* i *yuxtaumbilicales*.

(1) Crouveilhier, *Anat. pathologique générale*, tom. I, páj. 624.

Hernias yuxtanguinales.—Estas hernias que tambien pueden ser intra-parietales, ofrecen dos variedades: la primera llamada *hernia inguinal directa* se forma entre la arteria epigástrica por fuera i el ligamento umbilical o cordón que reemplaza a la arteria de este nombre por dentro, en la fosita media que corresponde *directamente* al anillo inguinal externo, por lo cual lleva aquel calificativo; la segunda dicha *inguinal interna* u *oblicua interna* se desarrolla al lado de adentro de la anterior en la fosita inguinal o vésicoinguinal de Velpeau, que está entre el cordón umbilical por fuera i el músculo recto por dentro, i las vísceras se dirijen oblicuamente de adentro afuera para franquear el orificio externo del conducto inguinal.

Ambas llevan colectivamente el nombre de *hernia inguinal interna* por su situacion respecto a la arteria epigástrica; ambas desgarran la fascia transversal i salen por el anillo externo empujando delante de sí el peritoneo, la fascia propia, el cordón testicular i el oríjen del cremáster, el pilar interno del anillo o la vaina fibrosa que parte de esta abertura, la fascia superficial i la piel.

Bajo el punto de vista práctico añadiremos que ambas son globulosas, dirigidas de arriba a bajo; que no están contenidas en la vaina del cordón espermático el cual queda al lado externo; que su estrangulacion existe casi siempre en el anillo externo, i que la arteria epigástrica situada en la parte esterna del cuello del saco herniario i aveces algo adelante, al reves de lo que sucede en la hernia inguinal esterna, obliga a que el desbridamiento se haga adentro i arriba en la direccion de una línea que se dirija del anillo externo al ombligo. (1)

Hernias yuxtacrurales.—Estas hernias que Velpeau supone raras cuya frecuencia han demostrado Laugier i Crouveilhier, se forman al traves de ligamento de Gimbernat, descienden al conducto crural un poco oblicuamente de adentro afuera i despues de haber desgarrado o dilatado alguno de los agujeros de su pared anterior formada por la hoja superficial de la fascia lata descrita con el nombre de *fascia cribriformis*, se dirijen de atras adelante i se hacen subcutáneas.

A escepcion del ligamento de Gimbernat que está desgarrado o perforado, las relaciones de estas hernias son las mismas de las crurales de que luego hablaremos i como en ellas, la estrangulacion puede existir ya en el anillo accidental superior, ya en el que se forma al traves de la fascia cribriformis.

Hernias yustaumbilicales.—J. L. Petit habia dicho que de cien hernias umbilicales del adulto, solo dos se verificaban al traves del anillo i las demas por los alrededores. Los cirujanos modernos continuaron dando por verdadero tal aserto hasta que A. Coope (2) i Crouveilhier probaron su falsedad. Este último que, invirtiendo la proposicion de Petit, ha dicho que de cien hernias umbilicales del adulto solo dos pasan por una desgarradura de la circunsferencia del anillo, ha probado que la equivocacion provenia: 1.º de creer que no correspondiendo casi nunca la cicatriz cutánea al vértice del tumor, se suponía no habia salido por el anillo, siendo que entre éste i aquella no existia en la edad adulta ninguna relacion; 2.º de suponer en el anillo umbilical una cicatriz mas resistente que los tejidos vecinos, cuando en realidad solo existia una contraccion fisiológica a consecuencia de la falta de circulacion en los vasos que lo atravesaban en la vida intrauterina. (3) El profesor Richey ha comprobado esto último, demostrando que el sitio de la vena en el anillo umbilical estaba siempre ocupado en el adulto por un peloton de tejido adiposo.

Probada la frecuencia de las hernias umbilicales por la abertura del anillo i dejando la proposicion tal como la asienta Crouveilhier, se sigue que

[1] Velpeau *Anatomie chirurgicale*. tom. II, páj. 81.

[2] *Obras quirúrgicas completas*. tom. II, páj. 252.

[3] *Traité d'Anatomie pathologique générale*. tom. I, páj. 635 i signo.

las hernias por desgarradura de la rejion del ombligo son mui raras comparativamente a las otras con las cuales tienen mucha semejanza.

Los enteroceles por desgarradura de la línea alba pueden aparecer debajo o encima del ombligo. Estos últimos han sido descritos con el nombre de *hernias del estómago* tal vez por los accidentes epigástricos que determinan; mas Richter ha demostrado que el estómago no se encuentra en ellos, sino el cólon transversal i con mas frecuencia el epiplon o el tejido adiposo subperitoneal constituyendo lo que hemos llamado hernias grasosas. De esta última manera se forman tambien las hernias diafragmáticas por desgarradura que perforan con frecuencia el espacio triangular que existe detras de la base del apéndice jifoides i cuyos sacos herniarios están constituidos por las hojas unidas del peritoneo i de la pleura.

IV.

Hernias por los anillos naturales.—Las hernias que se forman dilatando las aberturas naturales son esclusivamente propias del abdómen i constituyen el *tipo*, el *ideal*, por decirlo así, de la hernia por lo cual han sido designadas con el nombre de *hernias ordinarias* o *comunes*.

Las paredes abdominales estan perforadas por anillos o conductos que dan paso a órganos i vasos i que son sus puntos mas débil sobre todo si por una conformacion anormal tienen ménos resistencia o la han adquirido accidentalmente.

Para que se verifiquen las dislocaciones herniarias es menester una dilatacion previa de estas aberturas, cuya resistencia i tension van disminuyendo gradualmente desde entónces: se embotan sus bordes salientes i cortantes, se atrofian los haces fibrosos que limitan los anillos i se ensanchan estos, disminuye la longitud de los conductos i se convierten como el inguinal en simples orificios. Cuando estos desórdenes se han prolongado demasiado i la dilocacion de los anillos ha pasado de ciertos límites, pierden estos su elasticidad i enerjía i no pueden ya volver sobre sí. Tal es la causa porque un vendaje por mas bien aplicado que sea, no surte efecto en las hernias antiguas mal o no contenidas; por esta misma causa la estrangulacion no existe en ellas en los anillos fibrosos como acontece en las recientes o en las antiguas que habitualmente han sido bien sujetas.—“La proposicion absoluta, dice Crouveilhier, de algunos cirujanos modernos sobre que los anillos fibrosos no son jamas la causa material de la estrangulacion, solo es aplicable a las hernias de anillos mui anchos que tienen sus haces fibrosos atrofiados.” (1)—El anillo umbilical i el canal inguinal son los que están mas sujetos a estos desarreglos.

Las aberturas naturales del abdómen son doce: cinco en la pared anterior que son el anillo umbilical, dos canales inguinales i dos crurales; cuatro en la pared inferior, a saber, dos canales subpubianos i dos anillos isquiáticos; tres en la pared superior formada por el diafragma, los agujeros para el esófago, la vena cava inferior i la aorta. Como estos tres últimos no ofrecen jamas hernias, nos ocuparemos de las que franquean los primeros.

Hernia inguinal.—Es la que se verifica por el conducto del mismo nombre. Ha sido llamada tambien *hernia inguinal esterna* por formarse al lado de afuera de la arteria epigástrica, i *oblícuca esterna* porque las vísceras descenden en ella oblicuamente de arriba abajo i de afuera adentro: se ha subdividido en *conjénita* i *accidental*.

La *hernia inguinal conjénita* es siempre esterna, teniendo por consiguiente la arteria epigástrica al lado interno i permitiendo desbridar sin temor hácia afuera i arriba. Su formacion, como la del hidrocele conjénito,

(1) *Treaté d'Anatomie pathologique générale*, tom. I, páj. 613.

es debida a la persistencia del conducto peritoneal que forma el testículo en su descenso al escroto, el cual deja en tal caso una abertura libre para la salida de la serosidad del peritoneo i de los intestinos, razon por la cual ambas enfermedades coexisten i se complican con frecuencia. En ambas tambien los intestinos i la serosidad descienden al fondo del saco que debia de haber formado la túnica vaginal, dejando al testículo arriba i atras.

En las niñas, la hernia inguinal conjénita es tan frecuente como en los niños, i se verifica por la persistencia del conducto peritoneal que da paso a los ligamentos redondos, llamado *conducto de Nuck*. La persistencia de este canal en la edad adulta es mui comun por lo que Crouveilhier llega a avanzar, confirmado por sus observaciones, que la hernia inguinal en la mujer adulta es tan frecuente como la crural i que si pasa desapercibida, es porque no tiene ningun carácter especial que llame la atencion como en el hombre. (1)

La hernia inguinal esterna de los adultos es mas frecuente en el hombre que en la mujer, salvo el dictámen anterior; penetra por el anillo interno empujando adelante el peritoneo i la fascia propia i se envuelve en las cubiertas que dan al cordon la fascia transversal, el oblicuo interno, la vaina fibrosa que se desprende del contorno del anillo esterno; la fascia superficial i la piel. Si es algo antigua el trayecto en forma de Z del canal tiende a rectificarse correspondiéndose sus dos anillos; el cordon se descompone fuera del anillo esterno i se esparce encontrándose la arteria espermática por fuera i el conducto deferente i las venas por detras; la arteria epigástrica de interna que era forma un semicírculo al lado de adentro del cuello herniario.

Las consideraciones prácticas que de todo lo anterior se deducen son: 1.º que esta hernia es cilindroidea i se dirige de afuera adentro i desciende hasta la parte superior del testículo en el punto en que se le adhiere el cordon; 2.º que la táxis debe practicarse en ese sentido; 3.º que si la estrangulacion está en el anillo esterno se puede emplear el *desbridamiento múltiplo* de Vidal de Casis, atendiendo sí que la esparsion del cordon deja afuera la arteria espermática; 4.º pero si existe en el anillo interno, será necesario saber si la hernia es reciente o antigua, pero desbridando hácia arriba se interesaria la epigástrica que en el último caso forma un semicírculo hasta la línea media del cuello del saco, siendo entónces mas seguro dirigir el corte del instrumento hácia afuera i arriba.

Hernia crural.—Es siempre accidental i mas frecuente en la mujer que en el hombre en razon de que el anillo crural interno i el espacio que media entre la espina del púbis i la ilíaca anterosuperior son mas hancos en aquella que en este. Cuando los intestinos penetran en el conducto crural, descienden perpendicularmente i despues para salir de él atravesando la fascia cribriformis como en la hernia yustacrural, se dirijen casi en ángulo recto a la direccion anterior, de atras adelante. Las relaciones son por dentro con el ligamento de Gimbernat, por fuera la arteria epigástrica, por detras la hoja profunda de la fascia lata que la separa de los vasos crurales i por delante el arco crural i la hoja superficial de la fascia lata o a poneurósís cribriformis. Esta disposicion entre ambas hojas de la fascia crural tan poco estensibles, hace que sus tumores herniarios sean redondos i duros, i como lobulados por la presion que sobre ellos ejercen las bridas de la aponeurósís acribillada.

Las reglas prácticas que subministran las consideraciones jenerales que anteceden son: 1.ª la forma que da al tumor la fascia cribriformis; 2.ª que la táxis debe practicarse empujando las vísceras primero de adelante atras para impelerlas en el conducto i despues de abajo arriba; 3.ª que si la es-

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale*, tom. I, páj. 685.

rangulacion existe en el anillo femoral o esterno es fácil desbridar la fascia cribriformis; i 4.^a que si se encuentra en el anillo superior o pelviano, no se puede practicar el desbridamiento hacia afuera sin herir la arteria epigástrica, tampoco hácia arriba sin interesar el arco crural i el cordón que está en su centro, sino hacia adentro sobre el repliegue triangular del ligamento de Falopio, como lo demostró don Antonio de Gimbernat, primer cirujano de cámara de Carlos IV, en su *Nuevo método de operar la hernia crural* (Madrid 1793,) el cual repliegue tomó desde entónces el nombre del eminente práctico español.

Hernia umbilical (exónfalo).—Queda desmostrado segun A. Cooper, Crouveilhier i Richet que esta hernia en los adultos es mas comun que la que se verifica por la desgarradura de los tejidos del contorno del anillo umbilical. Hemos dicho ya que lo que con frecuencia se llama *hernia umbilical congénita* es una verdadera eventracion umbilical.

El exónfalo descrito con el nombre de *hernia umbilical de los niños* se verifica por el anillo i por el mismo mecanismo que él de los adultos, salvo sí que en aquellos no ha adquirido la abertura del ombligo toda la contraccion i estrechez que alcanza en estos.

El onfalocèle de los adultos adquiere rara vez mucho volúmen i se estrangula fácilmente a causa de la poca estensibilidad de las bridas aponeuróticas que se entrecruzan en los contornos del anillo. Cuando se ha verificado por un esfuerzo violento, se desgarran el peritoneo que está mui adherente en este sitio i la hernia se halla desprovista de saco. (1)

En la operacion del onfalocèle debe tenerse presente: 1.^o si es de los niños, los tegumentos están mui adelgazados i la capa subcutánea íntimamente adherida al peritoneo; 2.^o si en los adultos existe saco herniario, no se debe dividir mas que la piel i la fascia superficial que está confundida con la capa celular del peritoneo; 3.^o cuando este está desgarrado el tumor herniario contiene ménos líquido i es menester proceder con precaucion para no herir los intestinos.

Hernia subpubiana (oval, obturatriz, tiroidea de los ingleses.) Es rara. El conducto subpubiano por donde salen de la pélvis los nervios i vasos obturadores, está en la parte superior del agujero oval, formado por el hueso del púbis i un arco fibroso de la fascia pelvia i de la membrana obturatriz; está dirigido de atras adelante i de fuera adentro. Los tumores herniarios que le atraviesan, se presentan en la parte superior e interna del muslo, un poco mas adentro i atras que los de la hernia crural; los órganos que los forman están envueltos por el peritoneo i el tejido celular de la escavacion sub-obturatriz confundido con la fascia propia, i en relacion por delante con el músculo pequeño aductor i el pectíneo, por adentro con el segundo aductor i el vasto interno i por detras con el tercer aductor. Esta situacion profunda hace que se les equivoque con los abcesos i que les impida salir al exterior lo que solo se verifica despues de separar aquellos músculos. Se estrangulan rara vez, lo que parece mui estraño atendiendo a la rijidez de las paredes del conducto i lo que es mui conveniente para evitar la operacion practicada pocas veces. B. Cooper refiere de ella un caso talvez único en la ciencia. (2)

Hernia isquiática.—La fascia pelvia adherida por una parte a los lados del sacro i del cóccix i por otra al borde anterior de la escotadura ciática i a la espina del ísquion, forma un arco inverso que convierte a la gran escotadura ciática en un agujero que da paso a los nervios del plexo ciático i a los vasos glúteos, pudendos internos i ciáticos. Este agujero es el que se llama *conducto isquiático* i por él se verifica la hernia de este nombre.

(1) Richter. *Tratado de las hernias*, páj. 306.

(2) Nélaton. *Pat. quirúrgica*, t. IV, páj. 453.

Sus relaciones son: por arriba con el músculo piramidal, por delante con el íleon, afuera i atrás con el gran nervio ciático i abajo con los vasos i nervio pudendo interno.

Esta hernia forma tumores profundos en cima del glúteo mayor i de mui difícil diagnóstico hasta que por un gran desarrollo descenden al borde inferior de aquel músculo. En caso de estrangulación debe practicarse el desbridamiento hácia arriba en el músculo piramidal.

Es mucho mas rara que la anterior i la ciencia posee algunos casos entre los cuales debe estudiarse el descrito por A. Cooper (1) i el de Papen que refiere Richter. (2)

ARTÍCULO II.—HERNIA SIMPLE EN JENERAL.

Hemos estudiado ya por separado i de una manera jeneral los caracteres peculiares a tal o cual clase de hernias abdominales, hemos visto sus diversas faces; ahora, como existen tantos puntos de contacto entre todas ellas, tantos vínculos, tanta analogía, vamos a considerarlas bajo el punto de vista de sus relaciones, a juntar, a reunir todos sus elementos semejantes, sus rasgos comunes, sus caracteres idénticos para sintetizarlos i fundirlos, por decirlo así en la hernia típica, la cual estudiaremos primero reducida a su mas simple espresion, a su mayor grado de sencillez, i despues rodeada de todos aquellos accidentes que la agravan i complican.

Anatomía i fisiología patológicas.—En todo tumor herniario hai que considerar i conocer las cubiertas i los órganos dislocados que éstas encierran.

1.º *Cubiertas herniarias.*—Cuando las vísceras encuentran un punto de las paredes abdominales débil por naturaleza o debilitado accidentalmente, empujan por él al peritoneo que forma al principio como un dedo de guante i que poco a poco a medida que se dilata la abertura que le da paso, va formando una bolsa que comunica con la cavidad peritoneal al mismo tiempo que recibiendo los intestinos, por lo cual se llama *saco herniario* o *cubierta interna*. Se forma este saco en parte por una verdadera locomocion del peritoneo que está mui poco adherido a las paredes abdominales, i en parte por su distencion ya jeneral, ya particular al saco. Este falta o es incompleto en las hernias de aquellas vísceras que como la vejiga i el ciego solo están cubiertos en parte por el peritoneo o cuando se rompe esta serosa.

En el saco hai que tomar en cuenta el *cuello*, el *cuerpo*, el *fondo* i sus *dos superficies*.

El cuello es el orificio del saco que lo comunica con la cavidad peritoneal i corresponde a la abertura o anillo de la hernia que le da la longitud i la forma redondeada, oval, triangular que tiene; el cuerpo toma formas variables, es cilindroideo, conoideo, piriforme, esferoidal, etc.; el fondo es la parte mas ancha del saco; la superficie interna de éste es lisa i lubricada por la serosidad propia, i la esterna está ordinariamente adherida a los tegumentos periesféricos.

Despues de un tiempo mas o ménos largo sobrevienen cambios ulteriores en el saco.—El peritoneo forma en la parte interna del cuello pliegues radiados que Cloquet llama *estigmas*.—El cuello contrae o no adherencias con los tejidos que le rodean que por su parte se hacen el asiento de una vascularizacion mui abundante; las arterias i las venas converjen hácia el cuello, por cuya razon la arteria epigástrica forma un semi-círculo.—Despues aumenta mas todavia la hipertrofia de los tejidos del anillo i del cue-

(1) Obras quir. comp. t. II, páj. 331.

(2) *Trat. de las hernias*, páj. 221.

llo que tiende a convertirse en fibroso i a estrecharse sobre todo si las vísceras han sido reducidas. Pero si sobreviene una nueva causa determinante de hernia i los intestinos no pueden ya introducirse por él, lo empujan con saco i todo i la parte superior del peritoneo viene a formar por encima otro saco comunicado con el anterior i que dan al saco total la forma acalabazada que se observa en el útero en los enquistamientos de la placenta. Si este mecanismo continúa, se forman muchos sacos i cuellos sobrepuestos que han recibido el nombre de *sacos de cuellos múltiples* que tienen la forma de los vasos, que los botánicos llaman *moniliformes*. Por el mismo mecanismo se forman sacos de cuellos yuxtapuestos, situados uno al lado del otro en una vaina comun. Los sacos pueden hallarse completamente obliterados, llenos de concreciones calcáreas o de porciones adheridas del epiplon.

El saco puede tener muchos fondos para un solo cuello; estar lleno de serosidad o tapizado de falsas membranas.

Las cubiertas exteriores del saco herniario están constituidas por los tegumentos, los planos musculares, fibrosos i celulosos que no se han roto. La anatomía da teóricamente la descripción de estas capas que en la práctica se encuentran muy distintas i modificadas por el trabajo hipertrófico que en ellas se determina, el cual trasforma i multiplica las hojas celulares i aponeuróticas hasta el punto de hacer totalmente imposible el reconocer en ellas las capas normales. Estas cubiertas externas son susceptibles de muchas lesiones; se hallan a veces edematosas, con absesos o quistes serosos o sanguíneos i con depósitos de adipocira que dificultan la reducción.

2.º *Órganos dislocados o partes contenidas en los sacos.*—Pueden ser todas las vísceras abdominales; mas en el orden de su movilidad, que es tambien el de su frecuencia, se dislocan: 1.º el epiplon i el intestino delgado; 2.º la S del cólon, el cólon transverso, el ciego i su apéndice; 3.º los ovarios i trompas uterinas; 4.º la vejiga i el útero; i 5.º el estómago, el hígado i el duodeno. (1)

El epiplon puede formar en el interior del saco, otro saco secundario con su cuello propio que tambien puede ser el asiento de la estrangulación; se adhiere lo intestino i con mayor frecuencia al cuello del saco peritoneal.

El intestino grueso está mas dispuesto a adquirir adherencias con el saco que el delgado, i en ambos el mesenterio i sus ganglios se infartan cuando están encerrados en el saco. Los intestinos sufren tambien un estrechamiento de su calibre que puede ser pasajero o permanente i convertirse aun en la oclusión completa del conducto.

Etiología.—Entre las causas predisponentes se cuentan la edad. En la infancia la poca resistencia de los anillos hace que las vísceras los franqueen. Las hernias que se presentan de los diez a los cuarenta años i que el profesor Malgaigne llama hernias por *exceso de fuerza*, van en aumento desde el principio al fin del período; las que se presentan de los cuarenta adelante, por defecto de fuerza, provienen de la pérdida de resistencia que han experimentado los tejidos i van siempre en aumento con los años.

La predisposición hereditaria que da al vientre la forma prominente en las partes mas débiles, la permanencia habitual de pié, la talla elevada son contadas tambien en el número de las causas.

Hé aquí las proporciones establecidas por Malgaigne: la frecuencia entre las del hombre i la mujer es como de 4 a 1; en los barrios acomodados de Paris i bajo la misma edad hai 1 para 37, i en los pobres 1 para 28; las del lado derecho están para el izquierdo en la relación de 7 a 5.

Todas las causas determinantes pueden reducirse a los esfuerzos, sobre todo a los esfuerzos continuados que exigen ciertos oficios.

(1) Crouveilhier *Traité d'Anatomie path. générale*, t. I, pág. 645.

Bajo las mismas causas i condiciones pueden presentarse una sola hernia o *hernias dobles simultáneas*.

Síntomas.—Los tumores herniarios son de forma, volúmen i situacion variables; indolentes, sin cambio del color de la piel i de base inmóvil; reductibles por la compresion i el decúbito dorsal. Presentan tres variedades segun están formados por el intestino delgado, el pílon o por ambos a la vez.

Si está constituido por el primero, el tumor es elástico por los gases que contiene, provoca accidentes digestivos i se reduce repentinamente produciendo ese ruido característico denominado *gorgoteo* o *zurrido*; si está formado por el segundo, el tumor es pastoso, se reduce con ménos prontitud i facilidad i sin ruido; cuando ambos le forman, los caractéres son mistos.

Los pacientes tienen ménos fuerzas, sufren cólicos sordos i digestiones penosas que alteran i quebrantan la salud.

Pronóstico.—Se establece segun las complicaciones que veremos; una hernia es siempre una lesion que puede tener de un momento a otro i por el menor descuido, consecuencias funestas. El epiplocele apesar de ser ménos irreductible i de mas difícil contension, es siempre ménos grave que el enterocele.

Tratamiento.—Es paliativo i curativo.

Consiste el primero en reducir las vísceras dislocadas i en mantenerlas reducidas. Se obtiene la reduccion por medio de varias maniobras designadas colectivamente con el nombre de *táxis* i sujetas a las siguientes reglas: 1.^a la posicion del enfermo debe ser de manera que todos los músculos estén relajados: ésta varía i es de pié o en cuclillas para las hernias inguinales, en decúbito dorsal para las crurales i umbilicales. Muchas veces es necesario encargar la reduccion al enfermo o preguntarle en qué situacion se colocaba cuando la había practicado por sí mismo; por que tiene, dice Malgaigne, una larga esperiencia clínica sobre su enfermedad i toma la posicion que una observacion constante le ha enseñado.—2.^a Debe darse al tumor la colocacion mas conveniente.—3.^a Las presiones se ejercerán en órden i direccion inversas al que han seguido las vísceras en su dislocacion, de manera que entren primero las que salieron al último. La forma de los conductos indica la direccion de las presiones.

El vendaje para que sea bueno, debe mantener la hernia aun en los esfuerzos, obrar en sentido inverso a la tendencia de las vísceras i al mismo tiempo sobre los dos orificios si la dislocacion se ha verificado por un conducto.

El tratamiento curativo llamado tambien *cura radical de las hernias*, puede verificarse a beneficio de una *posicion* conveniente o de un vendaje adecuado; pues como hemos dicho, el cuello del saco cuando las vísceras no obran sobre él, tiende a obstruirse en virtud de la retraccion fisiológica que experimentan todas las aberturas cuando falta el órgano a que daban paso, o es obturado por una porcion de tejido adiposo. Todos los patólogos repiten el caso de esta especie observado por Ambrosio Pareo.

Sin embargo hai que recurrir con frecuencia a las operaciones quirúrgicas, entre las cuales tienen su interes meramente histórico la castracion, el punto dorado, la sutura real, la insicion, la cauterizacion, el taponamiento de Belmas, la acupuntura de Bonnet de Lyon. Los que ahora se practican son la autoplastia de Jameson, la invajinacion inventada por Gerdy i modificada por Wützer, el sedal aplicado por Mösner, el enrollamiento del saco de Vidal de Casis, i las inyecciones del profesor Velpeau. Como todas estas operaciones son del dominio de la cirugía operatoria, no nos detendremos en sus descripciones ni apreciaciones.

Consideraciones generales a cerca del empleo de las operaciones en la cura radical de las hernias.—Siempre que se quiera poner en práctica una

operacion cruenta para determinar la curacion radical de las hernias, es menester tener presente que basta muchas veces para obtenerla, la simple aplicacion de un vendaje contentivo desde la niñez hasta la edad de treinta i cinco años, i que por consiguiente no puede emplearse aquella sino en los individuos que pasando de esta edad, tienen hernias tan desarrolladas i de anillos tan dilatados que la compresion es de todo punto insuficiente para contenerlas i curarlas radicalmente.

Adoptado el partido de emplear algun procedimiento operatorio, es necesario pesar aun las probabilidades de buen éxito i el beneficio o maleficio que va a reportar al paciente, para no hacer por una parte una operacion inútil i por otra, lo que seria peor, una operacion perjudicial.

Las condiciones para que se efectue la cura radical son: la obliteracion del saco i de su cuello, la estrechez del anillo i de todo el conducto.— De los procedimientos operatorios conocidos hai muchos que pueden obliterar el saco i su cuello; pero esta ventaja es casi insignificante si se atiende a que hai sacos de cuellos múltiples i que por el mismo mecanismo puede reaparecer la hernia.—La estrechez del anillo no se opera sino fisiológicamente cuando faltan los vasos u órganos que le atraviesan, por lo cual la castracion atrofiando el cordón, puede causar radicalmente la hernia; mas entre las operaciones ninguna es capaz de efectuarla completamente i solo la inflamacion de los tejidos blancos despertada por el procedimiento de Gerdy, puede determinarla en parte.—La obliteracion del conducto, que es lo capital en la curacion, solo se obtiene con la inflamacion de su trayecto, pero este agente terapéutico que determina con frecuencia una peritonitis, no puede el cirujano manejarle a su antojo. Ademas de la peritonitis puede temerse la erisipela i los flemones.

Si apesar de todo esto es necesario operar, queda que elejir el procedimiento que ofrezca mejores condiciones de curacion. Parece que este debe buscarse entre las derivadas del método por invajinacion, porque tienen la ventaja de ser inocentes i de contar como la acredita la esperiencia, mayor número de curaciones definitivas.

ARTÍCULO III.—HERNIA COMPLICADA.

No siempre se presenta la hernia con la sencillez que la hemos visto. Muchas causas internas i externas pueden determinar accidentes que la compliquen, siendo los principales la *irreductibilidad*, el *atascamiento*, la *inflamacion*, la *estrangulacion* i la *gangrena* cuyos caractéres jenerales vamos a describir.

Estas complicaciones rara vez existen aisladas i lo mas comun es que se encuentren reunidas o que unas sean la causa de las otras, como el atascamiento lo es de la inflamacion i ésta de la estrangulacion.

I.

Irreductibilidad.—La irreductibilidad es siempre de los intestinos, pues el saco herniario está constantemente adherido a las cubiertas externas, como queda dicho.

La dificultad de reducir las vísceras depende unas veces de que han perdido, como dice J. L. Petit, el derecho de domicilio en la cavidad abdominal; frase que aunque tachada por Sanson de ridícula, espresa con claridad la disminucion de la capacidad del abdómen, la retraccion de sus paredes i por consiguiente la dificultad para volver a él las vísceras dislocadas. Otras veces de la adherencia de los intestinos al saco herniario que por su parte lo está a los tegumentos. Estas adherencias son casi siempre

el resultado de una inflamacion, i la anatomía patológica demuestra que pueden ser *seudomembranosas, celulosas, filamentosas, i tuberculosas*. (1)

El tratamiento es mui delicado, pues, la táxis puede determinar invajinaciones en los intestinos i aun la estrangulacion por las adherencias filamentosas. Antes de practicarla debe someterse al enfermo a un réjimen adecuado, i si despues de haberla hecho sobrevienen síntomas graves, es menester provocar de nuevo la salida de la hernia i limitarse a un vendaje contentivo conveniente.

II.

Atascamiento.—Consiste este en la acumulacion de materias estercoreales en el asa herniada hasta el punto de ocasionar accidentes.

Es una complicacion mas rara de lo que se cree, pues se ha confundido con ella la peritonítis del saco cuya frecuencia es mayor. Parece que lo determinan, en los individuos viejos que llevan hernias mal contenidas, los materiales duros i sobre todo los huesos de animales i las pepas de frutas que se han tragado con los alimentos.

La hernia se pone dura, voluminosa i poco sensible a la presion; i luego sobrevienen los síntomas que se presentan en las oclusiones intestinales, tales como la timpanítis, náuseas i vómitos biliosos, estreñimiento, etc...

El tratamiento se reduce a empujar en la cavidad abdominal poco a poco por medio de la táxis los materiales que efectuan el atascamiento i provocar las contracciones intestinales por los purgantes o los enemas.

III.

Inflamacion.—Es a veces tan lijero este accidente que pasa desapercibido limitándose solo a producir adherencias entre el saco i las vísceras dislocadas que contiene; pero otras veces determina síntomas mui serios.

Malgaigne la divide en cuatro grados, de los cuales el último está caracterizado por el estreñimiento, la irreductibilidad i los vómitos, síntomas que le son comunes con la estrangulacion. La peritonítis herniaria causa un dolor local i vivo; la hernia se hincha i se hace irreductible sin cambio del color de la piel que no presenta la consistencia pastosa que ofrece en la estrangulacion; examinando el anillo con el dedo se nota en él la falta de contraccion. Con todo, el diagnóstico presenta dificultades, pues el sitio de la estrangulacion puede hallarse en el anillo interior o en el cuello del saco. Los síntomas intestinales que hemos indicado hacen aun mas difícil el diagnóstico.

Si despues no se resuelve o no se complica con una peritonítis jeneral, la peritonítis parcial del saco determina la inflamacion flegmonosa de las cubiertas herniarias i muchas veces la gangrena, la perforacion del intestino i la formacion de un absceso estercoreáceo.

Se remedia esta complicacion practicando la táxis al principio de ella, porque despues seria imposible i peligrosas sus maniobras; con un tratamiento antiflojístico; la abertura de los abscesos flegmonosos o estercoreales que dan lugar a la formacion de un ano preternatural.

IV.

Estrangulacion.—Cuando una hernia se hace irreductible a consecuencia de una contriccion que impide en las vísceras la circulacion de la sangre i de los materiales estercoreáceos, se dice que la hernia está *estrangulada*.

La estrangulacion se efectua por un mecanismo enteramente pasivo en

(1) Crouveilhier, *Anat. path générale*, tom. I, páj. 664.

que ni el anillo, ni el cuello del saco obran para producirlo, sino que el intestino mismo aumentando de volúmen se estrangula en el anillo constrictor. Puede verificarse de un modo mui rápido cuando éste es mui estrecho i entónces la estrangulacion se llama *primitiva* o de una manera lenta si la abertura es mui ancha i en tal caso se dice que la estrangulacion es *consecutiva*.

Toda causa capaz de aumentar el volúmen del intestino contenido en el saco herniario, produce la estrangulacion: así el atascamiento que da lugar a la inflamacion, la entrada en el saco de una nueva porcion visceral, la conjestion sanguínea de el asa intestinal i sobre todo del mesenterio la determinan.

Sitio de la estrangulacion.—Es el mismo de la contriccion que la determina. Puede existir en las aberturas de los anillos accidentales como sucede en las hernias yuxtacrurales i yuxtaumbilicales, en la aponenrosis acribiallada i en la línea alba; tambien en el mismo cuerpo del saco, roto i atravesado por los intestinos; puede ser efectuada por el enr ollamiento de una asa intestinal sobre si misma, por bridas antiguas implantadas en las dos estremidades del saco o por adherencias filamentosas, i por el mismo epiplon perforado por el intestino o dispuesto en forma de otro saco dentro del saco herniario. Pero los puntos mas comunes de la contriccion son el *cuello del saco* i *los anillos*.

Sabemos que el cuello del saco no está al principio constituido mas que por el peritoneo en estado normal, i en tal caso no es capaz de producir la estrangulacion; pero que mas tarde cambia de estructura, se engruesa estrecha i adquiere una existencia propia, independiente del anillo con el cual se ha confundido muchas veces, i entónces puede efectuar el estrangulamiento por cuya razon este persiste muchas veces aun despues de practicada la táxis.

De intento hemos citado adelante el dictámen de Crouveilhier sobre los dos estados en que pueden encontrarse los anillos de las hernias i la falta de rijidez en uno de ellos, para oponerlo al aserto demasiado esclusivo del profesor Malgaigne que niega de un modo absoluto la estrangulacion por los anillos i admite solo la que se verifica por el cuello del saco. Si esto fuese cierto; no se podria explicar cómo se estrangulan ciertas hernias sin saco de la rejion umbilical i las del ciego, i cómo experimentan la constriction las que se estrangulan inmediatamente despues de formarse cuando aun el cuello no ha tenido tiempo de adquirir toda su rijidez.

Síntomas.—En la estrangulacion puede admitirse tres grados o períodos. El primero llamado conjestivo, está caracterizado por la conjestion sanguínea; el segundo por la inflamacion, i el tercero por la gangrena. En el primero la hernia se pone dura, dolorida e irreducible; sobrevienen estreñimiento, hipo, eructos, vómitos biliosos al principio i despues fecales, síntomas que como ya hemos dicho le son comunes con la inflamacion; en los otros dos, todos los síntomas anteriores se agravan, el pulso se deprime i se pone filiforme e intermitente, la piel se cubre de un sudor frio i viscoso, i el enfermo sucumbe por una peritonítis, la gangrena o por la postracion que el estrangulamiento ocasiona.

El diagnóstico solo es difícil cuando se presentan síntomas de estrangulacion sin que se vea el asiento de la hernia (como sucede en las subpubianas e isquiáticas. Inútil es decir que el pronóstico es mui grave.

El tratamiento varia segun las circunstancias. Al principio es necesario practicar la táxis con todos aquellos medios que se emplean como sus auxiliares tales como los antiflojíticos, los narcóticos i anestésicos, los baños i los purgantes. Debe procederse en esta, segun las reglas dadas, pero con mayoses precauciones i cautela, i en tentativas repetidas cada cuarto o

cada media hora i que nunca deben tener mas de un cuarto de duracion. Cuando se prolongan mucho las tentativas o se hacen grandes esfuerzos, se dice que la *taxis es forzada o prolongada*, operacion que ha sido encomiada por unos cirujanos i vituperadas por otros que la rechazan o exigen la mayor prudencia en su adopcion i práctica.

La *taxis* puede ocasionar la *reduccion en masa* de las hernias persistiendo los síntomas de estrangulacion, lo que como hemos dicho tiene lugar cuando esta se verifica en el cuello del saco.

Cuando es imposible la *taxis* aconseja Seutin dilatar los anillos con el dedo; mas entónces se recurre ordinariamente a la *operacion de la hernia estrangulada o quelotomía* cuya parte mas importante hemos indicado al hablar del destridamiento en las diversas clases de hernias i cuyo manual operatorio es bastante largo i complicado para que en él nos detengamos.

V.

Gangrena.—Es la consecuencia de la inflamacion o de la estrangulacion mas bien que una complicacion propiamente tal, aun que se dice que aparece tambien de una manera espontánea.

La perforacion del intestino ocasionada por la gangrena puede curarse radicalmente por la formacion del *infundíbulo* de Scarpa u ocasionar un ano preternatural que algunos autores describen como complemento de las hernias abdominales i cuyo tratamiento constituye una de las glorias de Dupuytren, el jenio, como dice Nélaton, mas eminentemente quirúrgico de los tiempos modernos.

Museo



Digital

FACULTAD DE MEDICINA | UNIVERSIDAD DE CHILE