

Nº 16.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

CURACION RADICAL

DE LA

HERNIA INGUINAL

TÉSIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia
presenta al Jurado de calificación
el alumno de la Escuela de Medicina de México

FILIBERTO CARRILES

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15.

—
1889



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

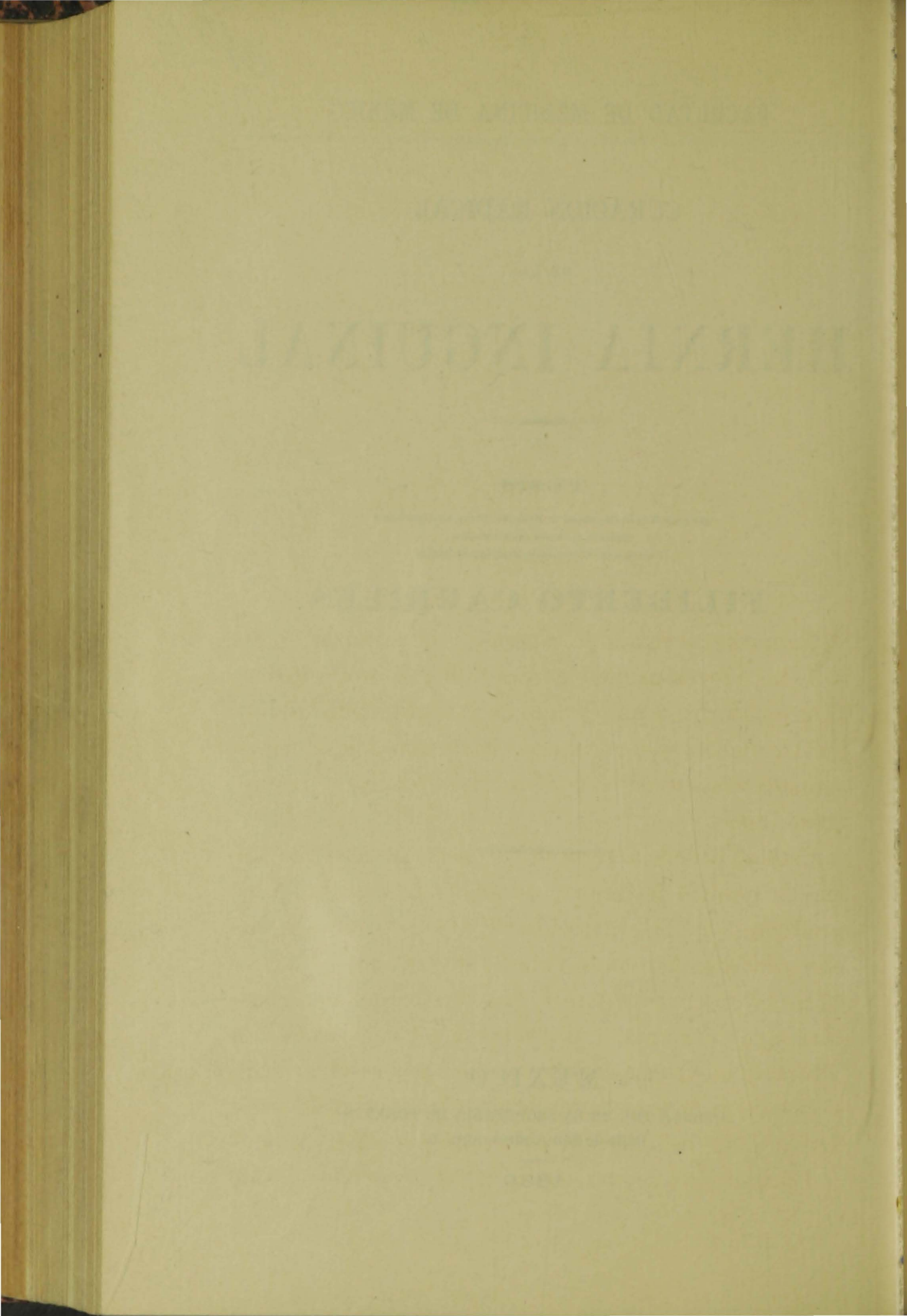


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ADVERTENCIA

Nunca he abrigado la esperanza de alcanzar en estas breves páginas el objeto de mis propósitos, y, al presentarlas á mi Jurado en cumplimiento de ineludible deber, sólo me queda la satisfaccion de haber agotado mis esfuerzos por hacerlas dignas de su ilustrado juicio.

Esta advertencia seria inútil, si no tuviera que dar en ella público testimonio de mi reconocimiento á los profesores de bien merecida reputacion, que con sus observaciones han dado vida á este trabajo.

Estas observaciones son una prueba del afan constante que tienen nuestros cirujanos por colocarnos á la altura de la cirugía contemporánea; por resolver cuestiones de gran trascendencia práctica; por enseñarnos las verdades establecidas por su propia experiencia.

En efecto, *la curacion radical de las hernias* ha sido

siempre un problema para la cirugía; las tentativas innumerables para resolverlo demuestran toda su importancia; porque una hernia es siempre una amenaza para la vida; porque un día ú otro vendrá á presentar el cuadro funesto del estrangulamiento, en que muchas veces los recursos del arte llegan tarde.

Para alejar este peligro de muerte, la cirugía ha estado en constante movimiento apelando á procedimientos más ó ménos crueles, que han variado segun la época, segun la escuela, segun los individuos: ¡tan difícil ha sido curar radicalmente las hernias!

¿Cuál es el estado de la cuestion en nuestros tiempos? En el extranjero ha causado una verdadera revolucion; entre nosotros pocos se han ocupado de ella.

Los medios mecánicos tan perfeccionados para contener las hernias, pero sin resolver el problema, habian hecho olvidar por largos años los procedimientos quirúrgicos que tanto descrédito habian adquirido; cuando un nuevo factor vino á trasformar la cirugía abdominal; á su influjo ha nacido esa serie de operaciones asombrosas que son la gloria de nuestro siglo; se han resuelto problemas que habian atravesado muchos siglos; ha llegado el cirujano á donde ántes hubiera sido una temeridad.

Este nuevo factor ha hecho renacer las operaciones de la curacion radical de las hernias: por todas partes oímos hablar de nuevos casos; de nuevos procedimientos coronados de éxitos brillantes; unos operan en determinadas condiciones; otros en todas circunstancias.

En medio de este entusiasmo de invencion operato-

ria á la sombra de la antiseptica, se olvida que estos procedimientos que llamamos modernos, no son más que variantes de un solo método; el método más sencillo, el más directo y el más antiguo; el primer método que se practicó en el siglo primero: poco tienen de moderno nuestros procedimientos, solamente que los peligros entónces tan temidos han desaparecido, y los perfeccionamientos en la técnica han dado á la curacion radical de las hernias un lugar entre las operaciones racionales, á la cual debemos recurrir en muchos de los casos que hasta hoy respetamos.

Tal ha sido el asunto que me he propuesto resolver en este trabajo, que no podría llevar un nombre más genérico, porque los hechos hasta ahora conocidos entre nosotros, siendo su fundamento, son operaciones de curacion radical practicadas en la hernia inguinal; por otra parte es la que más interés presenta en la práctica por su mayor frecuencia; la que ofrece más peligros de complicaciones; la que más cuidados demanda en los procedimientos por las relaciones que adquiere con los órganos genésicos, y por las condiciones particulares de reincidencia.

Me ha parecido necesario completar este estudio con algunas observaciones de curacion radical practicadas en las operaciones de la estrangulacion herniaria, porque, en su carácter de operaciones de primera urgencia, han servido para inspirar, ensayar y resolver las primeras; aunque en tal caso su papel es muy secundario, siendo las condiciones muy desfavorables para los mejores resultados.

La ketotomía no es la indicación de la curación radical, es una oportunidad que en un tiempo justificaba la curación radical; hoy al contrario, los peligros de la ketotomía justifican la curación radical al tratar de prevenirlos, además de tantas ventajas que reporta consigo su aplicación.

CURACION RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

CAPITULO I.

Breves consideraciones históricas.

Una enfermedad tan vulgar, considerada como difamante entre algunos pueblos de la antigüedad, que es causa de tantas incomodidades, y un peligro de muerte en su complicacion más frecuente; tenia que llamar la atencion de los cirujanos de todos los tiempos, para remediar á toda costa tal estado de cosas, bajo el enunciado de una fórmula muy sencilla: *volver á su cavidad las vísceras herniadas, modificar el canal buscando un sosten al esfuerzo de las vísceras.*

Los medios terapéuticos que se han propuesto llenar tales indicaciones, es lo que se ha llamado *curacion radical de las hernias.*

Estos medios han tenido que seguir la evolucion de las ideas: por eso vemos en el siglo de Celso recurrir al bisturí para atacar directamente una lesion que degradaba; no retroceder ante los peligros de esta intervencion, para prevenir el terrible accidente del estrangulamiento cuyos peligros no podian conjurar.

En Celso, sin embargo, encontramos numerosos preceptos de las indicaciones de la intervencion quirúrgica; cirujano juicioso y prudente prefería muchas veces los vendajes á los

métodos cruentos en las hernias reductibles; respetaba las hernias voluminosas, no intervenía en los niños, ni en los viejos, ni en ciertos estados patológicos. Para curar las hernias inguinales, incindía el escroto hasta el testículo que cuidaba de no ofender, y reseca el saco probablemente después de la ligadura del cuello, quitaba una brida de la incisión inguinal para hacer más grande la abertura y obtener una cicatriz más fuerte. Si era una epiplocele, unos destruían el epiplon con cáusticos, otros le reseocaban entre dos ligaduras; pero cuando se trataba del estrangulamiento herniario que tanto procuraban prevenir, no sabían conjurar sus peligros por los medios quirúrgicos.

Hay que reunir las ideas de Oribaso á las de Celso, aunque estén separados por más de tres siglos, y por más que parezca que el médico árabe no conociera al latino. Es probable que no haya conocido los vendages, porque atacaba las hernias de todo género directamente con el cuchillo; sus procedimientos están llenos de ingenio: descubierto el saco y dividido cuidadosamente, reduce el intestino si no hay adherencias, las destruye con el dedo, ó las disecciona dejándolas con el intestino para reducirlo con estas piezas; después tuerce el pedículo del saco y reseca una gran parte; el testículo es siempre respetado. La peritonitis generalizada, las hemorragias y la septicemia, dice Oribaso, hacían funestos los resultados en la mayor parte de sus operaciones.

En estos dos cirujanos encontramos preceptos, que, adaptados á la antisepsia, y con un grado más de perfeccionamiento, vienen á ser nuestros procedimientos; con razón ha dicho un autor de nuestros días: “que los modernos se habrían evitado hacer ciertos descubrimientos sobre la curación radical de las hernias, si hubieran conocido mejor á los antiguos.” Más ántes había dicho Littré: “No hay desarrollo más avanzado de la medicina contemporánea que no se encuentre en embrion en la medicina anterior.”

Bien merecida en mi concepto ha sido la mención que he hecho de la cirugía antigua sobre este particular.

Pablo de Egina representa á la cirugía en el siglo V. Divide la hernia inguinal en enterocele y bubonocele, segun que ha caido ó no en las bolsas. En el primer caso, despues de la reduccion de las vísceras, llega al teste por una incision trasversal, y en una ligadura enérgica comprende lo más alto posible el peritoneo y los elementos del cordon espermático, corta abajo de ella y extirpa la serosa y el testículo. En el segundo caso, oblitera solamente el saco por medio de una incision que conduce á él, y conserva el testículo.

Pablo de Egina inició la castracion que creia necesaria en determinados casos; despues se hizo un abuso sistemático en la curacion radical de las hernias inguinales. Esto le alejó mucho de Oribaso, cuyos preceptos seguia en las demas hernias.

La suerte de la curacion radical va á ser muy triste durante los siglos que constituyen el período de la cirugía arabista. La castracion para los empíricos como para los verdaderos cirujanos, era la base sobre la cual se apoyaban los procedimientos más seguros de la curacion radical.

Guy de Chauliac, que representa uno de aquellos siglos de la supremacía de la medicina árabe, es digno de mencion; por él conocemos los procedimientos de los Avicena y de las escuelas arabistas más famosas; por él menguaron en parte los excesos de aquella cirugía.

Los procedimientos eran múltiples, y todos tenian por base la castracion: en uno se hacia ligando cordon y peritoneo, se extraia el teste y á los tres ó cuatro dias se dividia abajo de la ligadura; en otro la seccion se hacia con el cauterio actual hasta llegar al púbis, ó bien con el cauterio potencial, etc.

Guy de Chauliac es partidario de los vendajes, bragueros, medicamentos y régimen, aunque no le repugnen los medios cruentos y la misma castracion prudente y unilateral; pero no recurre á éstos sino cuando han fracasado aquellos, y en determinadas circunstancias de edad, constitucion y estado patológico.

Esta atenuacion de los procedimientos cruentos, fué en aumento en el siglo XV, en que los cirujanos de las universidades de Italia dieron mayor atencion á los bragueros y vendajes de los que esperaban la curacion radical; sin embargo, á pesar de su preferencia por los medios paliativos, no desconocian y algunas veces practicaban la castracion. Fuera de las universidades habia dinastías de herniarios, que cada año castraban al ménos 200 individuos.

Con este siglo termina la cirugía arabista.

Llega la reforma científica del siglo XVI. Franco funda la operacion del estrangulamiento herniario, que hasta entonces habia sido respetado por todos; Ambrosio Paré establece la curacion radical, despues de la kelotomía; y Fabricio d'Acquapendente procura curar las hernias sin suprimir el testículo.

Estos tres cirujanos, llenos de genio y de valor, detienen aquel torrente impetuoso de sangre que habia producido la curacion radical por todas partes; refrenan aquel furor de una cirugía despiadada, cruel é irracional. La curacion radical les es deudora de procedimientos que tienen por objeto evitar la castracion; si alguna vez la practicaron fué en último recurso, ó por una desgracia imprevista.

En tales condiciones habia pasado la curacion radical al siglo XVII, cuando en sus últimos años (1665), Nicolás Lequin dió un golpe mortal á la cirugía de las hernias con su invencion de los bragueros elásticos. Esta fecha es capital en la historia terapéutica de las hernias, porque ella cambió los medios quirúrgicos en mecánicos. Los pocos castradores ambulantes á quienes perseguian las leyes desaparecieron á mediados del siglo pasado.

Dionis decia: "se debe recurrir á los vendajes elásticos y evitar todos esos procedimientos que sólo practican los charlatanes, poco cuidadosos de las consecuencias de sus operaciones."

Las hernias fueron estudiadas bajo otros puntos de vista por los grandes cirujanos; Richter ha formulado su conducta en

su admirable tratado de hernias: no se deben tratar las hernias no estranguladas, sino en circunstancias excepcionales; no buscar la curacion radical por procedimientos sangrientos; el único medio de obtenerla es el vendaje llevado con constancia; los medios quirúrgicos no dan la curacion radical, y ponen en peligro la vida; la curacion radical debe intentarse solamente en los casos de hernia estrangulada. Esta es la herencia que legó el siglo pasado á nuestro siglo: los procedimientos quirúrgicos estaban, pues, abandonados, y el braguero les habia reemplazado por completo.

Tímidamente aparece con un nuevo aspecto de inocencia la invaginacion del escroto de Gerdy (1835); este método parece restaurar la curacion radical de las hernias; una multitud de operadores se inspiran en Gerdy, pero á su muerte tambien muere su método, y la curacion radical cae por nueva vez en descrédito, á tal grado, que Malgaigne decia: "Si los simples vendajes bastan, ¿qué decir de las operaciones dolorosas, que dejan estigmas indelebles, y que todas han causado ya muertes?..... En lo que me concierne, declaro que yo no me someteria á ninguno de estos procedimientos."

El impulso de Gerdy llegó hasta Inglaterra, en donde encontramos muchos defensores de la invaginacion practicada por distintos procedimientos; el último, el más aceptado, ha sido el de Wood que ha llegado hasta nosotros; sin embargo, á pesar de los numerosos éxitos de Wood, el descrédito de la curacion radical no menguaba.

Los métodos sangrientos y directos estaban abandonados; los vendajes y bragueros les habian reemplazado; el método indirecto de invaginacion era empleado pocas veces en determinadas circunstancias, y la kelotomía era seguida de la curacion radical, como una operacion de oportunidad.

El sublime descubrimiento de Lister vino á trasformar por completo la cirugía general, y en particular la cirugía abdominal.

Entónces reapareció por última vez la curacion radical por el bisturí, teniendo por fundamento el método antiséptico.

Cárlos Steel, en Inglaterra, fué el primero que aprovechó en 1873 la cirugía antiséptica para la curacion de una hernia inguinal voluminosa en un niño de 8 años. La hernia fué contenida, pero á los seis meses se reprodujo con mayor volumen; una nueva operacion como la primera dió un éxito completo.

Despues Nussbaum, Riessel, Czerny, Schede, Socin, etc., comienzan una serie de operaciones que hacen levantar la curacion radical de las hernias del descrédito en que se encontraba.

Lúcas-Championnier con el método antiséptico introduce á Francia la curacion radical; su monografía es uno de sus monumentos de triunfo. En 1883 sostenia Segond en su admirable tesis de concurso que las operaciones de curacion radical “deben considerarse como *operaciones oportunas*, cuando los inconvenientes actuales ó ulteriores de la abstinencia son superiores á los peligros de la intervencion. Fuera de estas condiciones precisas, las operaciones de la curacion llamada radical deben ser severamente proscritas.” Segond no conocia entónces más que tres observaciones de Lúcas-Championnier que refiere en dicha tesis. Para éste los peligros de la intervencion, rodeada de las precauciones usuales, son tan pequeños,⁵ y los inconvenientes de la abstinencia son tan grandes, que concluye: “La curacion radical no es peligrosa, y tenemos el derecho de recurrir á ella para remediar al que no tiene más que una deformidad.”¹

La Sociedad de Cirugía (1888) de que ambos son miembros, despues de largas discusiones, aprobó la curacion radical como una operacion racional.

Los Estados Unidos de América han contribuido poderosamente á propagarla; Mac Burney nos da á conocer hace pocos meses un procedimiento que le ha dado brillantes resultados, lo mismo que á otros cirujanos que lo han empleado.

El dia 14 de Octubre de 1885, el Dr. Macías practicó por

¹ Cure radicale des hernies.—1887, pág. 12.

primera vez entre nosotros la curacion radical de una hernia inguinal irreductible por los procedimientos modernos. Quince dias despues de la operacion, el individuo podia hacer esfuerzos sin que nada indicara la presencia de la hernia.

Hasta entónces la terapéutica de las hernias no estranguladas, se reducía á los medios mecánicos: toda hernia reductible era contenida por un braguero elástico, y las irreductibles eran mantenidas por un verdaje que á la vez que evitaba su crecimiento, las protegía de las influencias traumáticas.

En las hernias estranguladas ha sido de precepto la kelo-tomía, pero, de poco tiempo hasta hoy, solamente se ha aplicado la curacion radical á la herniotomía, pues en muchas de las operaciones de este género que he encontrado consignadas por nuestros cirujanos en las revistas científicas, no se hace mencion de la curacion radical, aunque en muchos casos hubiera estado indicada como operacion oportuna.

Despues del resultado tan favorablemente logrado, el Dr. Macías ha emprendido nuevas operaciones; los Dres. Regino González y Fernando López han contribuido para aumentar la suma de estas operaciones. Todas ellas son las piezas justificativas de esta tésis.

Sin embargo, el braguero ha seguido siendo el arma que, si es la más fácil de esgrimir, no es la más poderosa para vencer al enemigo; en muchos casos, sin conjurar el peligro, es un cuidado más que dura toda la vida del infeliz *relajado*.

Afortunadamente, por hoy, el porvenir de la curacion radical está asegurado; á pesar de la indiferencia ó desconfianza con que es vista por muchos de nuestros cirujanos, alguna vez llegará á adquirir el lugar que le corresponde en nuestra medicina operatoria.

CAPITULO II.

Topografía.—Evolucion de la hernia inguinal.

Toda intervencion quirúrgica exige el conocimiento del campo operatorio, de la topografía del terreno donde va á dirigirse una serie de maniobras que han de tener determinado objeto. Despues de considerada á grandes rasgos esta region desde el punto de vista que nos ocupa, pasaremos en breves palabras al estudio de la lesion de que es más á menudo el sitio.

La importancia de esta region en los abcesos de la fosa iliaca, en la ligadura de la arteria iliaca externa y epigástrica, es todavía mayor cuando se trata del mecanismo de la produccion de las hernias, y de las operaciones del estrangulamiento herniario y de la curacion radical.

El área triangular de la *region del canal inguinal* está limitada por el arco crural, una línea horizontal tirada desde la espina iliaca antero-superior hasta la línea blanca, que forma el tercer lado.

El aspecto abovedado que presenta, se pronuncia más ó ménos en los esfuerzos; su parte interna se cubre de pelo en la pubertad.

Abajo de la piel y tejido celular que nada ofrecen de particular, aparece la parte que da nombre á esta region, la parte que domina la patología de este lugar, un recuerdo de los primeros dias de la vida, los vestigios de la evolucion del testículo en su descendimiento al escroto.

El canal inguinal es el resultado del crecimiento; cuando el teste pasa al través de la pared abdominal deja tras sí un orificio con el cordon espermático; á medida que el organismo se desarrolla, este orificio va alargándose en forma de un canal dirigido oblicuamente de arriba á abajo, de afuera hácia adentro y de atras á adelante, en cuyo espacio virtual están contenidos el cordon testicular ó ligamente redondo.

Este trayecto está excavado en las capas profundas que constituyen esta porcion de la pared abdominal; es más ancho y ménos largo en el hombre que en la mujer; es de tres centímetros de largo por término medio, y presenta numerosas variedades individuales que favorecen más ó ménos la formacion de las hernias.

En el estado normal el trayecto tiene sus paredes en contacto, no dejando ningun espacio real, pero puede adquirir en el estado patológico dimensiones enormes. Sin embargo, todos los anatomistas le consideran dos orificios y un trayecto.

El orificio peritoneal, superior, interior corresponde, como estos nombres lo indican, al lado de la pared que tapiza el peritoneo; la forma de este orificio es determinada por la presion que ejerce el canal deferente al dirigirse en este punto hácia abajo y adentro, en su porcion abdominal; porque esta brusca inflexion produce en el *facia transversalis* el reborde ó repliegue falciforme ó semilunar de concavidad externa, cuyas extremidades se pierden á lo léjos; este reborde limita hácia adentro el orificio peritoneal. El resto de su contorno está formado por el mismo *facia*, pero sin línea de demarcacion aparente, al ser deprimido por el testículo migratorio.

En el momento en que el canal deferente abandona el trayecto inguinal para dirigirse hácia adentro y abajo, se enlaza con la arteria epigastria que se dirige hácia arriba; de manera que estos dos órganos están colocados en la parte interna del orificio peritoneal.

La última capa regional pasa sobre este orificio afectando

diferentes disposiciones, desde una simple depresion hasta un verdadero canal, poniendo en comunicacion la cavidad peritoneal con la vaginal. Esta tenue membrana es, en el estado normal, la única barrera que contiene las entrañas; algunas veces está dispuesta de tal modo que las vísceras se inician en el trayecto; otras veces les ofrece una amplia via para su libre escape.

Al indicar la disposicion del peritoneo en este orificio, cuya disposicion viene á constituir la *foseta externa*; para ser breve, hablaré de los otros repliegues que forma el peritoneo en el resto de esta misma region, á los que se ha dado un gran papel en el desarrollo de la hernia inguinal.

En la misma línea horizontal en que se encuentra la *foseta externa* que acabo de bosquejar, están situadas la *foseta mediana* y la *foseta interna ó suprapúbica*; determinadas por el levantamiento del peritoneo que hacen el cordon abliterado de la arteria umbilical y el uraco, pero no se manifiestan siempre del mismo modo en todos los individuos.

La *foseta interna* está entre el uraco y el cordon de la arteria umbilical; corresponde al espacio que hay entre la sínfisis y la espina del púbis, y por eso se llama *suprapúbica*.

La *foseta mediana* es la depresion que hay entre los relieves formados por la arteria espigástrica y el cordon de la arteria umbilical; corresponde á la parte media del trayecto inguinal.

La diferencia anatómica que hay entre estas depresiones peritoneales, es que en la interna y la mediana está sostenido el peritoneo por el *facia transversalis*, y que en la externa hace falta este apoyo.

La importancia que tienen estos hundimientos peritoneales en la patogenia de las hernias, será considerada despues.

El *orificio cutáneo, inferior, exterior*, es el intersticio que ha dejado tras sí al atravesar las aponeurosis del músculo gran oblicuo del abdomen el testículo en su carrera descendente, para ocupar el escroto. Este intersticio cuya direccion es la misma que la de las fibras aponeuróticas, está trasformado en un orificio elíptico por la condensacion de las fibras de

los lados, y la adición de nuevas fibras que las reúnen en su parte superior en forma de arco para evitar su separación; por este motivo se llama á los haces laterales *pilares*, y las fibras que les cierran hácia arriba *fibras arciformes*. Tal disposición es una garantía para el cordón espermático como para las vísceras abdominales, pues su forma invariablemente mantenida hácia arriba por las fibras arciformes, y abajo por su inserción al púbis, es suficientemente amplio para dar paso franco al cordón espermático sin que pueda haber la menor compresión, y suficientemente estrecho para que no pueda dar salida á las vísceras que empujan constantemente tras de él. Esta condición le ha valido el nombre de anillo inguinal externo.

El *ligamento de Colles ó pilar posterior*, viene á completar este anillo en su parte inferior y posterior; es el prolongamiento de las fibras aponeuróticas del gran oblicuo del lado opuesto que, entrecruzándose en la línea mediana (línea blanca), vienen á insertarse en el cuerpo y espina del púbis atrás de los otros dos pilares.

Si es cierto que existe una semejanza anatómica entre el ligamento de Colles y el de Gimbernat, esta similitud deja de existir cuando se trata del estrangulamiento herniario; su papel, en tal caso, en uno es casi nada, y en el otro es todo.

El anillo inguinal externo corresponde en su parte superior á la foseta mediana, y en su parte inferior á la interna.

El canal inguinal está excavado en el espesor de la pared abdominal; su objeto es recibir al cordón testicular ó al ligamento redondo, sin que haya normalmente un verdadero canal; sin embargo, por los mismos órganos que contiene y en los estados patológicos de que es el sitio, se le puede asignar cuatro paredes de las cuales la anterior y la posterior son las únicas que merecen tal nombre, porque las otras dos no son más que las canaladuras que forman al unirse arriba y abajo las paredes anterior y posterior.

La pared anterior, la más resistente, está formada por la

aponeurosis del gran oblicuo y contiene el orificio cutáneo. La pared posterior, la ménos resistente, está formada por el fascia transversalis y contiene el orificio peritoneal. Ambas se reúnen á nivel del borde superior del ligamento de Popart para constituir la pared inferior, verdadera canaladura. La pared superior está formada por los bordes inferiores del pequeño oblicuo y trasverso, cuyas fibras vienen á esparcirse y tomar participio en la constitucion de los elementos del cordón. Antes de enlazarse la arteria epigástrica con el canal deferente, camina entre los dos orificios del canal inguinal, atras del fascia transversalis; esta relacion es muy importante de tenerse en consideracion en todas las operaciones que se ejecuten en la region del canal inguinal.

Estas consideraciones anatómicas nos hacen ver que, dadas la situacion de la region inguinal en la parte inferior del abdómen, lugar que de continuo tiene que resistir al empuje de las vísceras en el esfuerzo, la construccion tan débil de sus paredes minadas por varios orificios y un canal que muchas veces está ampliamente abierto; se puede deducir inconcusamente que la region inguinal está hecha á propósito para la produccion de la hernia.

Así lo demuestra la clínica.

De todas las hernias abdominales, la hernia inguinal es la más frecuente, y más frecuente en el hombre que en la mujer; como de 2 á 1 segun Cloquet, de 4 á 1 segun Malgaigne, de 5 á 1 segun las estadísticas de la *Sociedad de vendajes de Lóndres*.

¿A qué es debida esta predileccion de las hernias para la region inguinal?

A que ella, más que ninguna otra, llena las dos condiciones que se requieren para que una hernia tenga razon de ser: por una parte, debilitacion de la pared abdominal; y por otra el esfuerzo sin cesar de las vísceras contra los anillos fibrosos ménos resistentes. A estos dos factores pueden reducirse todos las demás causas de que tanto hablan los autores.

Desde el punto de vista de la curacion radical, las hernias deben dividirse en dos grandes grupos, *hernias de debilidad* y *hernias de fuerza*.

Esta clasificacion determina las condiciones de su desarrollo y los elementos con que podemos contar para el resultado favorable ó adverso de la curacion radical.

Nada importa para el resultado, que la hernia se encuentre en cualquier fase de su evolucion, si la medicina operatoria se encarga de enseñarnos sus procedimientos que, de acuerdo con las indicaciones de la clínica, tendrán su aplicacion.

Para la medicina operatoria es pues preciso el conocimiento de la evolucion anatómica de la hernia inguinal, y para el resultado, las condiciones clínicas en que se hace la intervencion quirúrgica.

Las *hernias de debilidad* son el producto de las causas que aumentan el factor: debilitacion de la pared abdominal, aunque el otro factor no se altere, es decir, el esfuerzo fisiológico y la presion normal de las vísceras.

La miseria está en el primer término de las causas de debilitacion, la miseria, que busca otra miseria en una hernia.

Como los herbívoros, dice el Dr. Amen, los pobres tendrían su tubo digestivo ensanchado proporcionalmente á los alimentos poco azoados que ingieren, y, por consiguiente, mayor tendencia á escaparse por los orificios del abdomen. Aunque esto no fuese cierto, lo cierto es que la miseria debilita el sistema muscular, disminuye la resistencia de las aponeurosis y la formacion del tejido adiposo. Todavía más, en su triste condicion, la sociedad encomienda al pobre trabajos de fuerza; así es como la clase laboriosa es la que cuenta mayor número de herniados.

Todas las enfermedades del abdomen que dilatan con exceso sus paredes, producen su debilitacion ensanchando sus orificios; así obran las hidropesías, etc.

Las afecciones que determinan un enflaquecimiento rápido, obran de la misma manera, consumiendo la grasa que sirve

para consolidar los intersticios y aumentar el espesor de las paredes.

En este mismo orden de causas de debilidad debemos colocar las edades extremas de la vida; las preñeces repetidas; la conformacion particular del vientre, llamada por Malgaigne *abdomen de triple saliente*, que se observa en todos los individuos que tienen una predisposicion marcada por las hernias inguinales; porque esta conformacion no es más que el efecto de un estado de languidez de las paredes ventrales.

El mecanismo de produccion de estas hernias está caracterizado por el desarrollo lento y progresivo, sin que haya nunca un esfuerzo bien marcado.

Las *hernias de fuerza* son el resultado del aumento de la presion visceral contra las paredes abdominales, que presentan una resistencia poco más ó ménos normal.

Las teorías que se han dado para explicar el mecanismo de produccion de estas hernias, son insuficientes en muchos casos, y todas vienen á ser en último resultado, las causas que concurren en ayuda del factor esfuerzo de las vísceras: tales son la preformacion del saco de Pelletan; el alargamiento del mesenterio de Rust, permitiendo al intestino que descienda en una hernia.

Estas hernias se desarrollan al contrario de las otras, en individuos robustos, de un sistema músculo-aponeurótico bien constituido, y en los que la causa productora se reduce á la presion desproporcionada de las vísceras y la resistencia de las paredes abdominales.

Las hernias de fuerza están, pues, caracterizadas por su aparicion rápida, su crecimiento en un tiempo dado, siempre de corta duracion.

Entre uno y otro de estos dos grandes grupos, es fácil concebir intermediarios, en los que tiene más ó ménos participio ó predominio uno de los dos factores de las hernias.

Cuando hable de las indicaciones de la curacion radical, se

verá la importancia que tienen estos dos factores sobre el resultado operatorio.

La evolucion anatómica de la hernia inguinal, sea cual fuere la causa que le ha dado nacimiento, está íntimamente ligada con los fenómenos evolutivos que se verifican en el canal inguinal; de aquí la division de las hernias inguinales en *congénitas* y *no congénitas*, ú *ordinarias*, segun que persista ó no el conducto peritneo-vaginal.

En la hernia comun, las tres fosetas peritoneales que se encuentran en la pared de la region inguinal en perfecto desarrollo, pueden dar salida á las vísceras; en tal caso la hernia será *oblicua interna*, *mediana* ó *directa* y *oblicua externa*, segun que haya atravesado el intestino la foseta interna, dirigiéndose de adentro hácia afuera, la foseta mediana marchando directamente hácia adelante, la foseta externa, y entónces se dirige oblicuamente de fuera hácia adentro, para ganar en todas el orificio inguinal exterior. De todas estas modalidades de sitio, la más comun, la que podria llamarse normal, es la oblicua externa, en razon de las condiciones anatómicas ya consignadas.

La verdadera importancia que tiene esta clasificacion de las hernias respecto del trayecto que han recorrido, es la relacion que afectan con los órganos que se encuentran en la region, y cuya relacion debe ser bien determinada cuando tiene que intervenir la cirugía; sin embargo, cuando no se ha podido seguir desde el principio su marcha, ó mejor dicho, cuando se tiene á la vista una hernia que ha alcanzado todo su desarrollo, es difícil, si no imposible, darse cuenta de estas relaciones, porque entónces el orificio peritoneal está enfrente del orificio cutáneo, ambos enormemente ensanchados, porque la oblicua interna y la oblicua externa dejan de serlo, para convertirse en directas, cambiando por completo la conducta de la medicina operatoria.

Como quiera que la importancia de esta clase de hernias consiste en sus relaciones anatómicas, y siendo la evolucion la misma, sea cual fuere el orificio peritoneal de salida, voy á

considerar la que más se presenta en la práctica, la oblicua externa, señalando á la vez lo que presentan de particular las otras especies.

Cuatro son los períodos bien marcados en la evolucion de la hernia oblicua externa.

En el primer período, el intestino deprime á nivel de la foseta el peritoneo, y se introduce por el orificio superior, haciendo una ligera saliente la parte más profunda del trayecto inguinal; en este estado se llama *punta de hernia*, que tambien se presenta en la directa y oblicua interna, con la diferencia de que el peritoneo es deprimido en cada foseta al traves de una hendedura del fascia transversalis, ó es rechazado este mismo fascia que, como se dijo, sostiene en estos puntos al peritoneo para introducirse en el canal inguinal, siguiendo la direccion que les corresponde.

Fácil es de apreciar en estas circunstancias las relaciones que contraen cada una de estas especies con el cordón testicular y la arteria epigástrica, pero en este período las hernias rara vez llegan á las manos del cirujano, porque se tiene esperanza en los bragueros, ó porque el paciente no cree aquella pequeña deformidad, que nada le molesta, digna de un recurso tan enérgico.

En el segundo grado, la hernia ha avanzado hasta ponerse en contacto con el anillo inguinal, presta á salir por él; de manera que la masa herniaria está todavía alojada en la cavidad del trayecto inguinal; por eso se le dice *intersticial*, *intrainguinal*, *intraparietal*. Hasta aquí, las relaciones en cada una de las especies de hernia no han cambiado.

Cuando vencen las vísceras la resistencia del anillo inguinal, presentando una salida más ó ménos apreciable entre sus pilares, la hernia ha llegado á su tercer período de evolucion, y se le da el nombre de *bubonocèle* ó de *hernia inguino-pública*.

En este estado suelen permanecer definitivamente las hernias directas; otras veces en lugar de atravesar el anillo inguinal exterior, se escapan por alguno de los intersticios que deja la aponeurosis del gran oblicuo: este anillo accidental

está situado frente del anillo profundo, y corresponde á la mitad del arco crural; el anillo inguinal exterior está libre, el cordon espermático se encontrará adelante ó atras de esta hernia, segun haya salido por abajo ó arriba del anillo inguinal.

Una vez fuera del orificio aponeurótico exterior la hernia, puede descender hasta el teste, habiendo muchas situaciones intermediarias, segun lo indican los nombres de hernia *inguino-escrotal*, *osqueocele*, *funicular*, *testicular*.

Esta es la evolucion que comunmente sigue la hernia inguinal, pero no siempre presenta indefectiblemente estos cuatro tiempos: unas se detienen para siempre en el primero ó segundo período; otras pueden llegar hasta el escroto tan rápidamente, que no hay punto de demarcacion apreciable de cada uno de los períodos, ó que la hernia se ha producido en un solo tiempo.

Antes de llegar la hernia inguinal al período de antigüedad en que todos los trayectos son directos, en que ya no es posible definir si se ha escapado por tal ó cual orificio peritoneal, en que ya están perdidas muchas veces las relaciones normales del cordon testicular y la arteria epigástrica; es preciso determinarlas ántes para los casos de la curacion radical.

El pedículo del tumor herniario está comprendido entre el orificio interior y el exterior; durante este trayecto, sus relaciones varian, segun la foseta que haya franqueado.

En la oblicua externa, la arteria espermática está siempre situada hácia adentro del cuello de la hernia, de que rodea su semicircunferencia infero-interna; el cordon testicular se encuentra hácia abajo y atras, salvo en los casos excepcionales que puede encontrarse hácia arriba y adelante.

En la hernia directa la arteria epigástrica se encuentra colocada hácia afuera del pedículo, miéntras que el cordon queda hácia afuera y atras de él, ménos los casos en que en vez de atravesar el orificio cutáneo, pasa por algun intersticio de la aponeurosis del gran oblicuo de que ya se habló.

El pedículo de la hernia oblicua interna, tiene siempre há-

cia arriba y afuera á la arteria epigástrica y al cordon testicular.

Para terminar con la anatomía de las hernias no congénitas, es necesario señalar las partes que la constituyen; la más importante, la que tendrá que desempeñar en la curacion radical el primer papel, es el *saco herniario* que es una derivacion del peritoneo, que han empujado las vísceras delante de ellas, conteniéndolas como un saco que se continúa con el peritoneo; como esta serosa, participa de sus propiedades anatómicas y de las susceptibilidades morbosas. En los casos muy raros de hernia del ciego ó de la vejiga, suele faltar completa ó incompletamente el saco, debido sin duda á que estos órganos no están cubiertos en toda su superficie por esta serosa.

Su punto más estrecho, por donde corresponde al orificio de la pared abdominal, se llama *cuello*, y como el pedículo de la hernia ha atravesado varios orificios que lo estrechan en diferentes puntos, resultan varios cuellos en una hernia; cuando es antigua, cuando los orificios por la traccion continua de las vísceras se han fundido en uno solo, la hernia tendria un solo cuello correspondiente; pero muy á menudo al aumentar pueden persistir estos cuellos, dando á la masa intestinal la forma de un rosario; segun la observacion VII, muchas veces estos cuellos son la causa del estrangulamiento.

El contenido de la hernia puede ser cualquiera de los órganos contenidos en la cavidad abdominal; pero su contenido habitual es el intestino y el epiplon, ó el epiplon sólo; este órgano desempeña un papel importante en la curacion radical.

Se han encontrado á la vez dos variedades de hernias inguinales: oblicua externa y directa, por ejemplo; pero éstas conservan su independenciam durante cierto período, hasta que llega el momento en que el tabique que las separa desaparece y se funden en una sola hernia.

Las *hernias congénitas* ó *vaginales* no lo son porque existan desde el nacimiento, sino porque se producen en un saco con-

génito, en un saco preformado, debido á la falta de desarrollo del conducto peritoneo-vaginal, es decir, cuando no se ha provocado el proceso en virtud del cual debe desaparecer la comunicacion que existe entre el peritoneo y la vaginal, ó al ménos cuando ha habido un retardo en dicho proceso.

Este vicio evolutivo que hace persistir el conducto peritoneo-vaginal, puede extenderse al testículo y venir á complicar las hernias congénitas de una ectopia testicular.

¿Cómo se producen estos fenómenos? Desarrollado el teste en el abdomen, para ocupar definitivamente el lugar que le está destinado en el fondo de las bolsas, tiene que emigrar del abdomen atravesando las paredes abdominales, en virtud de la accion que ejerce sobre él el *gubernaculum testis*; y como están cubiertos en toda su extension por el peritoneo, lo arrastran consigo para llegar al noveno mes de la vida intrauterina al término de su carrera. En este momento, la cavidad que les contiene se comunica al través del canal inguinal con la cavidad peritoneal; poco tiempo despues, en el término de un año, se establece la cavidad vaginal independiente de la del abdómen, por la obliteracion del conducto peritoneo-vaginal, á nivel del anillo inguinal interior, como ya se dijo.

Esta obliteracion puede faltar ó producirse á diferentes alturas del canal inguinal, dejando siempre un saco preformado por donde se introducen las vísceras, y constituir las hernias congénitas.

Si el teste se ha detenido en cualquiera parte de su trayecto, dejando franca la via á las vísceras por falta de la obliteracion del conducto, viene á constituir una modalidad en el grupo de las hernias congénitas; por eso se dividen en hernias *congénitas simples* y *hernias congénitas con ectopia testicular*.

1º Las hernias congénitas simples pueden producirse en el conducto peritoneo-vaginal ampliamente abierto, y llegar hasta el teste, en cuyo caso llevarán el nombre de *vagino-testiculares*; ó encontrar el conducto obliterado más ó ménos alto, permitiendo á las vísceras descender hasta ponerse en

contacto con el cordón espermático, en cuyo caso se llaman *vagino-funiculares*.

El mecanismo de producción de estas hernias es fácil de comprender: haya ó no aumento de la presión de las vísceras, estas tenderán á salir siempre por el orificio peritoneal del trayecto inguinal convertido en infundíbulo. La condición indispensable para su producción es la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, según que esta persistencia es total ó parcial, variarán las condiciones anatómicas.

Cuando hay una amplia comunicación entre la serosa abdominal y la vaginal, las vísceras van á encontrar un saco herniario ya formado por la serosa peritoneo-vaginal que dilatan á medida de su crecimiento; este saco es de paredes delgadas, y cuando han adquirido gran espesor, es que ha habido sin duda una flegmasía crónica; su cavidad es regularmente lisa; pero suele suceder que se encuentren bridas que sobresalgan, como diafragmas valvulares, ó estrechamientos anulares que constituyen en la hernia cuellos accidentales y múltiples; estos cuellos, que son los vestigios del trabajo que la naturaleza pone para obliterar el conducto peritoneo-vaginal, trabajo que ha permanecido insuficiente, se convierten con frecuencia en agentes de estrangulamiento herniario: tal es el caso de la observación séptima.

En cuanto al contenido de estas hernias, es como el de las ordinarias, y además es común encontrar cierta cantidad de líquido que se puede apreciar como en la hidrocele; las relaciones que afecta este contenido con los órganos genésicos son dignas de tenerse en consideración: el cordón espermático se encuentra hácia atrás de las vísceras herniadas, sus elementos están esparcidos al contorno del conducto peritoneo-vaginal, otras veces se encuentra hácia adelante á consecuencia de una inversión testicular; el testículo se encuentra directamente en contacto con las vísceras colocado hácia abajo, atrás y adentro, en cuya situación la masa herniaria puede cubrirlo por todas partes, contrayendo muchas veces con él fuertes adherencias; no es raro observar en estos casos cierto

grado de atrofia del testículo que seria debida no á la compresion que ejercerian sobre él, como lo quieren algunos, sino á una detencion de desarrollo concomitante á la del conducto peritoneo-vaginal.

Cuando no hay una amplia comunicacion, sino que se ha establecido una obliteracion que separa la porcion de dicho conducto que acompaña al cordon en el trayecto inguinal de la serosa testicular; entónces la hernia, que se llama funicular, está separada del teste por un tabique que limita la cavidad herniaria y la testicular, puede llegar hasta la extremidad superior de este órgano; pero muchas veces se detiene en el trayecto inguinal, en el orificio exterior ó un poco más abajo (observacion sexta). Con esta diferencia, todas las demás condiciones de ser, son análogas á las de la clase anterior.

2º—*Las hernias congénitas con ectopia testicular* son muy variables en sus condiciones anatómicas, segun la situacion que guarda el testículo en el trayecto que tiene que recorrer.

Así cuando la irregularidad de su marcha es poco pronunciada, cuando ha descendido abajo del anillo inguinal exterior y que está detenido en la parte superior del escroto, la hernia ocupa el trayecto inguinal hasta ponerse en contacto con la extremidad superior del teste, que muchas veces puede moverse, sirviendo en cierto modo para contener la hernia.

Cuando se ha detenido en el trayecto inguinal, y que la hernia está contenida por él en la cavidad ventral, suele suceder que al salir la hernia por el anillo cutáneo salga tambien el teste, que no pueda ser reducida sin serlo él, que si por desgracia no puede volver á entrar, se convierta en una causa de estrangulamiento, como se han visto repetidos casos. El testículo puede quedar en el trayecto inguinal, y la hernia, que se ha producido á merced de la serosa que le rodea, puede atravesar todo el trayecto hasta formar una bubonocele; tambien el epidídimo se desprende sólo para franquear el canal inguinal, trayendo consigo el peritoneo, que forma un saco donde se irán á alojar las vísceras.

Además de estos casos de hernia, hay otros en los que desempeña un papel importante la ectopia testicular: tal es la *hernia interparietal* de Dance, ó *inguino-intersticial* de Goyrand, y que describe tan admirablemente Tillaux en su Anatomía Topográfica.

Para este autor “*la condicion anatómica necesaria para la produccion de la hernia inguino-intersticial verdadera, es decir, permanente, es la ausencia ó estrechez extrema del anillo del gran oblicuo del abdómen.*” Esta ausencia ó estrechez del anillo seria la consecuencia de la falta de evolucion testicular, y tendria por resultado la salida de las vísceras al través de un orificio accidental que se formaria en un momento dado en la pared anterior del canal inguinal. Este género de hernias es sumamente grave, como lo muestran los hechos de Tillaux; siempre ha sido revelada por accidentes de estrangulamiento en que la reduccion por el táxis es más bien perjudicial que útil, y la kelotomía es practicada en condiciones nada favorables.

Hay todavía otros géneros de hernias excepcionales que tienen muchos puntos de semejanza con las vaginales, aunque su origen congénito no está bien probado, tal es la *hernia enquistada de la túnica vaginal* de Astley Cooper “en que en la abertura de la túnica vaginal en lugar de encontrar al intestino en contacto con el testículo, se encuentra un segundo saco encerrado en la túnica vaginal y envolviendo los intestinos.” Las hernias que se han producido en un nuevo saco, que pueden llegar hasta el escroto quedando el testículo ectopiado; y otras que no pasan de ser curiosidades anatómicas.

CAPITULO III.

Accidentes y Complicaciones.

Una vez producida una hernia, desalojadas las vísceras, no tienen tendencia á entrar por sí mismas; al contrario, su evolucion es gradual y progresiva: su volúmen aumenta sin cesar, cuando se le abandona á sí misma, y acaba por hacerse incoercible, por perder su *derecho de domicilio*, convirtiéndose en una deformidad, en una molestia más bien que en una enfermedad; esta es su marcha regular, ó mejor dicho, la manera de terminar el individuo con la hernia, cuando la hernia no ha terminado con el individuo.

Pero la hernia inguinal puede ser desde el más inocente hasta el más maligno estado patológico; desde la lesion más insignificante y transitoria, hasta el peligro más inminente y terrible de muerte, segun las condiciones en que se ha producido.

Así las hernias inguinales congénitas de los niños *curan espontáneamente*, aun sin ser contenidas: en tal condicion, el tumor sale más y más rara vez, ménos y ménos voluminoso, y acaba por no volver á salir. Esta feliz terminacion es debida á que, si el canal peritoneo-vaginal ha quedado abierto un poco tarde para dar salida á la hernia, ha venido por fin el trabajo evolutivo, que consiste en el estrechamiento gradual

de los anillos, y la obliteracion definitiva y normal del conducto á nivel del anillo interior.

Las hernias accidentales de esta misma edad suelen tambien curar espontáneamente, aunque con menor frecuencia, cuando al trabajo de reparacion y pleno desarrollo propio de esta edad, se unen los medios de una buena contencion perseverante y prolongada.

Fuera de estos casos, la curacion espontánea de las hernias en el adulto no existe, aun cuando haya sido contenida; por más que se hayan referido casos de curacion espontánea debida á circunstancias anatómicas muy particulares.

Las dos modalidades que dominan la historia clínica de una hernia en el adulto, son su *reductibilidad* ó su *irreductibilidad*, que constituye uno de los primeros fenómenos que se observan todas las veces que una hernia va á ser el sitio de una complicacion.

Desde el punto de vista que nos ocupa, el estudio de estas modalidades clínicas, consideradas en todas sus condiciones, va á ser el fundamento sobre el cual descansarán las indicaciones ó contra-indicaciones de la intervencion quirúrgica, despues de haber estudiado tambien las condiciones de esta intervencion.

I

La hernia *reductible* está caracterizada por su benignidad debida á la ausencia de accidentes de estrangulacion. Esta condicion es fácil de suponer, desde que el cuello herniario es suficientemente amplio para dar libre entrada y salida á las vísceras.

Gosselin divide en cuatro clases los caractéres clínicos que presentan las hernias reductibles:

“1^a La hernia no se presenta al exterior sino rara vez; no sale cuando el enfermo está acostado, y aun cuando tose; no sale sino despues de cierto tiempo, cuando está de pié; puede no presentarse sino bajo la influencia de esfuerzos muy con-

siderables de la estacion ó la posicion genu-pectoral. Estas hernias pertenecen en lo general á los individuos de la clase acomodada, que no se entregan á ninguna especie de trabajo penoso y cuya hernia es habitualmente contenida por un buen braguero.

2ª. Otras hernias entran fácilmente y quedan reducidas en el decúbito; pero salen desde que el enfermo se levanta, sobre todo si hace un esfuerzo aun muy moderado. Este grado implica ya una dilatacion más considerable de los anillos.

3ª. La hernia entra y queda reducida en el decúbito dorsal, pero en esta postura sale cuando el enfermo hace esfuerzo.

4ª. Por último, en un cuarto grado, la hernia está continuamente afuera. Entra fácilmente, pero sale al punto, aun en la cama ó aun cuando el enfermo no haga ningun esfuerzo. Se escapa igualmente bajo de la pelota del braguero cuando el enfermo está en pié.”

Estos cuatro grados de reductibilidad de las hernias con relacion á sus dimensiones, muestran lo que podrá alcanzarse de su contencion con los bragueros, cuando queda indefinidamente en el estado de hernia reductible, siendo la aplicacion del braguero de precepto ántes de cualquiera intervencion quirúrgica.

¿Cual es la situacion del individuo que porta un braguero? Es muy variable, como que depende de muchas circunstancias relativas á la hernia, al individuo y al instrumento.

Supónganse reunidas las mejores condiciones de estos factores para el resultado de la contencion: una hernia de la primera clase de Gosselin, una hernia pequeña que sale poco, que no molesta, sin que haya ningun estado anormal de la region herniaria, en un adulto que por su posibilidad no tiene necesidad del trabajo corporal, sino que al contrario puede gozar de todas las comodidades de la vida; pero que, preocupado de su hernia, recurre á la manera más sencilla é inocente de curarla, al braguero que una mano hábil ha sabido adaptar y llenar satisfactoriamente la indicacion de contenerla reducida.

¿Este individuo está á salvo para siempre de cualquier peligro? ¿Si es sabedor de la naturaleza de su enfermedad, puede estar con el ánimo tranquilo, y vivir despreocupado?

De hecho, nadie aseguraria á este enfermo que su hernia quedaria definitivamente *in statu quo*; las eventualidades de una hernia *aun en las mejores condiciones* son innumerables; la prueba está en que la mayor parte de las hernias han principiado por ser pequeñas y perfectamente contenidas, y han acabado por ser grandes, incoercibles y convertirse en un inminente peligro de muerte. Esta es la historia clínica de las observaciones que dejo consignadas al fin.

Sin embargo, considerada del lado bueno la situacion de este caso clínico, vemos que estos casos son muy raros y de ménos importancia, porque las mismas condiciones sociales que hacen raras las hernias en la clase acomodada, las hacen tambien más llevaderas alejándolas del peligro por una contencion llena de cuidados, y la privacion del trabajo corporal; pero por desgracia es muy diferente la situacion de la clase laboriosa, en la cual la necesidad del trabajo obra en contra de la buena contencion; como dijo Bornet hace mucho tiempo: "Les classes laborieuses et peu aisées ne trouvent souvent dans l'application de bandages qu'une ressource précaire et insuffisante qui n'est propre qu' à leur inspirer une sécurité dangereuse, et qui trop souvent provoque directement les accidents qu' elle est appelée à prévenir."

En los otros grados de reductibilidad, estos inconvenientes de su contencion aumentan, y sobrevienen otros de no ménos importancia.

Desde luego estos grados, que corresponden poco más ó ménos á las denominaciones de hernias *pequeñas, medianas y grandes*, van en razon inversa de su grado de coercibilidad hasta llegar á la irreductibilidad; pero ántes de pasar á esta clase, es necesario tener en cuenta sus diversas modalidades clínicas: ¿No hay una diferencia capital entre la reductibilidad de una hernia comun y la de una hernia congénita complicada de ectopia testicular?

Si es cierto que algunas hernias son indolentes, á tal grado de pasar muchas veces desapercibidas cuando son pequeñas, hay otras en cambio que se manifiestan desde el principio con una sensibilidad extraordinaria, acompañándose de dolores que parecen ocupar las capas tegumentarias y se irradian, como las nevralgías, á toda la region inguinal ó lombar; en este caso la aplicacion del braguero es insoportable, y se está obligado á abandonar lo hernia á sí misma.

Hay otros casos en que si la hernia no es dolorosa por sí misma, la menor presion de la pelota del braguero despier-ta dolores insufribles.

La misma reductibilidad que hace entrar y salir la masa intestinal en el saco herniario, cuando hay una verdadera lucha para contenerla, es la causa de cólicos más ó ménos violentos, ya sordos, ya bajo la sensacion de atirantamientos; lucha á menudo infructuosa, significando tan sólo que la hernia va ganando terreno para llegar á ser una gran hernia, á falta de otro incidente, y provocar perturbaciones tales como la dificultad de la marcha, dolores constantes y hasta la impotencia.

La contencion de las pequeñas y medianas hernias cuando ha permanecido largo tiempo, suele convertirse en una amenaza, porque si estas hernias salen accidentalmente son atacadas con preferencia de estrangulamiento de marcha rápida y fatal.

Entre las dos grandes clases, hay una muy frecuente en la práctica que se podrá llamar intermediaria, y que participa de las ventajas ó peligros de las otras: tales son las hernias que se reducen fácilmente, dejando una parte abandonada en el saco que es generalmente el epiplon, que está adherido al saco y forma una cuerda tensa que se extiende desde el pedículo de la hernia hácia la cavidad ventral, á la cual Velpeau ha llamado *cuerda epiploica*, y que se confunde fácilmente con el lipoma *herniario*. Está por demás decir que estas hernias no son tratables por el braguero, pues en este caso seria perjudicial.

En comprobacion de que las hernias reductibles, á pesar de los medios actuales para pretender una contencion perfecta, serán siempre un peligro de muerte por las eventualidades á que están expuestas; citarémos las estadísticas de Malgaigne donde encontramos que la poblacion de los herniados desaparece cuatro veces más pronto que la poblacion ordinaria, que despues de 75 años mueren siete veces más viejos herniados que otros.

Examinemos las conclusiones que nos presentan los partidarios de los bragueros y vendajes:

1ª Los bragueros pueden curar radicalmente las hernias en ciertas condiciones determinadas.

2ª En gran número de casos, el braguero no es más que paliativo: pero puede decirse que una hernia bien contenida es una hernia curada.

3ª En los casos de hernia incoercible ó irreductible los vendajes y diversos medios de sosten ó proteccion de que disponemos, dan tambien buenos resultados oponiéndose á su crecimiento é inconvenientes de éste.

¿En vista de estas conclusiones, se puede defender la idea de que el tratamiento paliativo de las hernias es el único que deba ponerse en práctica en la gran mayoría de los casos?

Las condiciones á que se refiere la primera conclusion, ya las hemos determinado: las hernias congénitas de la niñez en las que el braguero no va á desempeñar sino un papel auxiliar para la curacion radical, que es debida más bien á los esfuerzos del desarrollo que tiende á reparar lo que debiera haber sucedido ántes; á estas mismas causas es debida la curacion radical que se observa más rara vez en las hernias accidentales de esta misma edad.

Respecto á la segunda, si se puede considerar una hernia curada porque está bien contenida, estos casos son muy raros y peculiares á ciertos enfermos; pero no de los que más acuden al médico, en los cuales dicha contencion es muy difícil, ora por el trabajo de fuerza que desempeñan, ora por ignorancia ó negligencia, el hecho existe.

Desde el momento en que una hernia permanece en su saco por incoercibilidad ó irreductibilidad, el braguero es difícil, ineficaz y aun imposible; cuidar una hernia de que no aumente por medio de un vendaje, es quimérico; en este caso la hernia seguirá la suerte que le corresponda, como si estuviera abandonada á sí misma.

Si hemos insistido sobre el tratamiento paliativo, ha sido por varias razones: porque está tan íntimamente ligado con la historia de las hernias reductibles, que ha servido, como en la clasificación de Gosselin, para determinar sus caracteres clínicos; porque ya formado nuestro juicio desde ahora sobre sus indicaciones, no tendremos que discutir más tarde, cuando hablemos en general de las indicaciones de la curación radical, según los procedimientos que proponemos en este género de hernias; porque es tan general el uso del braguero entre nosotros, que parecería injusto no hacer mención de él, cuando se trata de medios curativos que, si no suprimirán su uso, sí restringirán sus aplicaciones.

II

Las hernias que hasta ahora hemos considerado, son aquellas cuya constitución es la más sencilla, cuyo modo de ser, debido á una causa dinámica, hasta aquí ha marchado de acuerdo con dicha causa: si una fuerza ha impulsado las vísceras de su cavidad normal á otra accidental al través de un canal ú orificio; otra fuerza equivalente tendrá que lanzarlas de igual manera, cuando sea aplicada, de la cavidad accidental ó la primitiva: este es el fenómeno de la reductibilidad de las hernias.

Así es que, desde el momento en que una hernia pierde esta cualidad, es que ha concurrido una nueva causa que ha producido este cambio, una complicación de que la irreductibilidad constituye uno de los primeros fenómenos.

Como este fenómeno puede ser el signo de una complica-

cion que puede variar desde la simple irreductibilidad hasta la irreductibilidad del estrangulamiento herniario; es preciso determinar las condiciones de su producción, que pueden dividirse en tres categorías graduales: *irreductibilidad simple*, *seudo-estrangulamiento* y *estrangulamiento verdadero*.

1º Cuando una hernia ha perdido la facultad de ceder á los esfuerzos de reducción, sin que se desarrolle ningun accidente, se dice que es simplemente irreductible, pero este estado puede favorecer otros desórdenes.

En esta categoría están comprendidas las hernias, que por su volúmen enorme han hecho su habitacion definitiva en el saco, que se ha convertido en un divertículo de la cavidad ventral donde está alojada una gran masa visceral, que si por un punto se reduce, por otro se reproduce.

Las hernias que han adquirido adherencias con el saco por un trabajo de flegmasía crónica, pasando muchas veces desapercibido para el enfermo; comunmente el epiplon es el sitio de estas adherencias, y muy rara vez el intestino, lo que hace que estas hernias sean parcial ó totalmente irreductibles.

Además de las perturbaciones inherentes á este estado: dolores continuos que se aumentan por la marcha, siempre muy difícil, el cortejo sintemático de la flogosis crónica del epiplon etc.; pueden desarrollarse accidentes que amenacen la existencia.

2º En el seudo-estrangulamiento, la irreductibilidad es debida al *atascamiento*, á la *inflamacion herniaria* y á la *oclusion intestinal*; causas que dan lugar á los fenómenos clínicos del estrangulamiento.

En el atascamiento herniario, el obstáculo al curso de las materias fecales no está acompañado de la constricción característica del estrangulamiento; pero es tan difícil separar uno de otro estado, que no se puede decir muchas veces, si uno ha sido la causa ó la consecuencia del otro, á tal grado que Brasdor afirmaba que el atascamiento herniario es una *abstraccion teórica*, una *suposicion*.

La peritonitis herniaria se manifiesta por síntomas más ó

ménos alarmantes, segun la extension de la inflamacion, presentando los caractéres de un flegmon del saco y simulando el estrangulamiento; otras veces marcha más lentamente y se termina por la formacion de nuevas adherencias.

En las hernias antiguas de cuello amplio, la peritonitis herniaria tiene síntomas locales bien determinados, entre los cuales es notable su reduccion parcial; el enfermo tiene vómitos, no hay constipacion y el estado general no es tan grave.

Sin embargo, muchas veces el estrangulamiento presenta esta fisonomía sintomático, de lo cual es necesario estar bien advertido.

La oclusion intestinal en las hernias, aunque muy rara, se presenta sin que haya una estrangulacion verdadera del cuello del saco. Sus causas son las mismas que las de la oclusion ordinaria: un movimiento de torsion en el momento de caer el intestino al saco; la formacion de bridas en su interior; la perforacion del epiplon herniado por donde se introduce el intestino, etc.

3º El estrangulamiento es la complicacion suprema, el accidente más terrible de toda hernia; abandonado á sí misma, se termina por la muerte; la intervencion, cualquiera que sea el resultado, es pues de primera necesidad.

La hernia estrangulada reclama la kelotomía.

La kelotomía, último rayo de esperanza, es, como todas las operaciones de última hora, una operacion llena de eventualidades, hasta el punto de ser inútil, y muchas veces por falta de apreciacion, un factor más para producir la terminacion fatal.

La gran mision de la curacion radical, es alejar este extremo peligro, en que su aplicacion iria á desempeñar un papel secundario, cuando precisamente su objeto es prevenirlo.

Hay, pues, una diferencia capital entre la curacion radical que se practica en una hernia estrangulada, y la que se practica en una hernia no estrangulada.

La primera, es despues del estrago; la segunda, ántes del

estrago. En el primer caso se recurre á ella con arrepentimiento, y perdidas las esperanzas; en el segundo caso se recurre á ella con conviccion y en vista de un porvenir lisonjero.

Como mi propósito ha sido dar algunos pormenores sobre los procedimientos de la curacion radical aplicada á la operacion de las hernias estranguladas; no quiero detenerme por ahora sobre este punto, que más tarde tendrémos que considerar del lado que corresponde al objeto de este trabajo.

Para terminar este capítulo, y en interes de las indicaciones, es necesario recordar las variedades clínicas del extrangulamiento, siquiera para los casos felices en que, puede decirse, la kelotomía y la curacion radical casi se sustituyen.

En el *extrangulamiento agudo*, esta sustitucion es imposible; porque entónces la marcha es tan rápida que, en el espacio de treinta y seis horas ó ménos, las partes constituyentes de la hernia están afectadas á tal grado que toda reparacion es imposible.

Es más favorable la forma del *extrangulamiento crónico* y del *espasmódico* de Richter ó de *marcha remitente* de Follin, en que despues de la manifestacion de algunos síntomas funcionales y generales de poca importancia, no sobrevienen los síntomas característicos del extrangulamiento, sino despues de cuatro ó cinco dias; al principio de cuyo período la curacion radical puede llenar todas las indicaciones.

Hay una forma conocida con el nombre de *cólera herniario*, que presenta el cuadro sintomático del cólera; esta forma revela una constriccion excesiva del intestino, en que es de temerse en poco tiempo su perforacion ó gangrena.

CAPITULO IV.

Peligros y eficacia de la curacion radical.

Despues de haber considerado los inconvenientes de las hernias en los límites á que debe reducirse este trabajo; despues de haber examinado los peligros á que está expuesta la vida de los herniados; examinemos el valor de los procedimientos operatorios modernos de la curacion radical, examinemos si los inconvenientes de esta intervencion son superiores á los inconvenientes actuales ó ulteriores de la abstinencia, si el beneficio que pueden suministrar es digno de aceptarse, si su eficacia es tal que merezcan el nombre de que están decoradas estas operaciones, para que veamos de cuál lado se inclina la balanza.

Desde luego dirémos que los procedimientos que vamos á proponer, pertenecen al órden de las operaciones directas con incision amplia de los tegumentos, y por lo mismo completos, es decir, que se aplican á todas las hernias cualquiera que sea su categoría.

Su inocencia está fundada en la antisepcia.

Su eficacia en las reglas más perfectas de la técnica.

Oigamos las objeciones de los detractores de la curacion radical: los procedimientos modernos para curar radicalmente las hernias son peligrosos y muchas veces insuficientes.

A estas objeciones podemos contestar con las piezas en la mano, que aunque no son en número suficiente para fundar una estadística, tienen el valor necesario para emitir un juicio sobre la importancia de estas objeciones. Nuestras observaciones no sólo muestran que no hay peligro de muerte, sino que están exentas de otros accidentes siempre temibles.

La curacion radical consiste en la supresion de la cavidad del saco, y la obliteracion del trayecto para soportar el impulso de las vísceras; para llegar al resultado perfecto se requieren ciertas condiciones que dependen del lugar, del material, de los ayudantes, y de una multitud de detalles que hacen de esta operacion una operacion delicada, llena de dificultades, que no puede estar al alcance de todo el mundo; pero que esta razon no es un motivo para proscribirla, pues que la falta de uno de estos detalles puede convertirla en una calamidad.

¿Cuáles son los peligros de la curacion radical?

Son todos los que dimanen de la operacion practicada fuera de la cirugía antiséptica, agravados por las susceptibilidades de los órganos interesados, ó lo que es peor, de una antiseptia imperfecta. El recuerdo de estos peligros, *antes de la asepsia*, obra todavía sobre las determinaciones del enfermo y del cirujano; hoy, si existen tales peligros, son debidos á la mala aplicacion de la antiseptia, ó mejor dicho, á la septicidad misma; porque una asepsia que no es completa no es asepsia; ó es todo ó es nada.

Los creyentes de la antiseptia, segun la espiritual expresion de Pozzi, prefieren el pagano al hereje, y están convencidos de que es mejor no hacer una curacion (antiséptica) que hacerla á medias.

La curacion radical pertenece á las operaciones que no permiten ninguna tolerancia; es una operacion que de benigna, cuando es aséptica, puede tornarse en un fracaso, cuando no lo es; al abrir el peritoneo no debe haber supuracion, este accidente es la vida misma. No sucede lo que en muchas operaciones en que, si sobreviene una poca de supuracion,

será causa de un sufrimiento más para el paciente, pero no tendrá una trascendencia capital, y el enfermo curará al fin; el resultado, bien ó mal practicada la antisepsia, será poco más ó ménos el mismo.

En la curacion radical, el resultado es la misma asepticidad; se puede decir, como en otras muchas cosas, que la falta de los pequeños detalles destruye las grandes fortalezas.

Cuando Lucas-Championnière, ante el congreso de cirugía, trataba de los cuidados nimios de la antisepsia en la curacion radical, dijo con insistencia: "Tous ces considerations ne sont que pour le chirurgien ferme dans la doctrine et dans la pratique, et même pour celui-ci si le materiel était suspect, il devrait s'abstenir."

Sin embargo, seria una pretension decir que la curacion radical no tiene peligros, pues aun la más insignificante los tiene.

Los fracasos que se han atribuido á los procedimientos modernos se pueden ver en la estadística de Segond sobre 219 casos.

Sobre estos 219 operados ha habido 20 muertes.

De estas 20 muertes hay que deducir 5 que no son manifestamente debidas á la operacion, sino á causas tales como el cáncer del hígado, tuberculosis pulmonar ó peritoneal, afecciones del corazon, etc.

Sobre las 15 muertes restantes, *la causa de la muerte* se reparte de la manera siguiente: peritonitis, cinco veces; septicemia, dos veces; flegmon de las bolsas, tres veces; embolia pulmonar, una vez; choque quirúrgico, (?) una vez; perforacion intestinal, una vez; hemorragia interna por el pedículo epiploico, una vez; hemorragia á los diez dias por los vasos del cordon, una vez.

Esta estadística, como otras, adolece de un defecto radical, al pertenecer á muchos cirujanos que han operado en diversas circunstancias.

Como se vé, la peritonitis es relativamente rara. ¿Por qué no se mostró en la inmensa mayoría de las otras operacio-

nes? Es claro que en estos cinco casos ha habido alguna falta de asepsia, que la responsabilidad por lo mismo no toca á la operacion. Nada dirémos de la septicemia que puede presentarse en cualquiera operacion, y que es la negacion más categórica de los métodos modernos.

Esto mismo podemos decir del flegmon escrotal, cuya causa directa es casi siempre la supuracion y los derrames purulentos.

Las otras causas pueden clasificarse entre las faltas del manual operatorio y de los accidentes imprevistos.

Además de las terminaciones mortales hay otras complicaciones y accidentes operatorios, que han influido sobre la curacion radical: la herida ó seccion de los elementos del cordón espermático, que puede comprometer la vitalidad del teste y producir hemorragias más ó ménos rebeldes; la ligadura del canal deferente; la ligadura involuntaria de alguna de las vísceras herniadas, etc. Las otras complicaciones son la supuracion de la herida, los flegmones, los absesos, las gangrenas del escroto y del testículo. ¿Estos accidentes y complicaciones pueden atribuirse á los procedimientos de la curacion radical? ¿No son más bien la manifestacion de la mala aplicacion de los procedimientos? ¿Podemos decir que la curacion radical es peligrosa porque se ha interesado el cordón involuntariamente, porque ha sobrevenido una supuracion en la herida?

Se ha invocado también como causa de peligros el traumatismo considerable, el despegamiento de un saco importante, la dificultad que estas mismas superficies cruentas tendrían en conservar una antisepsia rigurosa por su cercanía con los orificios evacuadores, verdaderas fuentes de contaminacion. Al cirujano toca disponer estas heridas para evitar estos inconvenientes, y satisfacer las indicaciones del momento, conforme á las reglas de la sana cirugía; y no querer sujetar todos los casos clínicos, aunque de la misma especie, á una sola regla de conducta, porque cada uno de ellos es una individualidad distinta.

Hay todavía una razon más grave que oponen los adversarios: la ineficacia de la curacion radical; los resultados de las operaciones modernas son tan aleatorios como los de los antiguos; en gran número de operados la hernia se ha reproducido, y por último, dicen, un herniado radicalmente curado no debería tener necesidad de portar braguero.

Examinemos el valor de estas objeciones:

Las piezas anatómo-patológicas de los operados de hernia, aunque en pequeño número, muestran desde luego que las pretensiones de la curacion radical son legítimas, por el trabajo de reparacion, por las modificaciones que la fisiología patológica ha traído á las partes operadas. En las autopsias de Schede, Riesel, Czerny, etc., practicadas poco tiempo despues de la operacion, se ha encontrado en una de ellas el peritoneo hundido en el canal crural, pero dicho canal estaba cerrado por un tejido denso; en otra, la parte central del cuello es libre sobre una longitud de tres á cuatro centímetros y deja pasar la extremidad del dedo pequeño, el canal está ocupado por una masa cicatricial que excede un poco hácia arriba á los pilares; en otra habia una obliteracion completa y sin hundimiento de peritoneo en el canal; en la de Czerny "el peritoneo estaba tenso, formando pliegues radiados á nivel del orificio profundo del canal inguinal;" y así de algunas otras en que siempre se ha encontrado un trabajo de reparacion, es decir, una modificacion del canal herniario de manera que pueda resistir al empuje de las vísceras.

La lectura de las seis primeras observaciones que dejo detalladas, muestra tambien que la reintegracion de las vísceras y su mantenimiento definitivo en su cavidad, es un hecho; no obstante la falta de antigüedad que seria de desearse, son tan comprobantes que lo que se podría creer, pues en los casos de reproduccion, esta no se deja esperar mucho; para los mejores operadores, las señales de la reincidencia son muy marcadas á los tres meses.

Hemos establecido que hay hechos innegables de curacion espontánea con sólo la aplicacion del braguero, cuando las

funciones de desarrollo van á reparar un vicio de conformacion del canal; ¿por qué no admitir la curabilidad de las hernias por una operacion que tiende á corregir un vicio semejante?

Si hay hechos de curacion radical con un resultado definitivo bien comprobado ¿á qué serian debidos los malos resultados? A que esta operacion, como otras muchas, tiene que llenar gran número de indicaciones, indicaciones que es difícil apreciar, porque las condiciones que las constituyen son muy variables, porque puede encontrarse á veces tal número de ellas, que unas aspiren en favor de ella y otras en contra, presentando un caso clínico en que la determinacion del médico es difícil, en que por atender á la indicacion más urgente, desatiende á una contra-indicacion que vendrá más tarde á obrar en contra del resultado.

Estas situaciones dudosas y de una resolucion difícil, son las que al talento médico toca esclarecer, para entresacar del conjunto de circunstancias operatorias la indicacion precisa, y preveer el resultado verdadero.

Si la operacion que nos ocupa se ha mostrado insuficiente en muchos casos, ha sido porque se la ha violentado; porque se ha querido alcanzar de ella más de lo que puede dar.

Entre nuestras mismas operaciones, el caso cuarto del cuadro viene en comprobacion de lo que acabo de decir. Por un lado la hernia enorme que habia salido intempestivamente, que impedia por su peso y su volúmen la marcha, que se habia hecho irreductible y muy dolorosa en un obrero que tenia necesidad de su trabajo para ganar la vida, y que aquella hernia era un gran obstáculo, á tal grado de recurrir á una operacion, que le salvara de aquella amenaza para su vida y de aquel estorbo para el trabajo; por otro lado, hay condiciones en contra del resultado, como la edad de sesenta años de este enfermo, el debilitamiento general del sistema músculo-aponeurótico, la dilatacion tan considerable del orificio herniario; ¿qué hacer en tal caso? Todo estaba previsto, la reparacion cicatricial era muy difícil que pudiera ser suficiente

para sostener aquella masa herniada que, despues de reducida, tendría que estar haciendo un empuje constante sobre dicha cicatriz; sin embargo, ¿cuál fué el resultado? Aquella enorme hernia se tornó despues de la operacion, que no tuvo accidente notable, en una hernia pequeña, reductible y fácilmente contenible por un braguero.

¿En vista de estos antecedentes, se puede concluir por este resultado que la curacion radical es ineficaz? ¿Si no se ha logrado borrar para siempre aquella deformidad estorbosa y llena de peligros, sino que se ha trasformado en una pequeña, sin molestias, que se puede disimular; deberá decirse que dicha operacion no hizo ningun beneficio?

Los mismos enemigos admiten que las operaciones practicadas en las hernias irreductibles, han dado como resultado constante su coercibilidad; que esta es la verdadera utilidad, que excepcionalmente producen la curacion que merece dicho nombre, pero que triunfan de la incoercibilidad ó de la irreductibilidad de las hernias, permitiendo su buena contencion.

El fundamento de esta conclusion es la estadística que se ha formado de las observaciones antiguas y recientes, tomadas de diferentes operadores que han empleado diferentes procedimientos, que han operado en distintas condiciones, y sobre todo, que la mayor parte de estas observaciones no están consignadas con los detalles indispensables y precisos, para poderlas sujetar á una crítica del todo irreprochable.

Cuán distintas son en este sentido las observaciones de Lucas-Championnière: diez casos de curacion radical practicada por un mismo operador, por un solo procedimiento, rodeado de todos los recursos de la antisepcia, han dado nueve éxitos completos y un resultado que, aunque no fué radical, mejoró notablemente las condiciones del enfermo.

Nuestras observaciones, aunque no son de una misma mano, son de una misma escuela; algunas tienen el tiempo suficiente para juzgar de su resultado definitivo, la mayor parte de algunos meses; las seis que he detallado, siendo de un

solo operador, permiten afirmar el valor de este resultado, porque todas presentan los mismos caracteres: una pared firme, una cicatriz poderosa y dura adelante de esta pared; el impulso intestinal ejerciéndose precisamente arriba de esta cicatriz. En estos casos, cuanto más tiempo trascurre, más la situación se compone.

Estas observaciones nos demuestran que no sólo no son peligrosas las operaciones de la curación radical, sino que son eficaces, ó cuando ménos útiles; siempre que se les practique segun las reglas de la cirugía antiséptica, los preceptos racionales y bien experimentados de la medicina operatoria, y las indicaciones de la clínica.

CAPITULO V.

Indicaciones.

Esta es una cuestion capital, un factor que tiene una gran influencia sobre el resultado operatorio; ¿deben operarse todas las hernias, ó sólo hay casos propios para la operacion? Determinemos estos casos segun las enseñanzas de la cirugía verdaderamente clínica, que nos marca la juiciosa apreciacion de las indicaciones y de las contra-indicaciones; porque, como dice Tilanus, no es suficiente para una operacion de este género ser “cirujano aséptico, con buena cabeza y valiente mano,” sino que sepa determinar las condiciones que legitimen la intervencion.

Desde luego quedarán excluidos los casos que corresponden á la clase de las *hernias de debilidad*: los viejos, los individuos de un sistema músculo-oponeurótico notoriamente debilitado, los caquéticos cancerosos, diabéticos, albuminúricos, tuberculosos avanzados, los individuos que tienen una verdadera predisposicion á las hernias, en los que se encuentran dos, tres ó más; todos estos casos no merecen la intervencion quirúrgica, salvo las circunstancias en que se presente una indicacion más urgente.

Las hernias congénitas ó accidentales de los niños que pueden mantenerse reducidas por el braguero, este será el mejor medio de curarlas; porque, como ya se dijo, la buena aplicacion

del braguero en estas condiciones puede producir la curacion espontánea.

Las hernias reductibles y coercibles en ciertas condiciones sociales, y cuando su contencion es tal, que no ofrezca ninguna especie de peligro y que puedan considerarse como curadas; deben ser respetadas por la intervencion quirúrgica.

Hernias incoercibles.—Cuando se han agotado todos los recursos para poder contener una hernia, cuando por el volúmen excesivo de la hernia, por las dimensiones considerables del orificio, por una cantidad de líquido ó de epiplon, la hernia no puede ser contenida, la operacion quirúrgica está indicada.

En estos casos suele suceder que el epiplon haya adquirido adherencias al derredor del anillo, haciendo creer que es perfectamente reductible y resiste á los bragueros; en tal caso, parece que el saco queda vacío cuando se reduce la hernia; si se coloca el braguero, se reproduce luego. Es fácil apreciar el peligro que tiene este género de incoercibilidad, y difícil reconocer esta condicion que se ha encontrado muchas veces en la kelotomía de individuos que aseguraban que su hernia se reducía con suma facilidad. Es incontestable que en muchos de estos casos los inconvenientes de la operacion son inferiores á los de la abstinencia.

Hernias irreductibles.—La irreductibilidad simple de una hernia es su primera complicacion, constituye un estado particular penoso, y un peligro permanente. Si es cierto que se encuentran individuos que hayan sobrevivido indefinidamente con este género de hernias, no es ménos cierto que están constantemente expuestos á accidentes. Desde luego se ha querido recurrir á los bragueros de pelota cóncava en individuos cuya situacion social les dispensa de una vida activa, y sobre todo, de trabajos penosos; pero en todas las épocas se han encontrado dificultades insuperables para conseguir un alivio de estas hernias por medio del braguero, que es un verdadero enemigo que va á aumentar las probabilidades de accidentes.

Hemos dicho tambien que una hernia irreductible es casi siempre el sitio de dolores que consisten en atirantamientos, cólicos é impotencia muscular; además, puede desarrollarse en ella esa serie de complicaciones que, á pesar de su distincion clásica, es difícil de separar en un momento dado: la inflamacion herniaria, el atascamiento, la obstruccion intestinal y el estrangulamiento; todos estos inconvenientes son de mucho mayor peso que las eventualidades de la operacion, y estamos autorizados para tomar el bisturí. P. Reclus lo ha dicho (*Gazette hebdomadaire* du 24 Février de 1882): “des individus de tout sexe et de tout âge, pour des hernies de toute espèce que le bandage n'avait pu guérir et même contenir, ont été débarrassés de cette infirmité par une operation peu grave qui, dans la statique que nous citons, n'a jamais causé la mort. Il ne faut donc pas la proscrire *a priori*, mais chercher à établir prudemment quelles en son les indications.”

Hernia congénita con ectopia testicular.—Este género de hernias tiene indicaciones particulares; por un lado el teste mismo es un obstáculo á la contencion en cualquiera edad, por los dolores que despierta la presion de la pelota, además, esta misma contencion está contraindicada en el niño, en tanto que hay razon para admitir que la emigracion del teste no se ha terminado; por otro lado, esta especie de hernias son á menudo muy dolorosas, son casi siempre irreductibles ó incoercibles, el testículo está comprometido en sus funciones, y por último, su situacion anormal es la causa frecuente del estrangulamiento tanto testicular como intestinal. Todos estos inconvenientes tienen la suficiente fuerza para resolvernos á apelar á la curacion radical unida con la castracion, que salva al herniado de un peligro inminente sin perjuicio alguno, pues segun los trabajos de Godard, aceptados por todos, el testículo en ectopia no tiene ningun valor sexual.

Hernias dolorosas.—Hay casos en que esta indicacion se presenta aislada, en que tiene valor por sí misma y en que toda la responsabilidad operatoria le corresponde; en estos casos,

aunque raros, la contencion es imposible, la menor presion es insoportable, y la hernia por su propio peso y volúmen despierta dolores de espontánea apariencia, que serian debidos, segun unos, á una neuralgía de los nervios del cordon, ó á varicoceles concomitantes. En último resultado, estas hernias se convierten en incoercibles á fuerza de ser dolorosas con los inconvenientes de esta especie, y además, el dolor más ó ménos intolerable. Tal estado de cosas no puede ser corregido sino por los medios quirúrgicos.

Hernias atacadas de pseudo-estrangulamiento.—Los diferentes estados que determinan el pseudo-estrangulamiento reclaman imperiosamente la curacion radical; el cirujano que en estas condiciones recurre á los baños, á la morfina, etc., con el fin de volver á su cavidad la hernia, reservándose en caso contrario y extremo á operar; pierde un tiempo precioso, y de ninguna manera justifica su conducta dejando á la casualidad el resultado de la operacion; porque si logra conjurar el peligro por estos medios indirectos, el individuo quedará salvado por el momento, pero siempre predispuesto á la reinsidencia en que ya quizás no habrá la misma oportunidad, en que este accidente no cederá á dichos medios, y en que el paciente tendrá que estar siempre á la expectativa; si no ha logrado conjurar el peligro y reserva la operacion para el último momento, este momento es muy difícil de apreciar, de encontrarlo con oportunidad para poder contar con el saco y el intestino sanos.

Condiciones sociales.—Desde luego hay que tener en cuenta las profesiones y oficios en que la marcha, la permanencia en pié, el esfuerzo muscular son incompatibles con la existencia de una hernia aun satisfactoriamente contenida; pues que además de ser un suplicio tal situacion, puede convertirse de un momento á otro en un peligro, al ser solicitada constantemente la hernia por el esfuerzo.

Hay razones de un órden puramente moral en que el paciente se ve obligado á recurrir á la operacion. Una de nuestras operaciones fué determinada en gran manera por las di-

ficultades y muchas veces la imposibilidad de cumplir con la vida conyugal.

En otro enfermo la curacion radical fué solicitada por no portar braguero, porque no era de su agrado traer una lesion que más tarde podría agravarse, y que esta sola idea le ocasionaba constantes temores.

Ciertos estados patológicos.—Los asmáticos que padecen accesos de tos prolongados, lo mismo que los enfisematosos, agravan considerablemente la situacion de una hernia, exponiéndola á los accidentes que pueden sobrevenir despues de continuos esfuerzos; en tal caso debe de desembarazarse al paciente de su hernia.

CAPITULO VI.

Procedimientos operatorios.

Los procedimientos operatorios modernos, fundados en el método antiséptico, sin detenerse en los medios, sin las preocupaciones de otros tiempos, se proponen de la manera más directa destruir las condiciones de ser de una hernia, y restituir la pared abdominal.

Si estas condiciones de ser de las hernias fueran las mismas en todas y en todos los enfermos, uno mismo seria tambien el procedimiento que las curara; pero la variedad de las hernias es infinita, y, si se quiere curarlas, es necesario cambiar á cada momento los detalles de la operacion; por este motivo tambien ha dimanado esa serie de procedimientos en que se quiere que cada uno se aplique á todas las hernias, cuando es necesario que cada hernia sea tratada por muchos procedimientos, es decir, que el procedimiento debe adaptarse á la hernia, y no la hernia al procedimiento, que se necesita combinar estos para combatir aquella.

Para suprimir la cavidad del saco herniario y obliterar los anillos fibrosos, para modificar las condiciones del canal herniario, para que desaparezca la tendencia al deslizamiento intestinal, para encontrar un apoyo que venga á colocarse en el sitio de la hernia destruida y pueda sostener el empuje de las vísceras; es menester apreciar las condiciones que puedan favorecer su desaparicion, y evitar despues su reincidencia.

Conforme á este propósito vamos á seguir un programa en que, sin excluir ningun procedimiento de los que están á nuestro alcance, se vea como pueden tratarse cada una de las partes que constituyen una hernia, como se han comportado cada uno de los operadores de la curacion radical en presencia de las dificultades que presenta cada uno de sus tiempos. De esta manera creemos no caer en repeticiones, no olvidar ningun procedimiento, y sobre todo, poder elegir en un caso dado la manera de proceder de tal operador segun acomode; porque cada uno tiene ventajas que en diferentes circunstancias podrán utilizarse.

El aparato instrumental y materiales que requiere esta operacion, serán mencionados en el trascurso de la exposicion, porque además de no exigir gran número de ellos, cada operador emplea distintos instrumentos y materiales.

Despues de trasformado asépticamente el medio en que se va á practicar esta operacion, despues de haber tomado todas las precauciones, sin olvidar el más pequeño detalle de la *antisepcia*, que no podriamos pormenorizar aquí; es necesario satisfacer todavía una condicion: es necesario una *anestesia irreprochable*, para que el operador pueda tranquilamente ejecutar los diferentes tiempos de la operacion, en que se requieren maniobras minuciosas y delicadas.

Llegado el momento oportuno, la operacion puede dividirse en los siguientes tiempos que comprenden todos los casos; tiempos que comprenden muchos detalles:

- 1º Incision de la piel.
- 2º Diseccion hasta el saco.
- 3º Incision del saco, tratamiento del epiplon, reduccion de las vísceras.
- 4º Tratamiento del saco.
- 5º Suturas profundas.
- 6º Autoplastía si es necesaria. Suturas de la piel.
- 7º Suturas superficiales, canalizacion y curacion.
- 8º Braguero.
- 1º *Incision de la piel.*—Como en la kelotomía clásica, la in-

cision de los tegumentos debe ser amplia, paralela al trayecto inguinal, y de una longitud proporcional á la hernia para poder ejecutar las maniobras ulteriores sobre el saco; Mac Burney practica esta incision comenzando arriba y afuera del anillo inguinal interior para dirigirse suficientemente hácia abajo sobre el saco, y bastante profunda para descubrir la aponeurosis del gran oblicuo; el objeto de esta incision se verá despues. Sin noticias del procedimiento de Mac Burney, se ha procedido de la misma manera en nuestra segunda observacion.

2º *Diseccion hasta el saco.*—Desde este tiempo comienzan las dificultades y las diferencias entre los operadores; segun que el saco herniario sea ó no extirpado, este tiempo es ó no necesario; para los operadores que creen indispensable la extirpacion del saco para la curacion radical, este tiempo es uno de sus mayores cuidados, porque es de los más difíciles y ofrece peligros en su ejecucion; estos mismos peligros han hecho que se hayan buscado procedimientos en que se le deje abandonado en la herida.

Por otra parte, para cumplir con este tiempo operatorio se debe ejecutar una diseccion muy delicada en que es necesario tener en cuenta la especie de hernia, si es ó no congénita. En el primer caso, como aconseja Lucas-Championnière, toda la parte inferior del saco, que no es más que la vaginal con el testículo en medio, se deberá dejar en su lugar, y comenzar la diseccion á cierta distancia arriba del teste. En el segundo caso es necesario proceder á la diseccion de todas las partes que circundan el saco con el mayor miramiento; es necesario no tomar con la serosa mucho tejido celular fibroso periférico, porque se aumentan las dificultades con la hemorragia que de este modo se produciria; esta sola circunstancia ha sido la causa de muchas operaciones incompletas.

Los cuidados deben aumentarse cuando van á separarse los elementos del cordón espermático y el testículo; muchas veces estos elementos están esparcidos, desalojados; en algunos puntos la fusion con la serosa es muy íntima; otras veces

el saco es muy grande y ha contraído íntimas adherencias con el testículo y el epidídimo, en tal caso, como lo practicó el Dr. Lavista (Obs. VII), es muy útil abandonar la mitad inferior del saco, como en la hernia congénita, para extirparlo secundariamente, si fuese necesario. Para facilitar esta disección, y correspondiendo á este tiempo, Mac Burney divide con las tijeras obtusas las fibras arciformes del fascia espermiática externa hasta el borde externo del anillo inguinal interior, y aún más allá; de esta manera se excinde un aparte del fascia transversalis muy alto en el canal, y es muy fácil separar el cordón espermático del saco, aun en la hernia congénita.

3.º *Incision del saco, tratamiento del epiplon, reduccion de las vísceras.*—Estas tres maniobras están íntimamente enlazadas. Si la hernia es reductible y no es necesario reseca el epiplon, como quieren hacerlo en todos los casos algunos operadores, la abertura del saco es inútil y hasta desventajosa; entónces este tiempo se concreta á reducir las vísceras, para tratar el saco de diferentes maneras. Si la hernia es irreductible, ó para los que juzgan siempre necesaria la reseccion epiploica, como Lucas-Championnière, la abertura del saco es indispensable, y constituye uno de los tiempos en que se presentan más eventualidades.

La abertura del saco debe practicarse en toda la extension de la incision cutánea y capa por capa, para cuidar de no herir su contenido, el epiplon y el intestino que pueden ó no estar adheridos al saco. Cuando hay adherencias del intestino, Lucas-Championnière disecciona todo lo que es posible de serosa; despues de haber atacado el saco en todos los puntos accesibles, reduce el intestino.

El tratamiento del epiplon es una de las cuestiones de que más se ha ocupado exclusivamente Lucas-Championnière; para este operador debe reseca todo lo que sea posible, no tan sólo la parte adherente al fondo del saco, sino todo lo que se pueda alcanzar, todo lo que se pueda extraer; porque el epiplon desempeña un papel capital en el mecanismo de pro-

duccion de las hernias. Su sola excision es un elemento de curacion radical, así, despues de esta operacion, cuanto ménos llegue al anillo, ménos probabilidades habrá de reinsidencia. Despues de reseca la porcion de epiplon adherente al saco y al intestino, reseccion que es difícil porque se ha formado algunas veces una masa confusa; procede de la manera siguiente á la extirpacion del epiplon: segun sus dimensiones emplea varios hilos de catgut *más bien grueso*, y los coloca sobre los vasos atravesando el epiplon, y encadenando los hilos de dos en dos; si el colgajo epiploico es muy grande, en vez de encadenar los hilos los pone en secciones independientes, por grupos, de esta manera los hilos comprimen lo suficiente, y el plano membrano-adiposo se extiende sin formar nudo ni cuerda (Obs. III); como estas ligaduras están lo más alto, no quedan franjas que puedan más tarde, despues de reducido, pegarse al anillo y pesar sobre él. Contraria á esta práctica es la de algunos operadores que prefieren fijar el pedículo epiploico en el cuello con el objeto de obtener una obliteracion más sólida.

A este tiempo corresponde la manera de tratar el testículo en ectopia. Ya hemos visto que en tal estado este órgano es inútil, que es una causa constante de dolores, que si permanece despues de la operacion es una amenaza de reproduccion; por tales motivos debe suprimirse como un órgano inútil y peligroso, no como se le hacia en otras épocas de una manera bárbara y sistemática.

4º *Tratamiento del saco*.—Este es el tiempo esencial de los procedimientos modernos de la curacion radical. Despues de la reduccion de las vísceras, el saco ha sido tratado de diversas maneras por los operadores, que podemos dividir en dos grandes grupos: los que abandonan el saco despues de algunas modificaciones, y los que lo extirpan parcial ó totalmente.

(a) Riesel, en sus primeras operaciones, disecaba el saco al rededor del cuello, sin abrirle, invaginaba el fondo en el cuello tan alto como era posible, y de esta manera lo fijaba

con hilos de catgut por transfixion; con poca diferencia es el procedimiento que seguian Garangeot y Petit.

Felizet, al terminar sus operaciones de kelotomía, combina la invaginacion con la torsion de la parte superior del cuello, de este modo obtiene un tapon compacto que obtura el orificio herniario.

Otros, como Schede, abandonan el saco en la herida, suturando los labios de la incision del saco con los de la incision de los tegumentos; ó simplemente es suturado á nivel de los labios de su incision por puntos separados; ó segun la práctica de Julliard, se liga lo más alto el cuello del saco con catgut; se suturan por puntos separados los bordes de la incision del saco, y se termina poniendo sus paredes en contacto por medio de varios puntos de sutura que las atraviesan de un lado á otro. De esta manera queda suprimida la antigua cavidad herniaria, dificultando la efusion del líquido peritoneal en ella.

Por último, el abandono simple del saco sin ligadura del cuello, sin sutura del anillo y canalizado el cuello, como quiere Schede; ó con ligadura del cuello, excindiendo en ambos casos las partes flotantes.

(b) Entre los operadores que proponen la extirpacion del saco, debemos citar en primer término á Lucas-Championnière, para quien la extirpacion del saco "es el fundamento verdadero de toda operacion de la curacion radical que merece tal nombre. . . . Pero esta destruccion de la serosa debe ser una obra minuciosa y completa."

Como casi todas las operaciones que presento han sido ejecutadas segun las reglas de este eminente cirujano, sobre todo en este tiempo operatorio; creo indispensable tomar de su monografía sus preceptos.

Para más aproximarse á la perfeccion, seria necesario extirpar toda la serosa que constituye el saco, el cuello, y arriba de éste un poco de peritoneo abdominal cercano á la hernia.

Este es el ideal de la operacion, que será siempre, con raras excepciones, un tiempo muy delicado.

Para alcanzar este ideal, hay que tener en cuenta que el peritoneo puede deslizar fácilmente por los anillos, tanto por su elasticidad, como por las capas lamínicas que lo cubren; con tracciones delicadas se puede abatir en forma de canal para colocar en él las ligaduras que se crean convenientes; después se reseca el saco. Entonces, gracias á la elasticidad de los tejidos que se han forzado, se verán desaparecer en el vientre las partes que se habían abatido juntamente con la ligadura.

Cuando la hernia es congénita, es necesario dejar la parte inferior del saco, que es la vaginal misma, y disecar arriba del testículo.

Al hablar del segundo tiempo, que está íntimamente ligado con éste, hemos hablado de la manera de hacer la disección del saco, sobre todo, en la parte superior del canal donde están las mayores dificultades y donde cede la serosa.

Una vez desprendido el saco de todas sus adherencias, se le tiene en una mano para colocar las ligaduras que han de cerrar el peritoneo; en este momento es cuando deben hacerse tracciones tan enérgicas como sea posible; después, en el punto más profundo, se atraviesa el pedículo con la aguja de Reverdin, ó con la aguja obtusa de Championnière, por medio de la cual se pasan dos hilos de catgut grueso, que se entrecruzan y fijan separadamente.

Cuando el pedículo es muy ancho, deben colocarse tres ó cuatro ligaduras encadenadas, según se ha practicado en la Observación III. Este encadenamiento evita el que se deslicen.

En el procedimiento de Mac Burney, la disección superior del saco, y su ligadura, como la quiere Championnière, es facilitado por la amplia vía que prestan los tiempos anteriores, cuyo único objeto parece ser este. El saco se desprende con facilidad y se le tiene verticalmente arriba del abdomen, el operador pasa uno ó dos dedos al través del cuello hasta la cavidad peritoneal para impedir la inclusión del intestino, durante la aplicación de la ligadura, que es colocada al derre-

dor de la parte más elevada del cuello, es decir, á nivel del peritoneo parietal. A medida que se apriete la ligadura, se separan los dedos.

5º *Suturas profundas, autoplastia, si es necesaria.*—Todos los operadores se proponen en este tiempo llenar la segunda indicacion de la curacion radical: el punto de apoyo que en el lugar de la hernia destruida soporte el impulso de las vísceras.

Para los que abandonan el saco, buscan por este medio oponer una barrera á las vísceras; así es que, unos creen que este solo recurso es suficiente; otros, para completar este tiempo y asegurar su firmeza, dividen la pared anterior del canal en toda su longitud, ligan arriba el cuello del saco, despues avivan los bordes de los pilares, reúnen los bordes aponeuróticos de la incision de la pared anterior del canal, y los bordes de los pilares por medio de suturas de puntos separados con catgut. Czerny liga arriba el cuello, incinde el saco, despues sutura los pilares por puntos separados con seda fenicada, sin avivamiento previo. Reverdin ha propuesto, para aproximar los pilares, practicar pequeñas incisiones preservatrices, paralelas á los bordes de los pilares. Como la tension de las vísceras por un lado, y por otro las contracciones del gran oblicuo tienden á separar los pilares, es necesario oponerse á esta separacion por dichas incisiones que se practican en número de tres ó cuatro arriba y paralelamente al pilar interno; están superpuestas en dos series, de manera que una alterna con la otra. “¿Tienen inconvenientes para el porvenir? no lo creo; muy pequeñas para favorecer el desarrollo de una hernia, no interesan por otra parte sino la aponeurosis del gran oblicuo; tienen por efecto sustituir á un gran hiatus formado por el anillo inguinal, tres ó cuatro pequeños anillos en miniatura. . . . Lo mismo que otras (esta modificacion) no quita la falta de la mayor parte de los procedimientos conocidos de no cerrar más que el orificio externo del trayecto inguinal, y de dejar subsistir el trayecto y su orificio abdominal.”

Para los que extirpan el saco, buscan en este proceder el primer elemento para sostener el empuje de las vísceras. Quitado el saco, las superficies cruentas entre las que se iniciaba, tienen que fundirse para producir una cicatriz; para que esta cicatriz desempeñe bien su papel, es necesario que sea larga y ancha, lo que se consigue con una abertura amplia de los tejidos, su aproximación íntima por la sutura y la compresión de un vendage. Para las extirpaciones del saco, la sutura de los pilares puede dar servicios, pero es muy minuciosa y poco útil; las partes blandas son las que deben aproximar se por uno ó muchos puntos de sutura perdidos; esta aproximación exacta de las paredes con una buena cicatriz, puede bastar para mantener la curación. Lucas-Championnière prefiere una cicatriz por reunión inmediata, que es más sólida, que aquellas que se obtienen después de una supuración más ó menos prolongada, y que teóricamente serían más poderosas; pero después de haber examinado varias cicatrices de hernias operadas con supuración consecutiva, se ha convencido de que su existencia no se oponía á las recaídas. Cuando las partes blandas que han de servir para obturar el orificio no son suficientes; prefiere á la invaginación del saco, al tapon epiploico, etc., los procedimientos de autoplastia que ha empleado en dos de sus operaciones. En uno, ha hecho un enrollamiento de la piel de un lado, después de avivar su cara cutánea, y dirigiéndolo hacia el abdomen; toma un colgajo cruento del lado opuesto para aplicarlo sobre el enrollamiento cutáneo; esta masa sólida es sostenida por algunos puntos de sutura profundos con catgut, y superficialmente con crin de Florencia.

En la segunda operación se trataba de un individuo cuya hernia no era mantenida, sino haciendo penetrar cuatro dedos de la mano en el abdomen; el éxito fué completo.

Mac Burney, por el contrario, procura la cicatriz fibrosa *por granulaciones*; con este objeto sutura todas las capas que constituyen la parte superior é interna de la herida (piel, fascia superficialis, aponeurosis del gran oblicuo y tendones de

los músculos pequeño oblicuo y trasverso); de la misma manera se suturan todas las capas de la parte inferior y externa de la herida (piel, ligamento de Falopio, y, en la parte inferior, el pilar externo del anillo externo). Las suturas así colocadas mantienen la herida abierta durante el tratamiento; para impedir una separacion considerable de los labios de la herida, es necesario colocar suturas profundas para que mantengan los labios á una distancia de 6 ó 7 milímetros, espacio que se llena de gasa yodoformada.

7º *Suturas superficiales, canalizacion, curacion.*—Despues de haber afrontado los bordes de la incision cutánea con catgut, seda fenicada ó crin de Florencia (Lucas-Championnière), debe canalizarse, si se cree necesario. El objeto de la canalizacion en la curacion radical es impedir la acumulacion de la serosidad, y por lo mismo la tension en los puntos de sutura profundos.

Esta canalizacion deberá terminarse lo más pronto posible, de dos á tres dias, segun el escurrimiento de los líquidos.

La curacion radical es una de las operaciones que reclama una curacion rigurosamente antiséptica. Es necesario cuidar y oponerse á los inconvenientes que presente la region para mantener una asepsia satisfactoria por su movilidad, que tiende á deslizar la curacion, su desaseo, etc.; un descuido de este género ocasionó en el enfermo de la Observacion III una supuracion abundante.

En obvio de estos inconvenientes debe recurrirse á la espica, aplicada de la manera más cuidadosa, porque además de contener debe comprimir uniformemente las piezas de la curacion.

No podemos detenernos en los pormenores de la antisepsia que requiere esta operacion, porque cualquiera cosa que dijésemos seria insuficiente para tratar cuestion tan extensa.

8º *Braguero.*—Por último, el braguero es una parte del tratamiento de la curacion radical; su objeto es sostener la cicatriz reciente, y debe tener una pelota bastante amplia para cubrir la superficie entera que corresponda al despegamento

del saco, y ser mantenido inmóvil por el submuslo. ¿Esta situación es semejante por sus inconvenientes á la del que lleva un braguero que contiene una hernia, segun dicen algunos?

Los mismos operados contestan que hay una diferencia considerable; por otra parte, el uso del braguero despues de la operacion es provisional, puesto que despues de diez y ocho meses ó dos años, cuando la cicatriz ha adquirido una firmeza suficiente, el braguero es ordinariamente inútil.

Al principio hay algunas dificultades en su aplicacion, porque la cicatriz es dolorosa; entónces es necesario ir poco á poco alternando vendajes compresivos que llenan de pronto la indicacion con aplicaciones más ó ménos prolongadas del braguero.

CAPITULO VIII.

De la curacion radical en la hernia inguinal estrangulada.

La curacion radical despues de la kelotomía ha sido una práctica que han seguido los cirujanos desde Ambrosio Paré. En la kelotomía se han inspirado y ensayado la mayor parte de los procedimientos de la curacion radical. ¿Estos procedimientos agravan el pronóstico de la operacion? ¿Es necesario recurrir siempre sin temor de su eficacia á la curacion radical despues de la herniotomía?

Hay evidentemente casos en que si se prolongara la operacion seria peligroso. Estos casos son aquellos en que la depression que resulta de la misma enfermedad, ó de la edad son tales, que cualquiera maniobra que no sea la rigurosamente indispensable, seria imprudente; por otra parte, la indicacion del momento que tiene que llenar el cirujano ante el enfermo es conjurar el peligro inmediato de muerte, sin preocuparse de las amenazas del porvenir.

En otros casos el resultado de la curacion radical está comprometido por las alteraciones que han sufrido las partes constituyentes de la hernia; el saco es más frágil, la congestion periherniaria es á veces tan considerable que es causa de una hemorragia considerable; circunstancias que más minuciosa y difícil hacen la curacion radical, y más problemáticos sus resultados.

Sin embargo, Lucas-Championnière que desde hace mucho tiempo practica sistemáticamente la curación radical después de la herniotomía, no ha visto un sólo accidente debido á tal práctica; aun en las más malas condiciones de edad y debilitamiento muscular ha obtenido excelentes resultados.

Entre otras operaciones de kelo-tomía y curación radical que ha practicado el Dr. Lavista, la VII de nuestras observaciones habla [muy alto en favor de esta manera de proceder; pues esta operación fué ejecutada en condiciones muy desfavorables para el operador y el operado, y sin embargo, el éxito ha sido de los más brillantes.

Podemos, pues, establecer que, salvo muy raras excepciones, en todos los casos de hernia inguinal estrangulada, deben ponerse en práctica los procedimientos de la curación radical.

Estos procedimientos, después del desbridamiento, que llena la indicación primordial, son los mismos que ya hemos indicado más minuciosos y delicados por las condiciones del caso.

CONCLUSIONES.

Segun lo que hemos establecido en nuestros capítulos anteriores, justificado por los diez y seis ejemplos que presentamos, teniendo en cuenta los trabajos extranjeros que vienen en nuestro apoyo; nos creemos autorizados á formular las siguientes conclusiones:

La curacion radical de la hernia inguinal es una operacion que debemos aceptar como racional, cuando se practica en medio de los cuidados de la más pura antisepcia, y con los recursos de una técnica bien experimentada.

Si algunas veces se ha mostrado peligrosa é ineficaz, ha sido por alguna falta de antisepcia, de indicacion clínica, de medicina operatoria; ó porque se ha querido exigir demasiado de ella.

Por el contrario, pone al abrigo de los accidentes ó complicaciones de que son tan frecuentemente atacados los herniados.

Los accidentes de estrangulamiento herniario que tan á menudo vemos en nuestros hospitales, son debidos á la falta de aplicacion de la curacion radical; pues hasta ahora tan sólo se han practicado las catorce operaciones que consigno. Por otra parte, nuestras dos operaciones de estrangulamiento se hubieran evitado, si se hubiese recurrido á la curacion

radical, cuando se presentaron en las primeras veces las amenazas de la estrangulación.

La operación requiere un reposo prolongado, maniobras laboriosas y delicadas, ayudantes, y un material absolutamente perfecto.

La persistencia de la curación radical depende, no tan sólo del procedimiento operatorio, sino de la perfección y minuciosidad con que se ha practicado.

En el estrangulamiento herniario deben aplicarse, después de la kelo-tomía, los procedimientos de la curación radical; excepto los casos en que hay un agotamiento considerable producido por la enfermedad misma, ó por las condiciones particulares del enfermo.

Para asegurar más tarde el resultado operatorio, debe aplicarse un braguero cuyas condiciones sean sostener fácilmente la cicatriz, y el esfuerzo constante de las vísceras.

OBSERVACIONES.

OBSERVACION I.

Hernia inguinal derecha, enterocele, reductible, dolorosa é incoercible por los vendajes y bragueros.—Frecuentes dolores.—Amenazas de estrangulamiento.—Operacion de la curacion radical.—Ningun accidente.—Persistencia de la curacion radical seis meses despues.—(Operacion del Dr. Macías.)

Jesus Mata, de 31 años, de regular constitucion, cigarrero, de Apam, entró al hospital de San Lucas el 3 de Enero de 1889, á curarse de una hernia inguinal derecha, en el servicio del Dr. Macías.

La aparicion de la hernia fué debida á un gran esfuerzo en Noviembre de 1888. En el momento del accidente el enfermo sintió un dolor agudísimo en la ingle, irradiándose á la mitad derecha del abdomen, náuceas, vómitos, palidez y sudores copiosos; palpa un tumor de dimensiones considerables que, al hacer una ligera compresion, reduce, percibiendo un ruido particular. Despues de lo ocurrido, y sin temor de graves consecuencias, se entrega de nuevo á ejercicios de fuerza que causan á menudo la reaparicion y aumento del tumor, que ha venido á ser despues el objeto de constantes cuidados y molestias que le determinaron ponerse en curacion.

Este tumor es alargado hasta ponerse en contacto con el testículo, sonoro, trasparente, elástico, se reduce con dificultad y dolor, y se reproduce al menor esfuerzo. El braguero causa

molestias que lo hacen insoportable, y es además insuficiente para mantener reducido el tumor, pues detrás de la pelota siempre se encuentra alguna porcion herniada; hay dolores repetidos y cólicos intestinales; y, por último, amenazas de un estrangulamiento, por encontrarse el anillo relativamente pequeño á la masa intestinal herniada que, por otra parte, va en aumento de dia en dia.

El 20 de Enero de 1889 se procedió á la operacion de la curacion radical. Despues de una anestesia completa, tomadas todas las medidas de una antiseptia rigurosa, se practicó una incision de 0,^m 08 de largo sobre el canal inguinal hasta la raíz de las bolsas, poniendo á descubierto el saco herniario; reducidas las víceras sin abrir el saco, y desprendido de algunas adherencias con el cordon y los tejidos vecinos, pudo extraérsele de su cavidad, disecar su pedículo tan alto como fué posible en la cavidad del vientre, comprenderlo en dos ligaduras encadenadas de catgut, resecarlo abajo de ellas y abandonarlo despues de la aseptica en la cavidad peritoneal. Dos suturas de catgut fueron aplicadas en los tejidos profundos, otras dos aproximaron los pilares del anillo exterior y, por último, se suturaron los tegumentos dejando un tubo de canalizacion en la parte más declive de la incision.

Curacion antiséptica y vendaje compresivo.

El dia anterior se administró un purgante salino al enfermo y se sujetó á la dieta láctea.

Dia 21.—Algunos dolores en la region operada, temperatura normal, buen estado general, opio y dieta láctea.

Dia 22.—Curacion, hemorragia secundaria de poca importancia, apirexia, el mismo régimen, opio.

Dia 23.—Curacion, se quitan puntos de sutura, temperatura normal, el mismo régimen.

Dia 24.—Curacion por primera intencion, ménos en la parte inferior donde está la canalizacion, no hay calentura, nueva curacion.

Dia 25.—Se extrae el tubo, curacion con algodón absorbente, se aumenta la alimentacion.

Dia 27.—Queda un punto abierto en el lugar del tubo, se cubre toda la region con algodón absorbente, y se aplica un vendaje bastante compresivo.

Día 31.—Cicatrizacion completa. Se aplica un nuevo vendaje que se continúa renovando en los días siguientes.

Este enfermo permaneció en el hospital para curarse de otra enfermedad independiente de su hernia, hasta el 14 de Marzo de 1889, en que, examinado el enfermo, se ve que los resultados de la operacion han sido satisfactorios.

Hay una cicatriz lineal, ligeramente pigmentada, apénas aparente, desde la raíz de las bolsas hasta el pliegue inguinal. El anillo exterior está obstruido en toda su extension, salvo en su parte inferior por donde pasa el cordon, por una cicatriz fibrosa y resistente. Al hacer esfuerzos no se advierten vestigios de la hernia, ni aun impulsión de las vísceras. Ningunas molestias acusa el individuo. Ultimamente se le ha aplicado un braguero que tolera fácilmente. El testículo con su cordon no ha sufrido detrimento.

Vuelto á ver en Julio del presente año, el resultado de la operacion se conserva en las mismas condiciones, que nos aseguran el porvenir de la curacion radical de la hernia en este individuo.

OBSERVACION II.

Hernia inguinal izquierda, epiploica, adherente, irreductible y dolorosa.—Atascamientos frecuentes con tendencia al estrangulamiento.—Dificultad para la marcha.—Curacion radical.—Resecion del epiplon.—Persistencia de la curación radical seis meses despues.—(Operacion del Dr. Macías.)

Pilar Nogueira, viuda, de 50 años de edad, de buena salud anterior. En Julio de 1888 percibió un pequeño tumor en la region inguinal izquierda, que no sabe á qué fué debida su aparicion; sólo recuerda haber padecido con frecuencia bronquitis que le producian accesos repetidos de tos; como no le ocasionaba ningunas molestias, hizo menosprecio de dicho tumor, que alguna vez fué reducido por una persona entendida, quien le aconsejó se aplicara un braguero; sin embargo, por no seguir el consejo ó por su mala aplicacion, el tumor fué en aumento, ya no pudo reducirlo ni contenerlo, y era sumamente doloroso. Entónces consultó al Dr. Macías, quien le propuso, como mejor recurso, operarla.

Este tumor de notables dimensiones era alargado en el sentido del trayecto inguinal hasta el gran labio correspondiente; resistente, de superficie uniforme; un poco sonoro en su parte superior y macizo en la inferior; doloroso con irradiaciones al flanco; reductible en pequeña parte, irreductible en su mayor parte. La marcha era difícil, los esfuerzos aun ligeros aumentaban el dolor que era continuo.

Establecido el diagnóstico de una hernia inguinal enteroepiploica, irreducible, con tendencias á la estrangulacion, se procedió á la curacion radical el dia 9 de Febrero de 1889.

Satisfechas las condiciones de la antisepcia, se incindieron los tegumentos paralelamente al trayecto inguinal, principian-do *más arriba* de lo ordinario del anillo exterior hasta cerca del labio; hecha la hemostacia, estando á la vista el saco herniario, se intentó reducir su contenido en vano, entónces con la sonda acanalada y las tijeras se abrió cuidadosamente el saco, poniendo á descubierto una masa de epiplon; con el objeto de facilitar su introduccion en el abdómen ó de poder resecar el saco que tenia muchas adherencias en el contorno de su cuello, se *prolongó la abertura* del anillo exterior, cortando sobre la sonda acanalada *sus fibras arciformes* hasta muy cerca de la extremidad superior de la incision tegumentaria; esta circunstancia hubiera facilitado reducir el epiplon que estaba bridado por el anillo, pero se optó por resecarlo, á cuyo efecto se aplicaron, tan alto como fué posible, con la aguja de Reverdin tres ligaduras encadenadas con catgut, y se resecó toda la masa epiploica herniada, el muñon quedó abandonado en la cavidad ventral, previa su asepcia.

La abertura prolongada del anillo, por otra parte, no estando ocupado el canal por los órganos que hay que cuidar tanto en el hombre, la reseccion del saco fué cosa sencilla: desprendido de sus adherencias con los tejidos que le rodeaban, llevado su cuerpo hácia arriba y afuera, se pudo con suma facilidad disecar su cuello muy adentro de la cavidad peritoneal; despues se ligó el pedículo entre tres asas encadenadas de catgut grueso, se resecó y desapareció. Habiendo terminado la hemostacia, y despues de un lavado antiséptico, se suturaron los pilares en toda su extension, los tejidos profundos, y, por último, se afrontó la herida de la piel en toda su longitud sin

canalización. Una curación antiséptica vino á terminar la operación.

El día anterior se preparó la enferma con un purgante salino y dieta de leche.

Día 10.—Ligeros dolores en la region operada, no hubo curación, temperatura normal, buen estado general, opio y dieta láctea.

Día 11.—Apirexia, ablación de varios puntos de sutura, primera y única curación, el mismo régimen.

Día 12.—Nada particular.

Día 13.—Ablación de los puntos de sutura restantes, la herida habia cicatrizado totalmente por primera intención, se aplicó una placa de algodón absorbente y una espica compresiva.

A los nueve días de la operación pudo andar sin ninguna molestia, llevando un braguero que sostiene la cicatriz.

Después de seis meses, vuelta á examinar, no se advierte ningun indicio de reproducción.

La cicatriz cutánea es casi imperceptible, y la profunda es gruesa y resistente, obtura completamente el anillo inguinal, y no deja percibir el impulso de las vísceras al esfuerzo.

A pesar de que sus paredes abdominales son muy delgadas y flácidas, la constancia con que hasta ahora lleva el braguero, afirma las esperanzas en el buen resultado de la curación radical.

OBSERVACION III.

Hernia inguino-escrotal izquierda, enorme, en un individuo de abdomen prominente, irreductible.—Operación de la curación radical.—Resección de 850, ^{sr}00 de epíplon herniado.—Derrame purulento de las bolsas.—Canalización del derrame.—Resultado inmediato favorable.—Éxito completo cuatro meses después de la operación y probablemente definitivo.—(Operación del Dr. Macías.)

Antonio Aburto, de 37 años, casado, de constitución vigorosa, se presentó á la clínica del Dr. Macías el día 20 de Marzo de 1889, con una hernia escrotal voluminosa é irreductible.

Hace nueve años que, después de haberle caído una enorme piedra en el derrumbe de una mina, percibió un pequeño tumor

en la ingle izquierda. Al principio lo introducía con facilidad en el vientre, pero se reproducía al menor esfuerzo; para evitar esta reproducción que le causaba frecuentes dolores recurrió al braguero; mas sea por los trabajos de fuerza que desempeñaba, ó por su mala aplicación, nunca logró contener su hernia de una manera satisfactoria; por el contrario, cada día aumentaba su volumen y se hacía más y más incoercible. Hace poco tiempo se ha hecho el sitio de molestias insoportables.

Estado actual.—La hernia escrotal es enorme; del tamaño de una cabeza de niño.

La piel que la cubre presenta varices en diferentes puntos; ha invadido completamente las bolsas; el pene ha desaparecido en aquella masa, y apenas se perciben algunos repliegues prepuciales que semejan á un ombligo. El testículo izquierdo, difícil de encontrar, está desalojado hácia la parte inferior é interna del tumor; está un poco atrofiado.

La masa herniaria es resistente; cuando se le comprime intencionalmente no produce el ruido intestinal; por otra parte la percusión no acusa ninguna sonoridad en toda su extensión, salvo en la parte superior del pedículo. Es completamente opaca al exámen del trasluz.

Habiendo hecho varias tentativas de taxis, no se logró reducir más que una pequeña porción correspondiente al pedículo, en cuyo momento se pudo oír y sentir zurrido intestinal. El cuello de la hernia es muy amplio, y se puede seguir al través del anillo, que está notablemente ensanchado, hasta la cavidad abdominal.

Las perturbaciones ocasionadas por esta hernia son muy considerables: gran molestia por su volumen y peso; dificultad para la marcha, ó estacion en pié que, cuando se prolongan, aumentan su volumen y despiertan dolores que se propagan á las partes cercanas. Las funciones de reproducción son materialmente impracticables.

La conformación prominente y globulosa del abdómen de este enfermo es muy á propósito para el crecimiento continuo de la hernia, y para producir su estrangulación; por otra parte, tal condición no es tan favorable para la curación radical.

El día 22 de Marzo de 1889, cloroformado el individuo hasta la anestesia profunda, después de varias tentativas de taxis

en que sólo se logró reducir la pequeña parte intestinal herniada, y puestas en práctica las condiciones de una rigurosa antisepsia; el Dr. Macías incindió los tegumentos paralelamente al trayecto inguinal, en una extension de ocho centímetros, comprendiendo el tejido celular hasta descubrir el saco herniario; no pudiendo reducir su contenido, se resolvió abrirlo en la misma direccion que la incision primitiva; este tiempo fué muy delicado para el operador por tener que disecar cuidadosamente hoja por hoja hasta llegar al contenido. El exámen de las vísceras herniadas vino á comprobar el diagnóstico que se habia hecho dos dias ántes en la clínica: en efecto, una parte del gran epiplon era lo que llenaba aquella vasta cavidad del saco, despues de reducida la parte intestinal; por un momento se pensó en reducir todo ó parte de aquella enorme masa de epiplon, pero se decidió que se resecara hasta su entrada á la cavidad abdominal.

Este tiempo fué el más laborioso de la operacion: comprendido el pedículo epiploico entre tres ligaduras encadenadas de catgut por medio de la aguja de Reverdin, se dividió abajo; algunos vasos fueron desgarrados por el catgut al apretarse la ligadura, produciéndose una hemorragia, que vino á determinar la aplicacion de una nueva ligadura arriba, del mismo modo que la anterior; como en la anterior la hemorragia se reprodujo del mismo modo; hasta que, por tercera vez, con un catgut doblemente grueso y rígido, se encadenó la pequeñísima porcion que quedaba de pedículo entre dos ligaduras, con las cuales quedó definitivamente contenida la hemorragia; el muñon epiploico fué desinfectado con solucion de bicloruro de mercurio al $\frac{1}{10000}$, y se le introdujo en la cavidad peritoneal.

El peso de la masa epiploica resecada fué de 850,^{gr}00; en su mayor parte estaba compuesta de tejido adiposo, circunstancia que explica satisfactoriamente las dificultades de la hemostasia; por otra parte, no tenia ningunas adherencias con el saco.

La trascendencia del tratamiento de la serosa que constituye el saco en la curacion radical, determinó que se pusiera el mayor esmero en este tiempo lleno de nimios detalles. Una atmósfera celulo-adiposa circundaba el saco, por medio de la cual estaba adherente á los tejidos profundos y tegumentarios; los elementos del cordón espermático, desagregados, adherían

tambien á la parte posterior del saco; quitar todas estas adherencias sin ofender los elementos del cordón, fué obra de una disección cuidadosa; despues, desprendido el cuello del saco de las paredes abdominales lo más alto que fué posible, se comprendió su pedículo entre dos ligaduras encadenadas de catgut con la aguja de Reverdin. Esta ligadura, hecha en los momentos en que se hacia tracción al saco, y hasta la altura que pudo alcanzar la aguja, dió por resultado que, al resecarse el saco, desapareciera el muñon en la cavidad ventral.

La superficie traumática era muy extensa, la sangre que escurria abundante; así que se hizo la hemostasia y lavó antisépticamente, numerosas suturas vinieron á cerrar el canal herniario, solamente un tubo de Chasaignac, colocado en la parte más declive, dejaba escurrir los líquidos, afrontando los tegumentos cinco suturas profundas.

Una curación antiséptica rigurosa y un vendaje compresivo vinieron á terminar la operación.

El mismo día.—Extracto de opio y leche aguada; en la noche algunos dolores en la región, temperatura normal.

Día 23.—38°, nueva curación, dolores intensos irradiándose al lado correspondiente del abdomen; calomel y opio, hielo, leche aguada.

Día 24.—Temperatura en la mañana 37°7, en la noche 38°; nueva curación; ablación de un punto de sutura, basca durante la noche. Calomel y opio, dieta láctea, unguento doble de mercurio con atropina á todo el lado doloroso abdominal. Infiltración escrotal.

Día 25.—Curación, se quita el tubo de canalización; temperatura en la mañana normal, en la tarde 38°2; basca durante la noche. Calomel y opio, unguento napolitano belladonado á la región dolorosa; el mismo régimen.

Día 26.—Ablación de los puntos de sutura restantes, curación, mejor estado general, temperatura normal, se aumentó la alimentación.

Día 27.—Continúa un estado general satisfactorio, la herida quirúrgica ha cicatrizado en más de la mitad superior, pero hay abundante supuración, nueva curación, temperatura normal.

En tales condiciones caminaba este enfermo, sin temores ya de una complicación inmediata en los días sucesivos; cuando

el día último de Marzo en la noche fué arrebatado de un calofrío intenso, seguido de calentura de 39°5; un dolor intenso se localizó en el escroto, que estaba notablemente enrojecido y aumentado de volúmen. Desde luego se instituyó un tratamiento antiflogístico general y local; no obstante, al cabo de algunos días, se había formado un derrame purulento considerable en las bolsas. Habiéndose hecho una amplia incision en la parte inferior de las bolsas se extrajo el pus y se hizo un lavado antiséptico en la cavidad del derrame.

A pesar de este episodio que vino á desmejorar el estado general para la pronta reparacion de aquel vasto traumatismo operatorio, el operado fué puesto en las condiciones más aptas para seguir una marcha regular.

A fines de Abril había terminado la cicatrizacion de ambas heridas quirúrgicas. Sale del hospital con un braguero.

Resultado de la operacion.—En Junio se volvió á ver este enfermo. Hasta ahora ha portado su braguero sin incomodidad. Hay una cicatriz profunda, extensa, fibrosa y resistente que obtura completamente el anillo inguinal cutáneo; esta cicatriz se prolonga hácia abajo ocupando el lugar que tenía la hernia; el aumento de tejidos por el trabajo de cicatrizacion, además de los que circundaban la hernia, producen una elevacion asimétrica al lado opuesto. Los esfuerzos son impotentes para hacer sentir la más ligera impulsión, la menor molestia. El teste izquierdo guarda su posición normal, y todavía el ligero grado de atrofia anterior á la operacion.

La marcha se ejecuta sin dificultad.

Todo hace esperar que será definitivamente favorable el resultado de la curacion radical en este individuo.

OBSERVACION IV.

Hernia inguinal derecha escrotal, reductible, difícilmente contenible por los bragueros —Hernia concomitante de la línea blanca.—Sistema músculo-aponeurótico debilitado.—Curacion radical.—Reseccion del saco.—Sutura de los pilares.—Ligera impulsión del intestino despues de ocho meses de operado que hace temer la reinsidencia.—(Operacion del Dr. Macías.)

Antonio Castillo, de 30 años, soltero, fogonero, entró al hospital de San Lúcas, en el servicio del Dr. Macías el día 6 de Junio de 1888, para curarse de una hernia inguinal derecha.

En Abril de 1886, llevando un caldero se deslizó y cayó con los miembros inferiores en la abduccion exagerada; desde luego sintió un ligero dolor en la ingle derecha, que no le impidió volver á cargar dicho caldero y caminar así una larga distancia; terminado este trabajo, fué cuando el dolor aumentó, extendiéndose desde la raíz de las bolsas á todo el lado derecho del abdómen.

A los tres dias advirtió un pequeño tumor situado en el lado derecho de la raíz del escroto, doloroso en la estacion en pié prolongada; pero no le dió importancia porque creyó que era un incordio. En este estado, á pesar de los dolores que le ocasionaba su tumor, siguió entregándose á los ejercicios de fuerza que tenia que desempeñar, advirtiendo que de dia en dia aumentaba el tumor, no obstante los tópicos que se aplicaba; el crecimiento llegó al tamaño de una naranja.

Tumor reductible, sonoro, elástico, poco doloroso á la presion; descendia hasta el testículo que estaba colocado hácia atras y abajo; fácilmente reductible, con zurrido característico, y reproduciéndose inmediatamente al menor esfuerzo.

Esta hernia provocaba grandes molestias en la marcha, era el lugar de accesos inflamatorios que la hacia más dolorosa; el braguero era insuficiente para mantenerla, y además, su aplicacion tenia graves inconvenientes.

Este individuo es reumático; su sistema musculo-aponeurótico es débil; pues además de la fuerza muscular relativamente poco desarrollada, los orificios aponeuróticos están dilatados, como lo está el anillo inguinal izquierdo; si á esto se añade que es portador de otra hernia de la línea blanca, que, segun dice, iba desapareciendo á medida que aumentaba la hernia inguinal; tendríamos un sujeto poco dispuesto para el feliz resultado de la curacion radical.

Sin embargo, el dia 15 de Julio del mismo año se recurrió á los medios quirúrgicos: anestesiado profundamente el enfermo, y debidamente desinfectada la region inguinal; se dividieron los tegumentos y el tejido celular en el sentido del canal inguinal hasta descubrir el saco; se redujo su contenido, se desprendieron las adherencias que habia contraído con los elementos del cordon y los tejidos próximos, su cuello fué diseccionado en la cavidad del abdómen, y despues de asegurarse de

que su cavidad estaba desocupada; se ligó tan alto como fué posible su pedículo con tres hilos encadenados de catgut, y se reseco el saco. Los pilares se aproximaron por medio de tres suturas de catgut; otras suturas se aplicaron á los tejidos profundos para obliterar el trayecto; por último, la piel se afrontó en toda su extension, dejando solamente un tubo de canalizacion en la parte más declive.

El mismo dia se prescribió opio y dieta láctea; en la noche, temperatura 38°4; ligeros dolores en la region operada.

Dia 16.—Curacion; buen estado de la herida; temperatura normal; el mismo régimen.

Dia 17.—Temperatura normal, laxante ligero, buen estado general.

Dia 18.—Ablacion de varios puntos de sutura y del tubo de canalizacion; la herida está cicatrizada en casi toda su extension, curacion, temperatura normal, aumento de alimentacion, medicacion tónica.

En vista de la marcha tan favorable que seguia este operado, se curó en lo sucesivo cada tres dias, sin que hubiera nada de particular que señalar hasta el dia décimo de la operacion, en que se encontró cicatrizada toda la herida por primera intencion; se cubrió la cicatriz con una gruesa capa de algodón salicilado, y se aplicó una espica compresiva, obligando al enfermo guardar cama por algun tiempo.

El dia 3 de Setiembre fué dado de *alta*, llevando un braguero que sostenia la cicatriz.

Hasta entónces el resultado de la operacion habia sido satisfactorio: debajo de la cicatriz tegumentaria que apenas se percibia, se apreciaba otra profunda, aunque no muy resistente, obturando en casi toda su extension el anillo inguinal por donde sólo pasaba el cordon espermático. La hernia no se reproducia á pesar de los esfuerzos hechos por el enfermo.

Este individuo volvió al hospital el 14 de Marzo del presente año á curarse de una bronquitis; manifestando además que la hernia parecia que iba á reproducirse, porque habia un abultamiento á nivel de la cicatriz; que hasta entónces no habia llevado el braguero porque no podia acostumbrarse á su uso; que cuando quedó bien de su hernia inguinal reapareció la de la línea blanca; y hoy que empezaba á formarse aquella, iba

desapareciendo ésta. En efecto, se puede apreciar al esfuerzo que las vísceras vienen á chocar contra de la pared del conducto inguinal, como en busca de la antigua puerta para salir; pero hasta ahora sólo puede asegurarse que, debido al empuje constante de las vísceras, la pared cicatrizada se ha adelgazado, dilatándose hasta cierto punto para permitir que se forme una eminencia al momento del esfuerzo, pero sin que haya todavía una verdadera reproduccion herniaria; sin embargo, dadas las condiciones de este individuo, es muy probable la reincidencia; por este motivo se le prohibieron todos los trabajos de fuerza, y se le aplicó un braguero que deberá llevar constantemente; por otra parte, este individuo no tiene ningunas molestias, y el estado de su hernia le hace su existencia más llevadera.

OBSERVACION V.

Hernia inguinal derecha, escrotal, entero-epiplocele fácilmente reductible, y contenible por el braguero.—Curacion radical.—Reseccion del saco.—Persistencia de la curacion radical despues de seis meses.—(Operacion del Dr. Macías.)

Domingo Avila, de 40 años, de buena constitucion, casado, panadero, entró al hospital de San Lúcas el dia 9 de Noviembre de 1888, al servicio del Dr. Macías con el objeto de curarse de una hernia inguinal derecha.

Desde algunos años habia visto desarrollarse poco á poco su hernia en medio del servicio de las armas, despues de su aparicion debida á un esfuerzo considerable; cuando por otros motivos ingresó al Cuerpo de Inválidos, la hernia habia adquirido las dimensiones de una naranja; hasta entónces ningunas molestias le habia ocasionado, sólo los dolores que despertaban la estacion en pié prolongada y los ejercicios de fuerza; por otra parte, podia muy bien introducirla en el vientre cuando queria, pero nunca la mantuvo reducida con braguero por las molestias que, segun dice, le originaba.

La hernia habia descendido en el escroto, dejando atras y un poco arriba el testículo; casi de las dimensiones y forma de una naranja, elástica, sonora, poco dolorosa, se reducía con fa-

ilidad haciendo percibir el zurrido característico del intestino.

Este enfermo se resolvió á operarse de su hernia por no querer soportar las incomodidades y cuidados del braguero que contenia perfectamente la hernia.

Se procedió á la curacion radical el dia 19 de Diciembre de 1888. Una incision longitudinal de los tegumentos en el sentido del trayecto inguinal, puso á descubierto el saco herniario; desprendido cuidadosamente de los tejidos circunvecinos, y desocupada cuidadosamente su cavidad de las vísceras que contenia; se disecó su cuello muy adentro de la cavidad peritoneal, donde se colocaron dos ligaduras encadenadas de catgut que cegaron el cuello, y abajo de las cuales se cortó el saco, dejando perdido en el vientre el muñon de la serosa. Despues de lavar toda la superficie cruenta con varias soluciones antisépticas y bien restañada la sangre; se aproximaron con tres hilos de catgut los pilares del anillo; en seguida se suturaron los tejidos más profundos, y por último, los tegumentos, dejando un tubo de canalizacion en la parte declive.

El dia anterior se desocupó el intestino con un purgante salino; dieta de leche.

Dia de la operacion.—Ligeros dolores en la region operada, temperatura normal, opio y leche aguada.

Dia 20.—Primera curacion, buen aspecto de la herida, estado general satisfactorio; 37°5, dieta láctea.

Dia 21.—Ablacion de algunos puntos de sutura, segunda curacion; 37°5, leche y opio.

Dia 22.—Ablacion de los restantes puntos de sutura y del tubo de canalizacion; cicatrizacion por primera intencion; se cubrió la region con algodón salicilado y un vendage compresivo; temperatura normal; aumento de la alimentacion.

Dia 30.—Cicatrizacion completa, se abrió un pequeño abceso subcutáneo situado á uno de los lados de la incision; á los tres dias habia desaparecido.

Examinado este enfermo quince dias despues de la operacion se encontró una cicatriz profunda, fibrosa y resistente que ocupaba toda la extension del anillo inguinal, dejando solamente salida al canal testicular con sus elementos. Al esfuerzo no habia impulsión de las vísceras, ni dolor.

Hasta entónces el resultado era pues satisfactorio.

Seis meses despues, aunque no me fué dado examinar al enfermo, he sabido por personas competentes que la curacion radical ha persistido, á pesar de que este individuo no ha querido llevar el braguero que se le aplicó con el objeto de sostener la cicatriz.

OBSERVACION VI.

Hernia inguinal derecha, pequeña, congénita, reductible.—Hidrocele concomitante.—Curacion radical.—Extraccion del líquido.—Reseccion del saco y separacion de las cavidades peritoneal y vaginal.—Exito completo despues de tres meses.—(Operacion del Dr. Macías.)

F. G. O., de 27 años, empleado, de regular constitucion, soltero, es portador de una hernia inguinal, cuya fecha de aparicion se pierde en los primeros años de su vida.

En 1882, durante una larga travesía á caballo, fué cuando comenzó á llamarle la atencion una pequeña eminencia de la region inguinal derecha, que se ponía dolorosa y más voluminosa cuando se prolongaban las jornadas; pero aquel tumor desaparecia tan luego que se ejercia sobre él la más ligera presion; esta circunstancia, sin embargo, no le impedia entregarse á los ejercicios gimnásticos, sin que nunca sintiera la menor molestia en ellos.

Más tarde, despues de una larga faena de remo, sintió que el tumor habia adquirido mayores proporciones, á la vez que era con frecuencia atacado de dolores; pero siempre volvia á entrar con la mayor facilidad á la cavidad ventral.

Conocedor de los peligros que podia correr con dicho tumor, procuraba mantenerlo reducido y sostenerlo con el braguero; pero el uso de este aparato le era sumamente molesto é insoportable, á tal grado que optó por la curacion radical, al saber los resultados favorables que habian logrado otros compañeros de hernia.

El dia en que se operó, la hernia tenia las dimensiones de un huevo de gallina, ocupando la region inguinal derecha hasta la raíz de las bolsas; aumentaba un poco y se delineaban

más sus formas con el esfuerzo; oprimiéndola suavemente entraba al vientre, pudiendo percibirse algunas veces el zurrido intestinal; cuando se le palpaba con atención se advertía fluctuación; era maciza á la percusión.

La manera de aparecer, la marcha que siguió y los síntomas que he consignado; hicieron diagnosticar una hernia congénita acompañada de hidrocele.

Este diagnóstico se comprobó en el momento de la intervención quirúrgica.

El día 24 de Abril de 1889, profundamente anestesiado el enfermo y tomadas todas las medidas antisépticas; el Dr. Macías incindió los tegumentos en una extensión de seis centímetros, siguiendo el trayecto inguinal; esta incisión puso á la vista los pilares del anillo y el saco herniario que salía entre ellos; habiéndose dado cuenta de la posición del cordón espermiático, y reducidas las vísceras, se abrió con el mayor miramiento el divertículo, que á manera de saco, formaba la serosa; entónces fué cuando salió el líquido en cantidad de 20,50 poco más ó ménos, y se vió que el conducto peritoneo-vaginal habia persistido hasta entónces.

Para separar las dos cavidades y poner un obstáculo resistente á las vísceras, se disecó cuidadosamente sin ofender el cordón, la parte de la serosa que constituía el saco en una extensión de tres centímetros, y poniendo dos ligaduras de catgut, se resecó la porción intermedia; de este modo desapareció la comunicación de la cavidad peritoneal con la vaginal.

Los pilares se aproximaron con tres suturas; otras tantas se aplicaron á los tejidos profundos, y se afrontaron los tegumentos en toda su extensión.

Día 24.—Dolores en la región inguinal, basca, 38° en la noche, opio y leche.

Día 25.—Primera curación, ablación de dos puntos de sutura, continúan los dolores, 39° en la mañana y 38° en la noche; opio, el mismo régimen.

Día 26.—38°2 en la mañana y noche, no se muda curación; opio, el mismo régimen.

Día 27.—38°3, segunda curación, ablación de tres puntos de sutura y se desbrida la incisión para dar salida á una colección de pus que habia abajo de ella, opio, el mismo régimen.

Día 28.—Tercera curacion, temperatura normal; se aumenta la alimentacion.

Día 29.— $37^{\circ}2$.

Día 30.— $37^{\circ}3$, cuarta curacion.

En vista de la marcha favorable de la cicatrizacion, se curó cada tres dias, sin que tuviera ningun episodio digno de llamar la atencion.

A fines de Mayo fué examinado este enfermo y se encontró un éxito completo: la supuracion, aunque escasa, que se habia establecido en los tejidos profundos ha dejado una cicatriz firme, cilíndrica que sirve de apoyo á las vísceras que no hacen impulsión perceptible.

A los tres meses, vuelto á ver el enfermo, guarda un estado satisfactorio; sostiene la cicatriz con un braguero de poca fuerza; no hay indicio alguno que haga temer la reproduccion; lo que hace alentar las esperanzas en una curacion radical definitiva.

OBSERVACION VII.

Hernia inguinal estrangulada, izquierda, escrotal, muy voluminosa, descendiendo hasta la mitad del muslo.—Operacion de la kelotomía dos dias despues del estrangulamiento.—Aplicacion de los procedimientos de curacion radical.—Resecion de una gran parte del epiplon.—Resecion parcial del saco herniario.—Exito completo de la curacion radical y persistencia cuatro meses despues.—(Operacion del Dr. Lavista.)

Matías Hernández, de 58 años, de regular constitucion, sin ninguna enfermedad anterior digna de mencion, entró á la sala de cirujía mayor del hospital de San Andrés, en una noche de los últimos dias de Marzo de 1889, con una hernia inguinal antigua, atacada hacia 48 horas de estrangulacion.

A la edad de 15 años, en el momento de hacer un esfuerzo para levantar un peso considerable, fué atacado en la region inguinal izquierda de un dolor agudísimo, acompañado de una sensacion de desgarradura, produciéndose á la vez un tumor del tamaño de una naranja, que ocupaba dicha region; desde luego fué atendido por un médico, quien logró reducir aquel tumor, no sin dificultades. La edad de este individuo, la absti-

nencia de todo ejercicio de fuerza, y la buena aplicacion de un braguero, contribuyeron para que se lograra contener algun tiempo aquella hernia, y hasta se esperara en la curacion radical espontánea; pero no pasó mucho tiempo, cuando habia abandonado el braguero, creyéndose curado, la hernia se produjo repentinamente con mayores dimensiones en un gran esfuerzo. Desde entónces aquella hernia fué el objeto de continuas molestias; si era reductible fácilmente al principio, el braguero era insuficiente ó mal aplicado para contenerla, porque muy á menudo al menor movimiento se salia la hernia detras de la pelota del braguero que lo hacia insoportable; otras veces escoriaba la piel, y ya no era posible su aplicacion; por otra parte, este enfermo parece haber sido muy indócil para soportarlo, pues él mismo confiesa que hizo poco uso de él.

Sin ningun obstáculo que la detuviera, y ampliamente abierta la salida, la hernia aumentaba de dia en dia; dos veces habia tenido accidentes de estrangulamiento que lo determinaron acudir, en la primera, al Hospital de San Andrés, y en la segunda, al Hospital de Puebla, donde se logró conjurar los accidentes, gracias á la anestesia clorofórmica y á las maniobras de táxis bien dirigidas, y sobre todo, á la oportunidad de la intervencion. A pesar de los peligros de que estaba amenazada la vida de este enfermo, nunca se le propuso en aquella época, un medio de conjurarlos definitivamente, que él hubiera aceptado de buena voluntad.

Esto se explica por la falta de procedimientos que sin duda le hubieran puesto á salvo del último accidente terrible, en que estubo á punto de perder la vida, y que hoy poseemos afortunadamente. Trascurrieron algunos años despues del último episodio; llegó un dia en que aquel tumor ántes reductible, repentinamente ya no pudo entrar á la cavidad peritoneal, habia adquirido mayores proporciones, era el sitio de dolores tremendos, la exoneracion del vientre se habia detenido hacia muchas horas, vómitos frecuentes, en una palabra, el cuadro terrible de estrangulamiento herniario. En tal estado, y despues de 48 horas de estrangulamiento entró al hospital de San Andrés, á donde fué llamado inmediatamente el Dr. Lavista, quien le encontró con dichos accidentes tan alarmantes que reclamaban una pronta intervencion. Despues de una sesion

prudente de táxis, en medio de una anestesia profunda en que no se logró la reduccion, fué necesario apelar á la herniotomía siguiendo el procedimiento clásico.

El Dr. Lavista incindió la piel en una extension de 14 centímetros, poniendo ampliamente á descubierto el saco herniario; desbridado el cuello en donde se suponía que existía la estrangulacion, se hicieron varias tentativas de reduccion de la masa herniada, sin que se lograra desalojar la menor porcion. Entónces, examinado atentamente el saco herniario, se descubrieron otros dos anillos que bridaban fuertemente aquella masa intestino-epiploica; las paredes del saco que habian adquirido un espesor fibroso extraordinario, estaban adheridas por su parte inferior á los tejidos vecinos; fué necesario, pues, desbridar aquellos anillos por una incision paralela á la anterior; esta incision que hizo oír el crugido característico del tejido fibroso, y que fué delicada y laboriosa para el operador, puso á la vista el contenido de la hernia.

Cuando fué examinada la masa intestinal, convencido el operador de que no habia sufrido detrimento alguno, despues de una desinfeccion concienzuda, fué reducida.

Entónces fué cuando, conforme á los preceptos de la cirujía, se pusieron en práctica los de la curacion radical.

El pedículo epiploico se comprendió entre dos ligaduras de catgut muy cerca del orificio, entre las cuales se dividió; esta masa epiploica reseca era de notables dimensiones, el muñon se perdió en la cavidad ventral bien desinfectado.

Quedaba el saco desocupado; para obturar aquel enorme orificio por donde se habian escapado las vísceras, se colocaron varios puntos de sutura encadenados en la parte más alta del pedículo del saco, abajo de los cuales se reseco en gran parte, dejando tan sólo la porcion que adheria al cordón espermático para no ofenderlo, y el fondo que estaba unido intimamente con la vaginal; de esta manera quedó cerrada la puerta por la misma serosa peritoneal, no dejando más que el espacio suficiente para la salida del cordón testicular.

Para asegurar esta obturacion, se pusieron otras suturas profundas que aproximaron los bordes que circunscribian el orificio y tejidos vecinos.

Por últmo, se reunió la piel en toda la longitud de la inci-

sion, se abrió el escroto en su parte inferior, donde se colocó un tubo para el escurrimiento de los líquidos.

Al día siguiente en la mañana: temperatura de 39° , dolores localizados en la region operada, primera curacion, buen estado de la herida, dieta absoluta y opio.

Tercer día.— 38° , disminucion notable de los dolores abdominales, segunda curacion, ablacion de algunos puntos de sutura, el mismo régimen.

Cuarto día.— 37° , desaparicion de los dolores, ablacion de los restantes puntos de sutura, cicatrizacion por reunion inmediata en casi toda su extension.

En los días sucesivos la cicatrizacion avanza, y todo se ha terminado á los quince días de la operacion.

El enfermo permaneció en el hospital en observacion hasta el día 12 de Junio de 1889, en que fué presentado á la Academia de Medicina.

El Dr. Chacon, en representacion de la Comision que nombró la Academia, para que juzgara del resultado de la operacion expuso: que el resultado obtenido es verdaderamente espléndido, puesto que se encuentra total y radicalmente curado el enfermo del accidente que durante tantos años fué amenaza de su vida. La cicatriz es resistente y sólida; colocando sobre ella de plano la mano, se nota como chocan las vísceras contra el tejido inodular, que resiste de una manera sólida.

El hecho es notable por la habilidad que el Dr. Lavista supo desplegar para reconocer el obstáculo que se oponia á la reduccion. Tiene tambien su interes porque revela una circunstancia digna de tenerse en consideracion al hacer la herniotomía, y es que una hernia puede tener muchos cuellos, de suerte que se corta el que se cree que es el agente de la estrangulacion, miéntras que en realidad la estrangulacion subsiste porque es producida por otro cuello.

Resulta que en todas condiciones será ventajoso cerciorarse de si una hernia tiene varios cuellos para desbridar el que convenga, y no exponerse á un error.

OBSERVACION VIII.

Hernia inguinal estrangulada, escrotal de regulares dimensiones.—Herniotomía despues de cuarenta horas.—Curacion radical.—Reseccion total del saco.—Cicatrizacion completa á los ocho dias.—Curacion del estrangulamiento.—Éxito completo de la curacion radical y persistencia despues de cuatro años con ligera impulsión intestinal.—(Operacion del Dr. F. López.)

Merced Pérez, de 65 años, casado, cochero, de buena constitucion, entró al hospital de San Lúcas el dia 28 de Diciembre de 1885, á curarse de una hernia inguinal derecha estrangulada desde hacia 40 horas.

La aparicion de la hernia fué debida á un gran esfuerzo en el año de 1866; al principio, despues del accidente, era del tamaño de un huevo de gallina y producía intensos dolores que le obligaron á entrar al hospital, donde se logró reducirla, y se le aplicó un braguero, pareciendo quedar todo terminado. Despues de haber salido del hospital y entregado de nuevo á ejercicios de fuerza, la hernia reaparecia con frecuencia á pesar del braguero, causándole molestias su aplicacion. Este enfermo, como otros muchos que encontramos á cada paso, se habia conformado con llevar su braguero por muchos años, como prenda del vestido, para contener aquella hernia que se reproducia con suma frecuencia y aumentaba sin cesar.

Alguna vez estuvo en el hospital de San Andrés porque la hernia habia crecido repentinamente causándole graves molestias; allí, despues de una sesion de táxis prolongada, en medio de la anestesia clorofórmica, se logró reducir la hernia y se le aplicó un nuevo braguero que por algun tiempo la contuvo.

En su oficio de cochero, á pesar de los cuidados que tenia para mantener siempre reducida su hernia, un dia, sin causa bien determinada, aquel tumor creció del tamaño de una naranja, no pudo ya introducirlo en el abdómen causándole vivos dolores que se irradiaban á todo el abdómen, basca, sudores copiosos; y falta de defecacion, etc.

En estas condiciones entró al hospital; en vista de accidentes tan amenazadores, y despues de varias tentativas de

reduccion por el táxis, se resolvió la kelotomía que fué practicada el dia 29 de Diciembre de 1885.

Despues de anesthesiado profundamente el enfermo, se procedió en seguida á la operacion con todas las precauciones de la antisepcia. Una vez reducido el intestino que no presentaba ninguna alteracion notable, habiendo sido necesario la desbridacion del anillo y cuello del saco, se procedió á la diseccion de este último, que por no presentar sino adherencias ligeras con los tejidos cercanos, pudo ser despegado con facilidad en toda su extension. Se colocó una ligadura de catgut muy grueso en el cuello del saco, con objeto de obliterarlo y dejar abandonado el pedículo despues de hacer la extirpacion completa de la envoltura herniaria. Se pusieron en seguida tres suturas de catgut en el anillo exterior para estrecharlo ú obliterarlo, terminando la operacion con la sutura de los tegumentos y la colocacion de un tubo grueso de canalizacion en el punto declive.

Dia de la operacion.—En la noche $38^{\circ}2$, dolores en la region operada, opio, dieta absoluta, hielo.

Dia 30.— $38^{\circ}8$, primera curacion, buen estado general, el mismo régimen.

Dia 31.— $37^{\circ}5$, segunda curacion, ablacion de algunos puntos de sutura, buen aspecto de la herida.

Dia 1^o.— 38° , nueva curacion, aumento de los alimentos, ablacion de otros puntos de sutura y del tubo de canalizacion.

Dia 2.— 37° , cicatrizacion completa, salvo en el lugar del tubo, se cubre la region con algodón salicilado, y se aplica un vendaje compresivo.

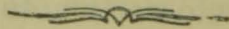
Ocho dias despues la herida estaba cicatrizada, sin que se hubieran presentado accidentes dignos de advertencia.

Esta operacion, que como se ve fué doble, curacion del estrangulamiento é intento de la cura radical de la hernia, es de naturaleza de intentar ó proceder de igual manera siempre que se encuentre un caso análogo, y siempre que se disponga de los elementos necesarios para una curacion antiséptica. Tambien viene este caso en apoyo de la idea emitida por hábiles cirujanos, de ser muy parco en las tentativas de táxis que casi siempre dificultan el éxito de la operacion.

A los dos meses salió el enfermo del hospital; una cicatriz de naturaleza fibrosa y muy resistente obturaba aquel orificio por donde se habian escapado las vísceras, dando apénas paso al cordon testicular, que no habia sufrido detrimento alguno.

El esfuerzo no hacia percibir el menor vestigio de una reproduccion, habian desaparecido todas las molestias que durante tantos años llevaba este enfermo en su hernia. Para sostener la cicatriz reciente y oponer una resistencia al impulso de las vísceras, se le aplicó un braguero que ha portado con constancia.

Vuelto á ver este individuo cuatro años despues de la operacion, se encontró todavía una cicatriz resistente, aunque ya la impulsión de las vísceras era perceptible sobre el arco crural, y con una tendencia marcada á querer evadirse por el antiguo orificio, pero sin que haya una verdadera reproduccion.



PIEZAS JUSTIFICATIVAS

CURACION RADICAL DE

NOMBRE.	Edad.	Fecha de la operacion.	Diagnóstico.	Causas de la operacion
I. Francisco Campos.....	35 años.	14 Octubre 1885...	Hernia inguinal derecha epiplocele adherente y enterocele reductible.	Adherencias del epiplon, accesos inflamatorios, atascamiento. Dolores, imposibilidad de portar braguero.
II. Luis Durán.....	44 años.	6 Octubre 1886.....	Hernia inguinal derecha incoercible.	Grandes molestias é imposibilidad de mantener reducida la hernia por los bragueros.
III. Antonio Espinosa..	26 años.	6 Mayo 1887.....	Hernia inguinal izquierda incoercible.	Incoercibilidad y molestias que determinaron al enfermo pedir la operacion.
IV. José Bravo.....	60 años?	3 Junio 1887.....	Hernia inguinal derecha muy antigua, que en el momento de una caída habia crecido del tamaño de una cabeza de adulto; reductible en muy pequeña parte; dolorosa.	Irreductibilidad parcial. Hernia muy antigua, que habia adquirido un enorme crecimiento repentino, debido á una caída de elevada altura; amagos de estrangulamiento, dificultad para la marcha y cualquiera ejercicio.

LA HERNIA INGUINAL.

RESULTADO.

OBSERVACIONES.

OPERADOR.

Cicatrizacion por primera intencion. Quince dias despues de operado se le obligó hacer esfuerzos, sin que haya nada que indique la presencia de la hernia.

Reseccion del epiplon y del saco herniario; despues de la ligadura de su pediculo; ningun accidente digno de notarse.

Dr. Macías.

Curacion perfecta sin ningun accidente. Un mes despues de la operacion la hernia estaba bien contenida.

Ligadura y reseccion del saco, que no tenia adherencias. Se pusieron hilos de catgut entre los dos pilares, obliterando completamente el anillo.

Dr. F. López.

Nada de particular durante la cicatrizacion. Curacion radical de la hernia tres meses despues de la operacion.

Extirpacion del saco y sutura de los pilares.

Dr. F. López.

Cicatrizacion á los veinticinco dias de la operacion, sin ningun accidente notable. En Agosto la hernia *se habia reproducido*; pero en cambio era pequeña, reduccionable, no ocasionaba molestias al enfermo y se contenia fácilmente con un braguero.

Este enfermo llevaba además una fractura del fémur; su sistema músculo-aponeurótico sumamente debilitado, y su edad casi decrepita, no era posible que contribuyeran á la reparacion cicatricial de aquel orificio, por donde habia atravesado una gran porcion de la masa intestinal. Reseccion parcial del saco, por estar el testículo adherido á él. No se pudo desprender el cuello tan alto como era necesario, por las fuertes adherencias que habia contraido con el conducto, circunstancia que conspiró tambien en contra del resultado.

Dr. Macías.

NOMBRE.	Edad.	Fecha de la operacion.	Diagnóstico.	Causas de la operacion
V. Jesus Maturano.....	43 años.	Enero 1889.....	Hernia inguino-escrotal derecha, antigua é incoercible.	Incoercibilidad, dificultad para la marcha, cólicos frecuentes y amenazas de inflamacion herniaria.
VI. Patricio Aguilar....	47 años.	20 Setiembre 1888	Hernia inguinal izquierda, mediana.	Dificultades de contencion.
VII. Jesus Mata.....	31 años.	20 Enero 1889.....	Hernia inguinal derecha, enterocele, incoercible por los vendajes y bragueros	Frecuentes dolores, amenazas de estrangulamiento, incoercibilidad.
VIII. Pilar Nogueira...	50 años.	9 Febrero 1889....	Hernia inguinal izquierda, epiploica, adherente, irreductible y dolorosa.	Atascamientos frecuentes con tendencia al estrangulamiento; dificultad para la marcha, irreductibilidad y dolores intensos.
IX. Antonio Aburto....	37 años.	22 Marzo 1889.....	Hernia inguino-escrotal izquierda enorme, irreductible.	Irreductibilidad; dolores constantes; dificultad para la marcha; amenazas de estrangulacion; molestias por su peso considerable, impotencia.

RESULTADO.**OBSERVACIONES.****OPERADOR.**

Cicatrizacion inmediata; persistencia de la curacion radical dos meses despues de la operacion; formacion de una cicatriz profunda y resistente, que obstruia el anillo inguinal exterior.

Ningun episodio notable. Ligadura y reseccion del epiplon. Reseccion del pedículo del saco y sutura de los pilares.

Dr. R. González.

Cicatrizacion por primera intencion. Persistencia de la curacion radical despues de cuarenta dias. Este enfermo se perdió de vista, para comprobar el resultado de la operacion. Sin embargo, al exámen de la cicatriz se le encontró en condiciones de asegurar su larga persistencia.

Ligadura y reseccion del epiplon; reseccion total del saco entre los pilares.

Dr. Macías.

Cicatrizacion inmediata, sin ningun accidente notable. Las vísceras están mantenidas en la cavidad peritoneal por una cicatriz que obstruye el anillo exterior. Al esfuerzo no se advierten vestigios de la hernia, ni aun impulsión intestinal. Porta un braquero que tolera fácilmente.

Reduccion de las vísceras sin abrir el saco; desprendimiento de éste y de las adherencias con el cordon y los tejidos vecinos; diseccion lo más alto posible; ligadura de catgut de su pedículo; reseccion total del saco. Ligadura de los pilares.

Dr. Macías.

Cicatrizacion inmediata. Nueve dias despues de la operacion pudo andar sin molestia. Vuelta á ver despues de seis meses, no hay indicio de reproduccion. La cicatriz cutánea es casi imperceptible, y la profunda es gruesa y resistente; obturacion completa del anillo inguinal, que no deja percibir el impulso visceral.

Incision cutánea más arriba de lo ordinario, y prolongacion de la abertura del anillo exterior cortando las fibras arciformes; esto facilitó la extraccion del saco, su abertura y diseccion de su pedículo tan alto como fué posible. Ligadura y reseccion del saco y del epiplon.

Dr. Macías.

Cicatrizacion por segunda intencion de la incision tegumentaria; formacion de un cilindro fibroso y resistente, que obturaba el gran orificio por donde habia salido la hernia, y que hacia imposible su reproduccion. Persistencia de la curacion radical cinco meses despues de la operacion, y estado satisfactorio, que asegura un resultado favorable y definitivo.

Reseccion de ochocientos cincuenta gramos de epiplon herniado; sérias dificultades para hacer su ligadura, que se practicó tres veces por la hemorragia que ocasionaba la division ó la ruptura de los vasos epiploicos al anudar el catgut; diseccion muy laboriosa del saco y reseccion total de él; derrame purulento de las bolsas; canalizacion del derrame.

Dr. Macías.

NOMBRE.	Edad.	Fecha de la operacion.	Diagnóstico.	Causas de la operacion.
X. Antonio Castillo.....	30 años.	15 Julio 1888.....	Hernia in- guino-escrotal derecha, reduc- tible; difícil- mente conteni- ble por los bra- gueros.	Difícil con- tencion por los bragueros; cól- licos frecuen- tes; dolores que aumenta la es- tacion y la marcha.
XI. Domingo Ayila.....	40 años.	19 Diciembre 1888	Hernia in- guino-escrotal derecha, ente- ro-epiplocele, fácilmente re- ductible y con- tenible por los bragueros.	Molestias de portar el bra- guero, y peti- cion del enfer- mo.
XII. F. G. O.....	27 años.	24 Abril 1889.....	Hernia in- guinal dere- cha, congéni- ta, pequeña, reductible. Hi- drocele conco- mitante.	Dolores fre- cuentes, que se aumentan por la aplicacion del braguero; deseos del en- fermo para la operacion.
XIII. Inés Olvera.....	20 años.	29 Octubre 1887...	Hernia in- guinal derecha con ectopia testicular.	Dificultad de la contencion por el brague- ro; dolores constantes y amagos de es- trangulamien- to.
XIV. Francisco López.	30 años.	15 Diciembre 1887	Hernia in- guinal dere- cha, congénita, pequeña y fá- cilmente re- ductible.	Petición del enfermo.

RESULTADO.**OBSERVACIONES.****OPERADOR.**

Ligera impulsión del intestino ocho meses despues de la operacion; la cicatriz profunda que obtura el anillo no tiene la resistencia apetecida.

Hernia concomitante de la línea blanca; sistema músculo-aponeu-
rótico debilitado; diseccion, liga-
dura y reseccion del saco; sutura
de los pilares.

Dr. Macías.

Exito favorable de la curacion radical, y persistencia de ella despues de seis meses de la operacion.

Ligadura y reseccion total del
saco; sutura de los pilares.

Dr. Macías.

Exito completo despues de tres meses; no hay indicios de repro-
duccion.

Abertura del saco para dar sa-
lida al líquido; diseccion laboriosa
para separar el saco del cordón es-
permático; ligadura y reseccion
parcial del mismo, para aislar la
cavidad peritoneal de la vaginal.

Dr. Macías.

Cicatrizacion inmediata sin
ningun accidente notable; á los
cuatro meses de la operacion el
anillo inguinal estaba obliterado
por una cicatriz resistente, no
dando paso sino al cordón esper-
mático. Al esfuerzo apénas era
perceptible el impulso visceral
detrás de la cicatriz.

Conforme á los preceptos de Lu-
cas-Championnière, se practicó la
curacion radical y la castracion; se
ligó y resecoó totalmente el saco.

Dr. F. López.

Contencion de la hernia por
una cicatriz fibrosa, que obtura-
ba perfectamente el anillo exte-
rior.

Reseccion parcial del saco; ex-
traccion de una pequeña cantidad
de líquido y sutura de los pilares.

Dr. F. López.

CURACION RADICAL DE LA HER

NOMBRE.	Edad.	Fecha de la operacion.	Diagnóstico.	Causas de la operacion.
XV. Matías Hernández	58 años.	Marzo 1889.....	Hernia inguinal izquierda, escrotal, antigua, estrangulada, muy voluminosa, descendiendo hasta la mitad del muslo.	Estrangulamiento herniario.
XVI. Merced Pérez.....	65 años.	19 Diciembre 1885	Hernia inguino-escrotal, mediana, estrangulada desde cuarenta horas.	Estrangulamiento herniario.

NIA INGUINAL ESTRANGULADA.

RESULTADO.

Curacion del estrangulamiento; éxito completo de la curacion radical. La cicatriz que obtura el orificio inguinal exterior es resistente y sólida; cuando se aplica la mano sobre la region inguinal operada, se nota el choque de las vísceras sobre el tejido inodular, que resiste de una manera sólida.

Curacion inmediato del estrangulamiento; éxito completo de la curacion radical y persistencia despues de cuatro años con ligera impulsión intestinal.

OBSERVACIONES.

El estrangulamiento de esta hernia fué determinado por el tercer anillo de arriba para abajo, de manera que el operador tuvo que desbridar cada uno de los anillos para poder reducir la masa intestinal estrangulada, que, por otra parte, no presentaba alteracion alguna. Despues se aplicaron los preceptos de la curacion radical, disecando, ligando y resecaando parcialmente el saco herniario; se suturaron los tejidos profundos y se canalizó en la parte inferior del escroto.

Despues de desbridado el anillo, que era el agente del estrangulamiento y reducida la masa intestinal, se procedió á la curacion radical, desprendiendo el saco de sus adherencias, comprendiendo el pedículo entre varias ligaduras encadenadas, y resecaándole totalmente.

OPERADOR.

Dr. Lavista.

Dr. F. López.