

Año 1914.

Núm. 2872

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HERNIAS ESTRANGULADAS

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HUGO J. BERRA

Ex-Practicante menor externo del Hospital San Roque (1910 - 1911)
Ex-Practicante menor interno (auxilios) de la Asistencia Pública (1911 - 1912)
Ex-Practicante menor interno del Hospital San Roque (1912 - 1913)
Ex-Practicante mayor interno del Hospital San Roque (1913 - 1914)
Ex-Practicante preparador del Conservatorio Nacional de Vacuna



"LAS CIENCIAS"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
Córdoba, 2080 — Buenos Aires

HERNIAS ESTRANGULADAS

Año 1914.

Núm. 2872

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HERNIAS ESTRANGULADAS

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HUGO J. BERRA

Ex-Practicante menor externo del Hospital San Roque (1910 - 1911)
Ex-Practicante menor interno (auxilios) de la Asistencia Pública (1911 - 1912)
Ex-Practicante menor interno del Hospital San Roque (1912 - 1913)
Ex - Practicante mayor interno del Hospital San Roque (1913 - 1914)
Ex-Practicante preparador del Conservatorio Nacional de Vacuna

"LAS CIENCIAS"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
Córdoba, 2080 — Buenos Aires

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » GREGORIO ARAOZ ALFARO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

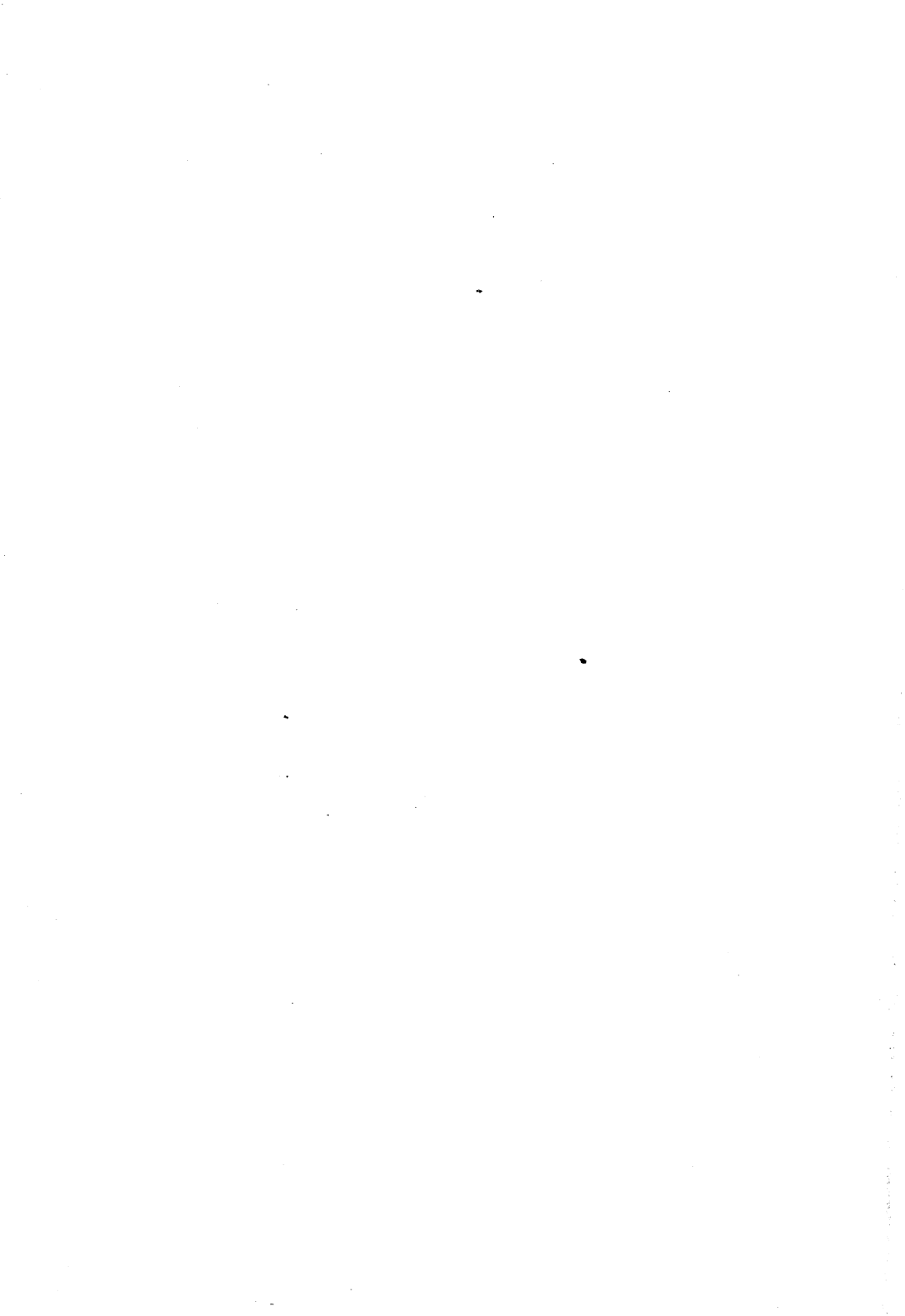
DR. D. ELISEO CANTÓN

- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » DOMINGO CABRED
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » J. A. BOERI (Suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

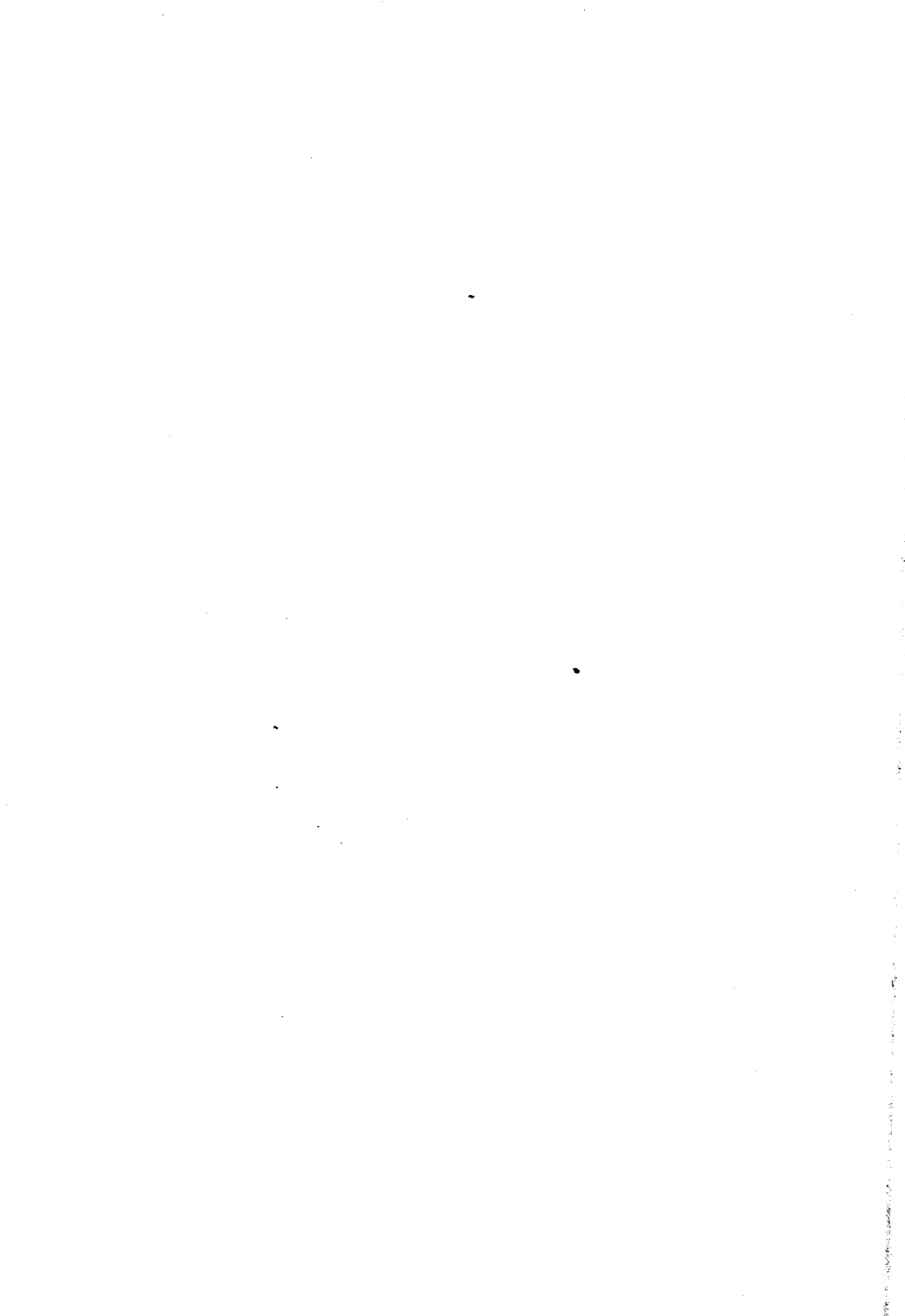
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. K. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

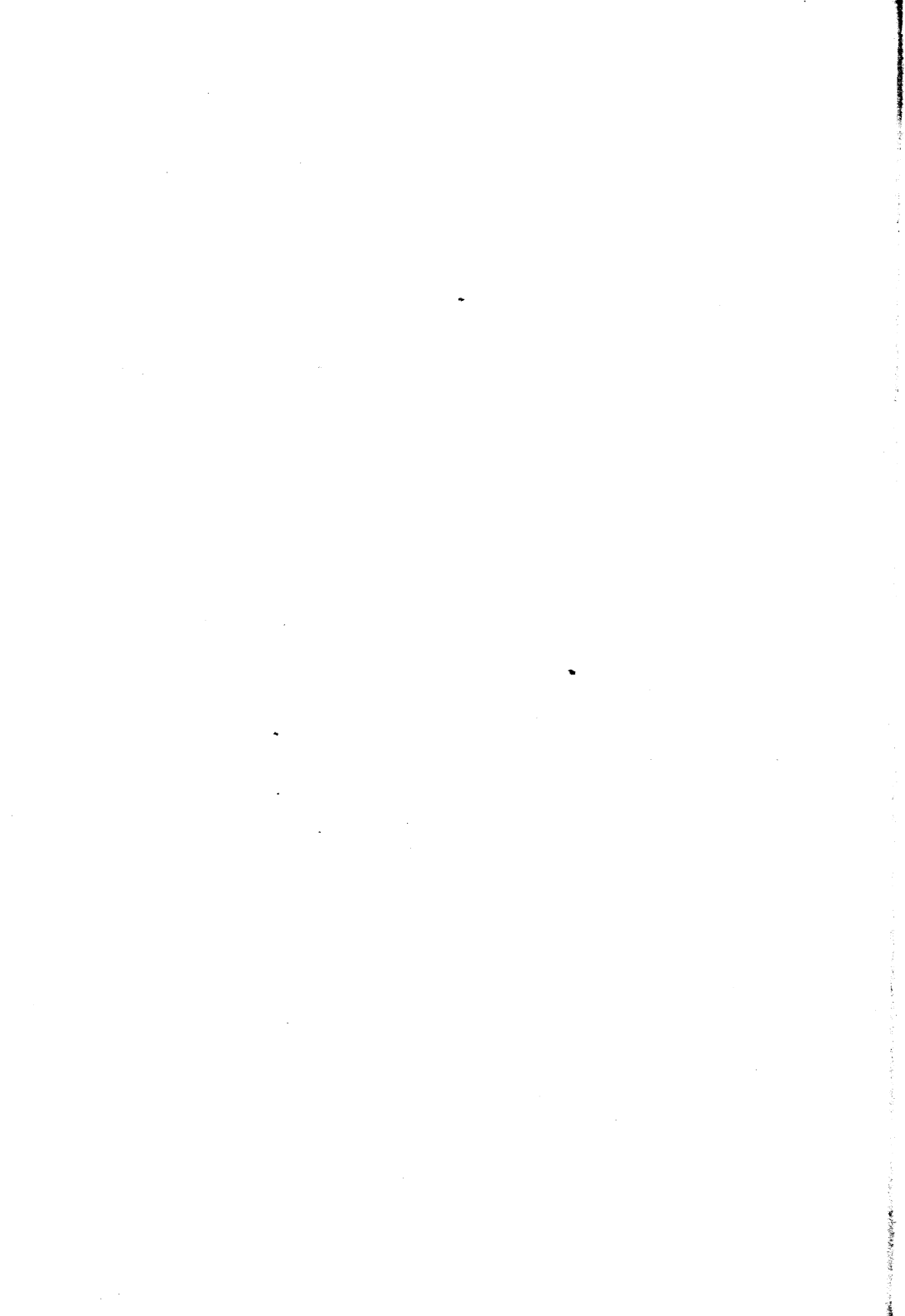
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

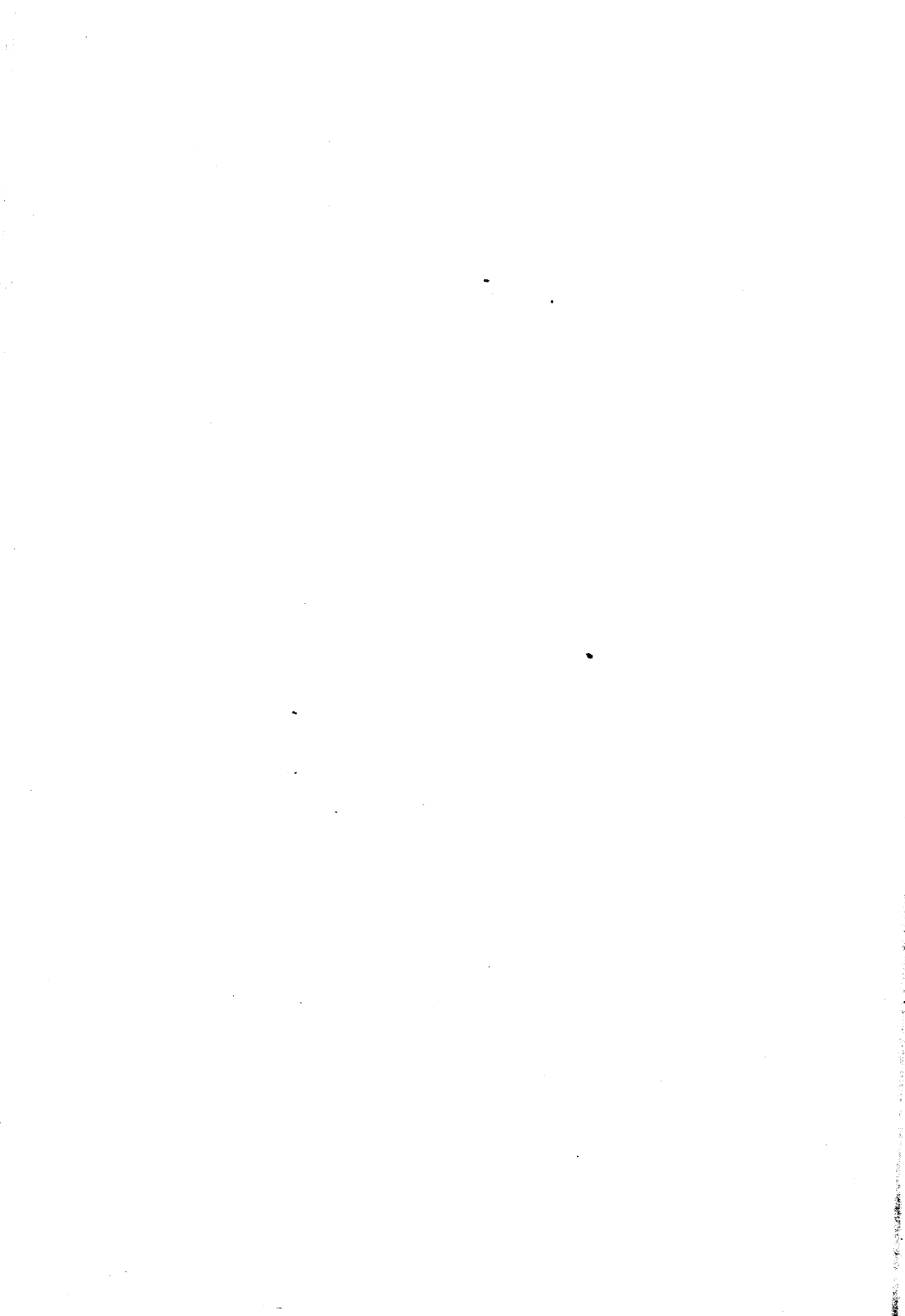
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
	" JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
	" ENRIQUE ZARATE (en ejerc)
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
	" JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU (en ejere.)
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" JOSÉ MORENO
Patología externa.....	" PEDRO CHUTRO
" Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS ROBERTSON
" Genito-urinaria.....	" NICOLÁS V. GRECO
Clínica Epidemiológica.....	" PEDRO L. BALIÑA
Patología interna.....	" BERNARDINO MARAINI
Clínica Oftalmológica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Oto-rino-laringológica.....	" FERNANDO R. TORRES
" Quirúrgica.....	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE (en ejere.)
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSÉ A. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
Clínica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clínica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	" A. PERALTA RAMOS (en ejere.)
Clínica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal.....	" V. JOAQUÍN GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología
comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer
curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo
curso) y ensayo y determinación de dro-
gas.....
Higiene, legislación y ética farmaceu-
ticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Dr. JULIO J. GATTI

» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

» FRANCISCO P. LAVALLE

» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
„ PASCUAL CORTI
„ OSCAR MIALOCK (en ejere.)
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
DR. JUAN A. SANCHEZ
„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ " J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	" LEON PEREYRA
3er. año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE

Padrino de tesis:

DOCTOR NATAL LÓPEZ CROSS

A la memoria de mi padre:

DOCTOR JACOBO Z. BERRA

A LOS MÍOS

A MI EX-COMPAÑERO DE ESTUDIOS Y BUEN AMIGO:

DR. SANTIAGO BARABINO AMADEO

A MIS AMIGOS

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Este modesto trabajo, fruto de las sabias enseñanzas que de vosotros he recibido durante los años de estudio, no encierra nada que me pertenezca, todo es vuestro, porque en un tema que ha sido tratado de una manera tan vasta en la cátedra y en monografías, muy poco queda que añadir.

Sin embargo, en la práctica hospitalaria, en la que todo se aborda y todo se ensaya, se suelen adquirir nociones nuevas, convicciones que se graban en el espíritu para no borrarse jamás, porque se mezclan a las vivas emociones experimentadas durante esa vida intensa de estudio y compañerismo.

Y es allí que se aprende casi inconscientemente a observar y a deducir un buen número de conclusiones y normas de conducta que nos servirán de guía segura en el ejercicio de nuestra futura vida

profesional, y que tan solo allí, junto al enfermo, se adquieren.

Por lo tanto, el único interés que pueda ofrecer este breve resumen, estará posiblemente en los casos clínicos, en los que siempre hay alguna novedad digna de mención.

Al dejar la Escuela de Medicina, cumplo con un deber de gratitud al reconocer una deuda que importa un conjunto de conocimientos adquiridos en ella, a fuerza de una labor fecunda por parte del cuerpo de profesores, a quien no dejaré de estar para siempre agradecido.

Y al presentar este trabajo, sólo lo hago para dejar una constancia de mi paso por la Facultad de Ciencias Médicas, que quizás pudiese al mismo tiempo resultar de alguna utilidad para los estudiantes que aún continúen en ella.

Sólo os pido entonces benevolencia en vuestro juicio.

Al mismo tiempo, quiero recordar aquí los nombres de los médicos del Hospital San Roque, a quienes tanto les debo, comenzando por su digno director el doctor Antonino Ibarguren, de quien conservaré siempre sus consejos y sabias lecciones de clínica médica y neurológica, transmitidas con tanta erudición como caballerosidad.

Al doctor Araoz Alfaro, por las múltiples enseñanzas recibidas en sus conferencias de clínica pediátrica, como también a los doctores Ramón Iribarne, Hitse, Velazco Blanco, Santos y Acuña, del mismo servicio de niños.

Al doctor Daniel J. Cranwell, por sus provechosas lecciones de clínica quirúrgica y patología externa en la sala XI y a su jefe de clínica el doctor Francisco Castro.

A los doctores Arce, Palma, Viñas, Susini, quienes han sido mis maestros en la sala XIII.

Al doctor Eliseo V. Segura, que siempre demostró el más alto interés y no economizó esfuerzos para transmitir generosamente a sus discípulos del hospital, sus vastos conocimientos laringológicos.

A los doctores Molinari, Bottaro, Julio Iribarne y Berri, del servicio de ginecología y a los doctores Peralta Ramos y Boero, que supieron granjearse las simpatías de todos los estudiantes, que voluntariamente concurrían a sus clases.

En fin, a los médicos internos, los doctores Ceballos, Schinelli, Coulin, Ronchi, que fué médico de mi guardia, y al doctor Natal López Cross, que me acompaña en esta tesis.

A todos ellos, mi profundo agradecimiento.

¿Y cómo no recordar con alegría a los practicantes internos, con quienes he compartido durante

tres años, los buenos y malos ratos de la vida de estudiante ?

Y digo con alegría, porque al abandonar el hospital no implica separación, sino al contrario, una unión más fuerte y duradera.

A éstos, mi amistad más sincera.

CAPITULO I

HISTORIA

Las hernias estranguladas constituyen una afección cuya mención se encuentra en los escritos antiguos de la Grecia, Roma y Alejandría ; si bien en algunos de ellos se notan grandes confusiones acerca de su naturaleza y modo de producción, en cambio en otros aparece el cuadro sintomático bastante bien descrito, aunque con gran variedad de denominaciones.

En efecto, las descripciones de Celso, Hipócrates, Proxágoras, demuestran claramente que la afección les era conocida, pero que sus causas les escapaban y relacionándola a la acumulación de materias y gases (efecto y no causa), crearon, como dice Jaboulay, una doctrina del « ingurgitamiento intestinal » que satisfizo por más de 15 siglos a los médicos de la antigüedad y de la Edad Media.

En los escritos de Franco se ve la importancia que se daba a «ciertas flatuosidades y a otras cosas ventosas», como causantes de la irreductibilidad de las hernias.

Pero llegó un momento, siglo XVI, en que el espíritu investigador no pudo contentarse con estas teorías que sólo explicaban un determinado número de casos, y la noción del estrangulamiento empezó a difundirse.

En 1551, Maupas y Ambrosio Paré, parecen ser los que primero operaron con éxito algunas hernias.

Riolano descubre la importancia de los anillos herniarios (inguinal, crural, umbilical), como agentes exclusivos de estrangulamiento, al punto de que cuando practicaba la kelotomía no se preocupaba de abrir el saco herniario, que Leonidas, de Alejandría, descubriera varios siglos antes.

La teoría de Riolano fué aceptada en la primera mitad del siglo XVIII, por Dionis, J. L. Petit y Sauiard, aunque este último reconoció con Arnaud, Scarpa y Dupuytren, que habían hernias operadas con desbridamiento del anillo, en que los fenómenos de estrangulación no desaparecían, debido visiblemente a otra causa, ésto es, al cuello del saco.

Lequin, en 1665, fué el primero que empleó el término estrangulamiento.

En 1700, Littre aconseja el ano contra-natura cuando existe la gangrena herniaria.

Casi al mismo tiempo Ramdohn ejecuta por primera vez una resección intestinal como se lee en los escritos de Morand de 1730.

Más tarde, en 1768 Gousand, aceptando las antiguas teorías hipocráticas sobre las causas del estrangulamiento, formula una propia, la de la inflamación herniaria, que 72 años después defendiera Malgaigne con ardor.

Finalmente, Gosselin, admitiendo las teorías de Gousand y de Riolo, concede cierta importancia a la obstrucción incompleta del intestino por una acumulación de materias y gases; esto es, renovaba en cierto modo, la primitiva teoría del ingurgitamiento.

Una vez conocidas las causas y agentes principales de estrangulamiento, la terapéutica se dirigió por una vía más racional y segura al éxito, y la cura operatoria se impuso, reemplazando el antiguo taxis por la celotomía con abertura del saco y su resección.

Pero, hasta que la antisepsia Listeriana, no fuera conocida de los cirujanos, los resultados de la cura operatoria fueron muy poco felices, y el peritoneo fué siempre la barrera infranqueable con que tropezaron.

Los progresos de la asepsia y de la técnica qui-

rúrgica, dieron á la operación el éxito que le faltaba.

Recientemente han entrado nuevas doctrinas para explicar la irreductibilidad herniaria, a saber : la del acodamiento brusco del intestino (de Bush); la de la obstrucción por las válvulas conniventes (de Roser), y principalmente la del cono mesentérico interno (de Lossen-Berger) ó del cono externo de Berger ; estas teorías cuya explicación daremos al hablar del mecanismo del estrangulamiento son las que se aceptan mayormente.

La cura operatoria de las hernias estranguladas data, entre nosotros, del año 1888, fecha en que la practicó por primera vez, el doctor Llobet y con resultados inmejorables.

Desde entonces pasaron unos 4 o 5 años hasta que se impusiera en las prácticas hospitalarias y particulares donde se repite á diario.

DEFINICION

Llámase estrangulada, la hernia que sufre una constricción tal que impida bruscamente su reducción, detenga el curso de las materias intestinales, y la circulación de la sangre y termine con la gangrena perforante si una intervención quirúrgica no suprime el obstáculo (Forgue).

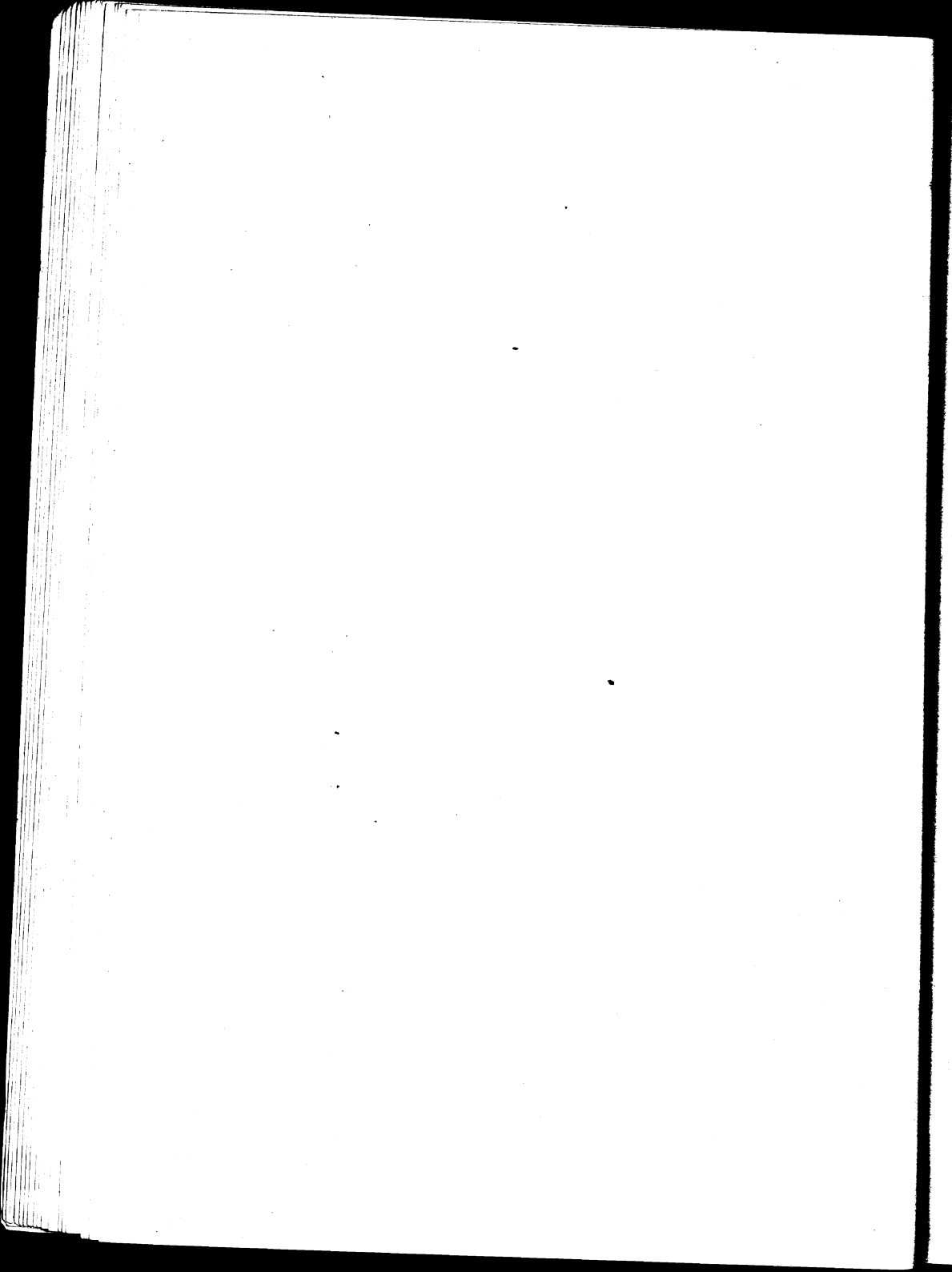
Jaboulay la define en términos análogos : « La constricción del intestino e del epiplón (si se trata de epiplocele) en el interior del trayecto herniario, constricción permanente, que obstaculiza la circulación sanguínea, detiene el curso de las materias, y si la reducción no es practicada, determina accidentes de perforación y de gangrena de las tunicas intestinales, o de necrosis epiploica ».

Víctor Vean considera estrangulada una hernia habitualmente reductible, que se hace súbitamente dolorosa e irreductible.

De estas definiciones se deduce : que se pueden dar dos definiciones según que se tome en cuenta los síntomas clínicos o la lesión anatómica.

En efecto, bajo el primer punto de vista diremos que es caracterizada por la brusca irreductibilidad y la detención de las materias intestinales ; y bajo el punto de vista anátomo-patológico por las lesiones de compresión (isquemia, e infecciosas dependientes del paso de los bacterios intestinales a través de las tunicas del intestino).

La definición de Víctor Vean es basada propiamente en un criterio quirúrgico y según ella, el cirujano no debe esperar los síntomas de oclusión intestinal para formular su diagnóstico, e intervenir, pues, considera que algunos de éstos, pueden aparecer tardíamente cuando las lesiones del intestino son ya avanzadas.



CAPITULO II

ETIOLOGÍA, Y PATOGENIA ANATOMIA PATOLÓGICA

Las causas de estrangulamiento de las hernias son múltiples y obran ya aisladas, ya separadamente unas de otras, ya combinadas entre sí en las formas más caprichosas, de suerte que muchas veces no es fácil inculpar a ninguna de ellas la producción de los fenómenos.

El estrangulamiento es una de las complicaciones que más a menudo se presenta en las hernias. Se considera que el 25 por 1000 de las hernias se estrangulan, pero esta cifra sufre grandes variaciones si se tienen en cuenta las diversas clases de hernias y las variadas circunstancias etiológicas. Por lo tanto para estudiar ordenadamente estos factores, es necesario clasificarlos en dos grupos a saber : las causas predisponentes y las causas inmediatas o determinantes.

Las primeras a su vez están subordinadas a condiciones dependientes de la variedad anatómica o local, y de ciertas condiciones del individuo, de modo que las causas predisponentes se subdividen en locales e individuales.

CAUSAS PREDISPONENTES LOCALES — En este grupo examinamos la variedad, volumen, edad y congenitalidad de las hernias, y tomando en cuenta los resultados de las estadísticas vemos que las hernias crurales son las que más frecuentemente se estrangulan, (sobre todo en la mujer); en segundo lugar están las umbilicales y en tercero las inguinales.

La mayor frecuencia de las primeras, se debe a que son hernias pequeñas y normalmente contenidas por un anillo fibroso y cortante, como es el ligamento de Gimbernat. En cambio, las hernias inguinales no presentan ese carácter anatómico tan acentuado.

El volumen también influye, pues las hernias pequeñas, como ya dije, debido a la rigidez del anillo y poca extensibilidad del saco, y son en las que se produce más rápidamente la gangrena.

La edad de la hernia en el momento del estrangulamiento es otro factor que se debe tener en cuenta. La mitad de las hernias se estrangulan después de los 10 años y la quinta parte lo hacen en el mo-

mento de su producción. Si bien es cierto que las más viejas son las más grandes por lo general, no deja de ser una proporción bastante elevada, el quinto para aquéllas, si se tiene en cuenta que allí todavía no hay fenómenos de irritación y espesamiento de los anillos.

Referente a congenitalidad, diré que las hernias congénitas son las que más fácilmente se estrangulan por progresar en anillos estrechos, inextensibles y resistentes mientras que las hernias adquiridas se producen a través de orificios y paredes debilitadas y por lo tanto extensibles.

CAUSAS PREDISPONENTES INDIVIDUALES — La edad, el sexo, la profesión, obran como factores de gran importancia.

La edad de mayor frecuencia es de 40 á 50 años en el hombre, en la mujer se las observa con un máximo de los 50 a los 60 años, esto es, se las ve aparecer unos 10 años más tarde debido posiblemente a las condiciones anatómicas y sociales de la mujer. Antes de los 20 años son raras en el hombre y todavía más raras en la mujer, en la que no suelen producirse antes de los 40 años.

En los niños disminuye aún esta frecuencia y son rarísimos los casos de hernia estrangulada en

los primeros meses ; sin embargo nosotros hemos tenido la suerte de observar algunos.

En Europa : March reunió 47 casos (Londres 1874) Feré, 56 casos (1881).

Fariel (1894) reúne también varios y hace su tesis sobre ellos. Ector y Stein hacen sus publicaciones donde tratan el tema muy detalladamente, y de las estadísticas del primero resulta que, dentro de la edad de 2 años, el número de estrangulamientos observados desde el nacimiento hasta los seis meses es casi el doble de los que se observan desde 6 meses a 2 años, siendo al mismo tiempo mucho más frecuentes en los varones que en las mujeres.

El sexo, como ya hemos visto en las líneas anteriores, hace notar su influencia, pero aquí de una manera indirecta, pues no obra como una causa individual sino como causa local, dependiente de la variedad de hernia, que casi siempre son las crurales o umbilicales.

Pero si tenemos en cuenta que las hernias en general son más raras en la mujer que en el hombre, y que éstas pocas hernias son las que tienen por su variedad, mayor predisposición para estrangularse, resulta que relativamente, la proporción de las estranguladas a las simples, es mucho mayor que en el hombre.

La *preñez* produciendo la distensión y el rechazo de la masa intestinal hacia los costados y atrás, impide que ésta se ponga en contacto con los orificios herniarios y, por lo tanto, las estrangulaciones son más raras, aunque los partos repetidos sean una causa de debilitamiento de las paredes y de formación de hernias.

Las profesiones no producen relativamente tanta influencia, pues más obran produciendo hernias, que estrangulándolas; las profesiones que requieran la ejecución de esfuerzos, serán las que más influencia tendrán.

CAUSAS DETERMINANTES — Las causas determinantes son todas aquellas, ya normales o fisiológicas, ya patológicas que importen un esfuerzo o sea un aumento brusco de la porción abdominal.

Entre las fisiológicas citaremos los esfuerzos musculares, (salto, levantamiento de pesos, etc.), estornudos, defecación, hipo, trabajo del parto, etc., y como patológicas están los esfuerzos de origen pulmonar (tos) o abdominal (vómitos) y además los aumentos de presión producidos por los traumatismos o caídas sobre el vientre.

Todos estos accidentes se observan bastante frecuente entre los portadores de hernias normalmente contenidas por bragueros, y durante un momento en

que éstos son quitados ; por eso se ve que casi instintivamente dichos individuos suelen sujetarse su hernia al tiempo de ejecutar un esfuerzo.

En los niños de pecho probablemente el llanto y la constipación son dos factores predominantes.

MECANISMO — PATOGENIA — Muchas son las teorías que explican porqué se estrangulan las hernias, y si bien es cierto que unas ú otras no sirven para explicar ciertos hechos, no por eso debemos desecharlas, pues sirven para otros, ya combinadas, ya aisladas.

De modo que, siendo eclécticos, daremos a cada una un cierto valor con arreglo a las circunstancias del caso.

Como dije, al hablar de la Historia de las hernias estranguladas, la primer teoría conocida fué la del ingurgitamiento herniario, esto es, la acumulación de materias y gases que impiden su reducción, pero no es reconocida hoy como causa de estrangulamiento, sino de oclusión.

La teoría de la inflamación, o peritonitis herniaria fué también aceptada pero se reconoce que esta inflamación que casi siempre existe, es más bien una consecuencia de la estrangulación y de la mala vitalidad de la pared intestinal a través de la cual los microbios pasan al saco herniario.

Existen las teorías llamadas mecánicas y ellas explican la estrangulación por el anillo o por el cuello del saco. Los unos quieren conceder una elasticidad pasiva al anillo, otros elasticidad activa (estrangulamiento elástico de Richter y espasmódico de Scarpa), y en fin el cuello también produciría análogos fenómenos.

El acodamiento brusco del intestino es para algunos el principal factor. Este acodamiento se produce cuando el cabo aferente distendido, comprime el cabo eferente contra el anillo herniario y lo acoda de manera de cerrar su luz e impedir el curso de las materias y de los gases. Para que esta obstrucción se produzca es necesario que al momento de penetrar el ansa en el saco se produzca un aumento brusco de la tensión del intestino, pues el experimento clásico de O'Beirn prueba que si se insufla suavemente el cabo aferente, el aplastamiento del cabo eferente no tiene lugar y la obstrucción no se produce.

Por el hecho mismo de la presión y acumulación de materias del cabo aferente, favorecido por la producción de dolor local que determina la contracción de los músculos abdominales, el ansa se mantiene irreductible.

La teoría del acodamiento brusco pertenece a Busch.

Existe además la teoría de la obstrucción por el cierre de las válvulas conniventes del intestino, de Roser, que admite que dichas válvulas se cierran por la misma corriente de los líquidos en el cabo aferente.

Pero no explica como se produce la obstrucción en un intestino donde no haya válvula alguna.

Además la teoría de Kocher, análoga, admite un resbalamiento de la mucosa que haría el papel de válvula.

Sin embargo ni la teoría de Busch, ni las de Roser y Kocher explican porqué una hernia estrangulada no es reductible por el taxis, cuando debiera serlo dado que según ellas el cabo aferente no está obstruído; esto es, no explican la obstrucción del cabo aferente.

Lossen imaginó entonces una teoría que satisfizo algo la explicación de estos hechos, e inculpó al mesenterio de comprimir ambos cabos de dentro a fuera a manera de cuña insinuándose entre ellos.

Berger quiso que fuera el mesenterio ya salido el que comprimiera los cabos contra el anillo, de fuera a dentro debido a las ataduras de aquél en la columna vertebral.

Quedan por explicar el estrangulamiento epiploico donde estas teorías son inaplicables, y el pinzamiento lateral del intestino en el cual no hay obs-

trucción propiamente dicha ni mesenterio que se introduzca.

La *Anatomía patológica* nos enseña que existen alteraciones bastante rápidas de la vitalidad del intestino.

Estas consisten en modificaciones circulatorias que si se observan inmediatamente de producidas, revelan una obstrucción o compresión venosa que trae la consiguiente congestión. El intestino cambia su color rosado natural por el rojo de vino.

Se ven las redes propias llenas de sangre así como también las del mesenterio, pues el aporte sanguíneo arterial no se detiene todavía. En seguida se produce la extravasación del suero sanguíneo y la infiltración edematosa de la pared que se pone gruesa y algo endurecida. Igualmente por la mayor irrigación sanguínea, las glándulas intestinales segregan sus jugos que junto con la serosidad extravasada aumentan el contenido del intestino que por lo tanto se distiende e hincha hasta hacerse globuloso.

En la superficie exterior del intestino también se producen exudados fibrinosos (inflamatorios) y se derraman en el interior del saco bajo la forma de un líquido amarillo transparente y aséptico al principio, turbio séptico y rojizo más tarde.

Al nivel del punto estrangulado estas alteraciones varían algo, pues se ve allí por el contrario un

adelgazamiento de las paredes que le dan una forma de depresión circular a lo que se ha denominado surco de estrangulamiento. En ese sitio el aspecto del intestino varía un tanto, pues se notan algunas manchas equimóticas que resaltan sobre un fondo algo más pálido.

En una segunda faz del proceso, se acentúan los caracteres antedichos para transformarse en una franca inflamación.

El color ahora se ha modificado, de rojo vinoso se ha transformado en una cantidad de manchas equimóticas que aumentan rápidamente de extensión y confluyen entre sí hasta cubrir todo el trozo de intestino herniado; se han producido extravasaciones sanguíneas.

El aspecto luciente y liso del peritoneo visceral ha cambiado en despulido y pegajoso por los exsudados inflamatorios que han aumentado.

En virtud de haberse constituido una cavidad cerrada, los microbios intestinales han adquirido una virulencia notable y su multiplicación da lugar a fermentaciones y descomposiciones con desarrollo de gases que a su vez distienden más la luz intestinal, provocan, por una especie de círculo vicioso, un avance de las lesiones de la pared.

La distensión llega a ser tal que por su existencia se le ha comparado con un « boudin ».

Si las maniobras de taxis han sido prolongadas, estas lesiones son más pronunciadas y avanzadas.

Por lo general, en la parte que corresponde al reino de estrangulación se observan lesiones más graves que en el resto del ansa, y los síntomas de mortificación aparecen allí primero, desapareciendo la vascularización aún después de librada de la compresión. El surco adquiere un color gris o blanquecino que se le ha denominado color hoja muerta ; el adelgazamiento de la pared se exagera, y se vuelve sumamente friable perdiendo su elasticidad.

El tercer y último grado de las lesiones de las tunicas intestinales lo constituye el esfacelo : gangrena que invade en forma de placas más o menos grandes el ansa, tomando ellas la antedicha coloración ; ya no se distinguen vasos sanguíneos, y el adelgazamiento es tal que al menor movimiento se perfora y da salida a las materias contenidas.

La mortificación de los tejidos comienza por las tunicas internas : primero se necrosa la mucosa que descansa y favorece la entrada de los microbios al espesor de la pared, lo que determina las trombosis y pequeñas hemorragias intersticiales en las que los microbios pululan como en un caldo de cultivo. La degeneración de las tunicas musculares es más lenta y ellas oponen un cierto obstáculo a la migración microbiana ; pero una vez que ha sido franqueado,

sólo queda la tela adelgazada de la serosa debajo de la cual se ven por transparencia las equímosis subserosas tan temidas por Fobet y Gosselin pues implican el peligro inminente de perforación.

Las hemorragias subserosas se transforman bien pronto en abscesos subserosos.

A medida que estas lesiones avanzan se produce al mismo tiempo una infiltración leucocitaria.

Cuando el estrangulamiento no recae sobre toda la circunferencia del intestino, como sucede en el pinzamiento lateral o hernia de Littre, las lesiones del intestino son iguales a las citadas aunque el mecanismo difiera algo y no esté bien dilucidado, pero la característica la constituye la rapidez con que las lesiones se producen sobre todo si se trata de hernias crurales.

Si las lesiones inflamatorias no llegan a la gangrena, sólo se vería producirse adherencia, entre el intestino y el saco.

Estas adherencias, en caso de producirse un anócontranatura espontáneo, impiden que los líquidos caigan en la gran cavidad peritoneal y determinen una peritonitis rápidamente mortal.

El saco herniario presenta también algunas alteraciones: normalmente presenta una coloración blanco-rosada que se cambia por pardo oscuro, apizarrado y surcada de vasos sanguíneos congestio-

nados ; su volumen y consistencia han aumentado un tanto.

Histológicamente, el saco es pasible de las mismas alteraciones del intestino : inflamación, infiltración y gangrena ; y las repetidas inflamaciones anteriores a la estrangulación ha podido determinar espesamientos y aún neoformación de sacos, incluidos los unos dentro de los otros y separados por especies de bolsas serosas conteniendo un líquido claro, transparente que no debe confundirse con el del verdadero saco herniario que es más rojizo.

Estos casos han dado lugar a confusiones de parte de los cirujanos, que han tomado al 2º o 3er. saco por el intestino ; pero la coloración apizarrada del verdadero saco es algo distinta de aquel.

El líquido herniario puede faltar en el caso de que el saco esté íntimamente unido al intestino y entonces el cirujano que abre el saco abre también el intestino y ve salir con satisfacción su líquido herniario que en realidad es el contenido intestinal y que en muchas ocasiones es similar.

Esto ocurre desgraciadamente con las llamadas hernias secas.

Al principio el líquido herniario es claro y transparente y se torna rojizo y parduzco por las extravasaciones sanguíneas.

La proximidad del intestino hace que tome el olor y caracteres de intestinal por la migración microbiana que se produce cuando las lesiones viscerales son bastante avanzadas, y se suele observar desarrollo de gases fétidos.

Por mucho tiempo se negó la presencia de gérmenes en el líquido herniario, pero los estudios anátomo-patológicos de Bosc y Blanc, demostraron el paso de los microbios a través de las hernias intestinales, siguiendo las vías linfáticas, ya solos, ya embarcados en leucocitos.

Todos los órganos que pueden producir estrangulamientos en el interior de un saco son susceptibles de sufrir las mismas alteraciones patológicas que el intestino, y tanto sucede con el mesenterio como con el epiplón, ovarios, trompas, vejiga, etc.

Las hernias intestinales pueden ir acompañadas de epiplón, y en este caso puede por su presencia, proteger al intestino del contacto directo con el agente constrictor, pero también en algunos casos puede por la excesiva cantidad de epiplón herniado, ser la causa de no sólo la producción de hernia, sino de su estrangulamiento, como veremos al tratar de los agentes de estrangulamiento.

Las lesiones anátomo-patológicas no se reducen al intestino, saco, epiplón, etc., sino que también se extienden a otros sitios u órganos lejanos y que,

como es natural, implican de por sí, una complicación más o menos grave, según su localización.

Así, podemos observar sin ir más lejos, que el mismo intestino, fuera del ansa herniada, presenta en el cabo superior o aferente, su consiguiente dilatación por estancamiento de las materias en su interior y una congestión pasiva.

Al mismo tiempo, la detención de las materias trae aparejados todos los síntomas de una intoxicación general por aumento de la virulencia de los microbios intestinales ; pero estas alteraciones son pasajeras, pues cesan con la liberación del ansa.

En cambio, en el cabo inferior el aspecto del intestino es casi normal, aplastado y vacío.

La serosa peritoneal recibe también el contragolpe del órgano que recubre y segrega líquidos tóxicos solamente, o también sépticos, dando los fenómenos llamados de peritonismo o de reacción peritoneal, según los casos.

Los líquidos transudados o exudados son claros, citrinos y con los pigmentos sanguíneos.

Si el exudado es más francamente inflamatorio se producirá hasta la supuración del peritoneo, y si la gangrena ha perforado el intestino, se derramarán en la serosa los líquidos sépticos que ocasionarán una peritonitis mortal.

Hemos tenido ocasión de ver casos de hernias estranguladas, complicarse de neumonías o infecciones septicémicas que concluyen con la vida del enfermo.

AGENTES DE ESTRANGULACION — Varios son los agentes de estrangulación y podemos decir que para cada variedad de hernia, hay uno predominante, por más que suelen combinarse dos o más en un mismo enfermo.

Los principales son : el anillo herniario, el cuello del saco, bridas, anillos musculares, epiplón, divertículo de Meckel, torrión o volvulus herniario, divertículos del saco, estrangulamiento retrógrado, apéndice, hernias properitoneales, diafragmas o válvulas de los canales inguinales, ectopía testicular, etc.

Los anillos fibrosos son los agentes más comunes de estrangulamiento. Y en la época en que se les consideraba agentes exclusivos, se practicaba la kelotomía y se descuidaba de observar el saco que no se abría de temor a las peritonitis.

Con esta práctica incompleta sucedió que algunas hernias cuyo anillo había sido desbridado, y ellas reducidas al abdomen, continuaban presentando los fenómenos de estrangulamiento. Entonces recién se pensó que otros serían los agentes, distintos de los anillos herniarios, y al saco se atribuyeron los fenómenos.

Las hernias que se estrangulan por anillos fibrosos son, por lo general, hernias adquiridas, pequeñas y en las que los anillos son cortantes e inextensibles y donde se efectúa el estrangulamiento por viva arista de Chassaignac, como pasa en las hernias crurales.

Examinemos anatómicamente en los distintos tipos herniarios, cuales son estos agentes.

El anillo crural está constituido por el ligamento de Gimbernat hacia adentro (agente); hacia afuera la vaina femoral, hacia adelante el ligamento de Poupart, y atrás el borde anterior del pubis. En algunos casos raros, la fascia cribiformis es el agente principal.

En las *hernias inguinales*, el orificio externo o el interno, o ambos, o los diafragmas o estrechamientos intermedios del canal pueden indiferentemente ser los agentes, y en algunos casos obran favorecidos por la ectopía testicular.

Las hernias properitoneales, se presentan en la variedad que se estrangulan entre el peritoneo y la fascia transversalis. Esta modalidad ha sido descrita por Krönlein y corresponde a la intraparietal de Birkett.

Los quistes del cordón suelen obrar a veces como agentes raros de estrangulación.

En las *hernias umbilicales*, el agente puede encontrarse en el anillo umbilical o sino en el saco

herniario. En el primer caso, por lo general, es en la parte inferior del anillo (la más dura y cortante) que se efectúa el estrangulamiento por viva arista.

La mitad superior del anillo suele estar ocupada y protegida por el epiplón. En el segundo caso, hernias mayores, el agente puede ser una adherencia o brida fibrosa entre dos puntos o paredes del saco, entre pared e intestino, entre dos ansas, entre epiplón y saco, entre epiplón e intestino, etc., que ocasionen acodamientos o torsiones del intestino.

Otras veces son estrangulamientos en divertículos del saco, o bien parálisis del intestino que se dilata y se hace irreductible.

En las *diafragmáticas*, el agente es un orificio que se sitúa en orificios normales, aórtico o esofágico o en los puntos débiles, por falta o detención de desarrollo y son más frecuentes del lado izquierdo. Esto sucede en los niños.

En los adultos, las ansas (o el estómago) sufren, por lo general, una torsión (vólvulus) y el orificio se suele situar en la parte muscular, de modo que se puede considerar como un anillo contráctil.

En las *hernias de la línea blanca*, epigástricas, el intestino, epiplón o estómago se estrangulan en un anillo fibroso, o bien, a través de la vaina y músculo recto.

En las *hernias obturatrices*, el agente son los bordes del orificio posterior o interno del canal subpubiano ; otras veces, hay bridas fibrosas o bien se produce el pinzamiento lateral.

En las *hernias lumbares*, el estrangulamiento se produce ya en el triángulo de Petit, ya en el de Grinfelt. Ambos, son orificios o mejor dicho puntos débiles de la pared redondeados de bordes musculares.

El *estrangulamiento de las hernias isquiáticas* tiene por anillo, un orificio formado por la escotadura ciática ósea y por el borde del ligamento ciático mayor, ambos inextensibles.

Como hemos visto, el cuello del saco puede producir estrangulamientos, y éstos se hacen por varios mecanismos.

Ya se trata de hernias congénitas inguinales, en las que el saco peritoneal preformado no es extensible, sino que presenta estrechamientos naturales en los que a favor de una brusca entrada del intestino se produce una hernia que al mismo tiempo se estrangula.

En esta misma clase de hernias, se suele observar que después de operada, los fenómenos de estrangulación continúan, porque el cuello del saco presenta esos diafragmas o estrechamientos en otros sitios más elevados del trayecto inguinal y que dan

lugar a otros estrangulamientos simultáneos, o sea a estrangulamientos múltiples.

Por eso es necesario buscarlos siempre.

El saco, como cualquier otro tejido, tiene derecho a inflamarse, toda vez que sobre él obre alguna causa de irritación.

Y es sobre el cuello que ésto se produce cuando un braguero mal aplicado presiona sobre él. Esto da lugar a una inflamación crónica con estrechamiento fibroso del cuello del saco.

El intestino, al entrar en el trayecto peritoneal, puede determinar el arrastre de nuevas porciones de peritoneo dentro del saco y producir así una invaginación del cuello con el consiguiente estrechamiento y aprisionamiento del intestino.

En este caso si se diseca la porción estrechada del saco, se pueden contar tres hojas peritoneales superpuestas, ya separadas, ya adheridas según el grado de inflamación en que se encuentren.

Bastante a menudo se observa en las antiguas hernias adquiridas que, tanto el anillo fibroso como el cuello del saco, están inflamados crónicamente, de modo que entre ambos se observan adherencias fibrosas que traen la estrechez y producen el estrangulamiento.

En estos casos, es difícil atribuir a uno u otro agente, la producción de los fenómenos.

Las bridas fibrosas intramaculares suelen ser en ciertas hernias voluminosas umbilicales el agente de estrangulamiento, y como ya hemos dicho, pueden atarse a dos puntos de la pared del saco en forma de puente, alrededor del cual cabalga el intestino y hace las veces de viva arista.

Si la adherencia o brida se establece entre intestino o saco o entre dos ansas, se producirán uno o dos acodamientos del intestino.

Igual cosa sucede cuando las bridas unen al saco con el epiplón, o a éste con el intestino.

Los anillos musculares son agentes, en ciertas hernias, pero agentes menos frecuentes, pues las clases de hernias en que se producen son raras de por sí: hernias diafragmáticas, lumbares, etc.

El epiplón puede obrar, como ya hemos dicho, a la manera de brida, pero otras veces no hace más que penetrar en el cuello del saco, produciendo un aumento de la presión intrasacular e impidiendo la reducción intestinal.

Las más de las veces este agente sólo trae la irreductibilidad, pues el epiplón puede decirse que es un órgano protector, e impide que los anillos fibrosos lesionen tan rápidamente las tunicas intestinales.

En otros casos, la inflamación primitiva del epi-

plón, negada por algunos autores, es la que produce la constricción del intestino.

Y los que niegan este hecho, consideran que la epiploitis depende de un estrangulamiento intestinal anterior. Esto es muy probable.

El estrangulamiento por el divertículo de Meckel es muy raro, lo mismo que por el apéndice, y en ambos casos, dichos órganos contrayendo adherencias e inflamándose, pueden hacer las veces de bridas.

También se citan casos en los que estos dos órganos se estrangulan ellos mismos, y tales son las observaciones de Tedenat, Ekehorn y Von Lackovich. Pero muchos de estos casos parecen ser más inflamaciones diverticulares que estrangulamientos completos.

El saco herniario puede presentar algunos divertículos o prolongamientos insinuados, ya en el espesor de la pared, ya debajo de la piel, los cuales, comunicando con el saco principal por un orificio algo estrechado, son agentes de estrangulamiento.

En las hernias umbilicales grandes y en las crurales a través de la fascia cribiformis, se observan estos hechos.

La torsión del ansa intestinal dentro del saco, o sea el vólvulus herniario, produce el estrangulamiento.

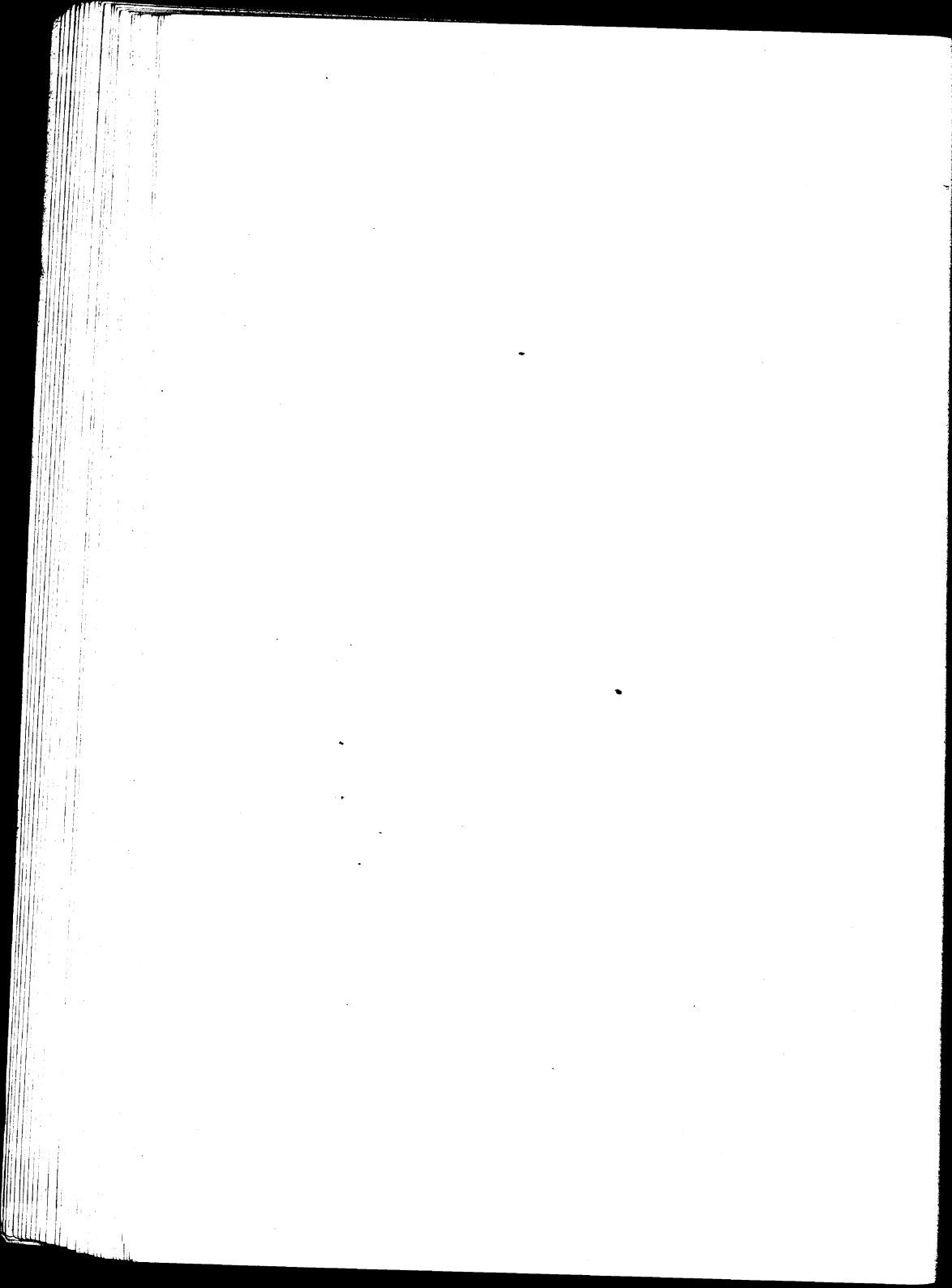
Algunas veces se observan bridas o adherencias, pero en otros casos existe la torsión exclusivamente.

Otro agente de estrangulamiento se observa en la disposición en W, de Maydl, del estrangulamiento llamado *retrógrado*. Son dos ansas herniarias, cuya porción intermediaria o ansa retrógrada queda en el interior del abdomen y se estrangula en su cuello.

Dadas las condiciones y situación del ansa herniaria, se concibe que las lesiones anátomo-patológicas revestirán una importancia mayor, pues la serosa peritoneal está mucho más expuesta a ser infectada.

En las hernias properitoneales que se estrangulan, el agente es un divertículo situado en el intersticio entre la fascia transversalis y el peritoneo que se encuentra limitándolo por detrás.

Esta clase de agente se encuentra raras veces.



CAPITULO III

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de las hernias estranguladas, presentan algunas variaciones dependientes del lugar de la hernia, del tiempo del estrangulamiento, del volumen y edad de la hernia y de muchísimas condiciones individuales.

Pero los síntomas de las hernias estranguladas en general, pueden reunirse bajo una sola descripción de conjunto, que se modifica según las circunstancias de cada caso.

Pues, en ciertos casos, un síntoma de los de mayor importancia, puede atenuarse o faltar o presentarse tardíamente.

PRIMER PERIODO O DE PRINCIPIO — Un sujeto que tiene una hernia normalmente contenida por un braguero ejecuta algún esfuerzo brusco o tose vio-

lentamente, etc., siente un dolor más o menos agudo en el sitio de su hernia. Lleva su mano a ella y encuentra ya su braguero movido, ya en su sitio, pero su hernia está muy aumentada de volumen. Desde entonces experimenta una sensación general desagradable.

El enfermo trata entonces de reducir su hernia como de costumbre, pero el dolor y la consiguiente contracción de los músculos abdominales impiden la maniobra.

El *dolor* es uno de los síntomas inconstantes que advierten al enfermo de su novedad, pero muchas veces falta y sólo éste experimenta una sensación local anormal que a su vez puede pasar desapercibida y que es causa suficiente para que un investigador poco minucioso pase por alto, cuando se trata de alguna pequeña hernia (punta de hernia).

Este dolor se localiza en la vecindad del pedículo herniario y se presenta bajo dos modalidades : es espontáneo y es provocado a la vez por la presión.

El primero se manifiesta ya continuo, ya en forma de cólicos, que parten de la hernia y se irradian a distintos puntos del abdomen, produciendo la contracción muscular que a su vez agrava el estrangulamiento.

El segundo o provocado despierta una viva sensibilidad y la defensa de la pared.

La *irreductibilidad* es el síntoma más constante. El enfermo la advierte casi siempre y emplea a veces maniobras brutales y prolongadas que ponen en peligro la integridad de las tónicas intestinales y que el práctico debe de evitar en lo posible.

La irreductibilidad debe ser permanente, pues no se puede calificar de tal cuando ella dura breves instantes sin dar los demás síntomas de oclusión.

Sin embargo, una hernia no dejará de ser estrangulada cuando su irreductibilidad, siendo transitoria, hubiese dado lugar a los síntomas generales de oclusión, se reduzca ella espontáneamente o por el taxis.

La irreductibilidad debe tener otro carácter esencial ; debe ser súbita, pues la irreductibilidad progresiva se observa en muchas hernias que no son estranguladas, pero sí irreductibles, y en las que el paso de las materias no ha sido impedido bruscamente.

Una vez que estos síntomas se acentúan, aparecen las náuseas y vómitos, al principio de origen reflejo y luego por oclusión verdadera.

Las necesidades de defecación aparecen, pero el enfermo no expele por lo general ni materias ni gases.

Sólo cuando el cabo inferior del intestino contiene algo, se suele observar una escasa deposición,

que se provoca a veces con un enema o si se trata de hernias no intestinales.

Desde este momento la situación se agrava y los fenómenos generales y peritoneales, dominan la escena.

SEGUNDO PERIODO — El estrangulamiento es neto. El enfermo flexiona la pierna correspondiente al lado de la hernia para relajar su vientre. A la inspección del vientre, se nota un levantamiento ya redondeado, ya alargado, en el sitio de la hernia, de volumen variable, haciendo relieve sobre un vientre a su vez globuloso y tendido. La piel presenta su coloración normal a lo menos al principio.

A la palpación se nota un tumor que presenta cierta resistencia, mayor que la de una hernia normal, una elasticidad muy marcada-debida a la distensión gaseosa del intestino.

La dureza suele ser tal que simula un tumor sólido.

Si mientras se palpa se ordena al enfermo ejecutar esfuerzos o tosa, no se siente esa impulsión que se experimenta en una hernia no estrangulada.

La palpación permite apreciar el sitio del pedículo, determinando por ella, si se trata de una hernia crural, inguinal o de otra clase.

En el primer caso se sentirá una especie de cordón duro que pasará por debajo de la arcada crural; en el segundo por arriba de ella.

Si el epiplón hace también hernia, se palpará un cordón más duro y ~~tenso~~ con ataduras fijas en la hernia y en el interior del vientre.

Es lo que se llama la cuerda epiplóica.

La palpación es dolorosa sobre la hernia y en algunos sitios del abdomen, el que a su vez ofrece una resistencia a la presión, debida a la distensión de las ansas intestinales por los gases, y también a la defensa muscular.

La percusión da matitez relativa. Esta matitez es mayor que en las hernias simples y si el epiplón hace hernia habrá una matitez más absoluta. Sin embargo, en algunos casos se encuentra timpanismo, bien porque la percusión sea demasiado fuerte, bien porque una parte del ansa herniaria sea la sola estrangulada, o ya porque los gases intestinales han pasado al saco.

Los síntomas abdominales se agravan; los vómitos alimenticios del principio se hacen más violentos y biliosos (porráceos) para volverse después amarillos y oscuros y con olor fétido (vómitos fecaloides).

Cuanto más baja sea la obstrucción, más carac-

terres fecaloides presentarán y serán más tardíos en aparecer.

El curso de las materias y de los gases es detenido por completo al final del primer día, a pesar de que pueden observarse diarreas dependientes de una hipersecreción intestinal según la opinión de Le Dentú y de un pinzamiento lateral del intestino que permitiría el paso de los líquidos, según Duplay.

Los vómitos se acompañan de hipo y el vientre se pone tanto más timpánico cuanto más baja es la obstrucción.

El peristaltismo se exagera e invierte acompañado de dolores en forma de cólicos, pudiéndose seguir aquellos movimientos con la vista.

El enfermo adquiere las fascies peritoneales con malestar, angustia, agotamiento de las fuerzas.

Presenta una dispnea de origen tóxico con cianosis.

El pulso se debilita y se hace frecuente y más tarde irregular e imperceptible.

El enfriamiento invade desde los miembros hacia el tronco.

La mirada es anciosa y los globos oculares se hunden en las cavidades orbitarias.

La piel se cubre de sudor y la cianosis se generaliza ; la secreción urinaria se suspende y el en-

fermo conserva su conocimiento por completo hasta que deja de existir.

Este es el cuadro sintomático más o menos exacto, de una hernia que sigue su curso sin la intervención de un cirujano.

Los síntomas, por lo tanto, marcarán un grado tanto menor de gravedad cuanto más pronto intervenga el bisturí.

Pero ésta no es la sintomatología que conviene a todos los casos que siguen su evolución natural : en algunos casos más felices la reducción espontánea se realiza y los fenómenos van desapareciendo poco a poco ; pero probablemente muchos de estos casos no son estrangulamientos verdaderos.

En otros casos los síntomas graves aparecen, pero la gangrena del intestino y del saco dan lugar a la formación de un flegmón que se abre espontáneamente al exterior y constituye un ano contranatura.

Si este proceso ha sido rápido y la mano del cirujano interviene quitando el obstáculo, y si la estercoremia no se ha producido todavía, el enfermo puede salvarse.

Los flegmones estercorales presentan una sintomatología que se confunde con los otros flegmones y que ha dado lugar a sorpresas desagradables por parte de los cirujanos que han desconocido su naturaleza antes de incindirlos.

Producido el ano contranatura, la sintomatología, por lo general, se agrava sin cirugía ulterior.

Muchas veces el cuadro sintomatológico se completa desde las primeras horas del estrangulamiento y los fenómenos de gangrena se producen rápidamente.

Por el contrario, hay formas que tienden a la cronicidad y en las que los fenómenos sintomáticos son tan atenuados que pueden desconocerse y confundirse con otras afecciones, circunstancias tanto más peligrosas cuanto que aquellas exigen tratamientos completamente opuestos a los que se necesitan.

Estas son las formas llamadas de estrangulamiento latente.

Ciertas formas presentan síntomas de orden nervioso, como calambres musculares, convulsiones tónicas, delirio, que siendo patrimonio de una intoxicación sanguínea pueden calificarse de ataques de eclampsia.

Cuando una porción de intestino no es estrangulada en toda su circunferencia, sino en una parte de ella, constituyendo el llamado pinzamiento lateral, los síntomas se manifiestan con menor intensidad. El estado general se conserva bastante bueno; los vómitos suelen faltar así como también los fenómenos peritoneales.

Pero la circulación de los gases y de una pequeña parte de líquidos no está impedida.

Tales formas pasan frecuentemente desapercibidas, como las hernias estranguladas latentes.

Fuera de las formas clásicas de estrangulamientos, hay otras en las que se comprueban complicaciones diversas que varían su sintomatología habitual.

No es posible pasarlas todas en revista ; por lo tanto, sólo mencionaré las más comunes.

Por la vía sanguínea es por donde la infección partida del intestino, va a localizarse a los distintos órganos, determinando en ellos procesos inflamatorios a cargo del bacilo coli. estafilo y estreptococos. Sin embargo, la aspiración de las materias vomitadas al árbol respiratorio, produce según Lesshaft, las complicaciones pulmonares.

Tenemos en primer término las complicaciones pulmonares. Encontraremos entonces todos los síntomas, desde una congestión, bronquitis, bronconeumonías, neumonías, hasta neumonías masivas y pleuresías.

Por parte del riñón se observan las nefritis parenquimatosas agudas, con retención de agua y cloruros, albuminuria y hemoglobinuria (nefritis congestivas).

Las glándulas salivales (parótida) y los testículos, así como también las otras de secreción interna :

bazo, hígado, páncreas, etc., sufren cada una procesos inflamatorios, determinando su sintomatología especial.

CAPITULO IV

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Forgue en su tratado de patología externa plantea tres cuestiones al hablar del diagnóstico :

1^a ¿ Se trata de una hernia estrangulada ?

2^a ¿ Se trata de un estrangulamiento verdadero o de otros accidentes herniarios ?

3^a ¿Cuál es el estado de las vísceras estranguladas ? Añade que la 2^a y 3^a cuestión han perdido su importancia.

En efecto, lo más importante es establecer de una manera categórica si se trata o no de una hernia estrangulada, o de algunas afecciones que la simulan, pues la 2^a no aporta, resolviéndola, ninguna ventaja importante, dado que si es estrangulamiento falso o cualquier otro accidente herniario termina haciéndose un estrangulamiento verdadero que exige lo mismo un tratamiento quirúrgico inmediato, o

cualquier complicación peritoneal pasible de la misma terapéutica.

El tercer problema a resolver son las lesiones que presenta el intestino ; éstas, las más de las veces no pueden ser diagnosticadas, porque los síntomas dependientes de ellas, ofrecen una serie de variaciones tales que no permiten establecer una correspondencia matemática entre lesiones y síntomas ; casi siempre después de exteriorizado el intestino es que se conoce su estado. Por otra parte, cualquiera que sea éste, el tratamiento siempre será el quirúrgico.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con : adenitis crural o inguinal agudas, orquitis en testículo ectópico, inflamación de quiste del cordón o del canal de Nüek. flebitis en un paquete de varicocele, hernia grasosa inflamada por el braguero, inflamación de un saco herniario vacío, antiguo, apendicitis herniaria, anexitis herniaria, peritonitis en un hernioso.

Las afecciones que simulan un estrangulamiento tienen síntomas análogos, pero se distinguirán basándose en los caracteres siguientes :

La *adenitis crural* puede tomarse por una hernia crural estrangulada, pero en aquella no se encontrarán síntomas de oclusión intestinal ni antecedentes de hernia alguna, en cambio el comienzo pro-

gresivo de la tumefacción, la vecindad de otros ganglios y la ausencia de un pedículo que lo una a las partes profundas decidirán el diagnóstico.

La *adenitis inguinal* se diferencia de una manera análoga. El canal se encuentra libre.

Una *orquitis en testículo ectópico* se distinguirá explorando el canal, y observando que en la parte superior está ocupado, y en las bolsas el testículo está ausente. Los fenómenos locales y algunos generales reflejos existen, pero los de detención de materias y gases faltan. Se distinguirá por sus síntomas propios de orquitis de cualquier origen (traumático, blenorragico e infeccioso).

Un *quiste inflamado del cordón*, carece también de los síntomas de oclusión intestinal, aunque alguna vez pueda coexistir con un estrangulamiento herniario. En este último caso lo importante es la hernia, cuyos síntomas predominarán y exigirá siempre el tratamiento quirúrgico.

Una *flebitis* en un *paquete de varicocele* puede simular un estrangulamiento, pero la exploración del canal y la falta de retención de materias y gases ayudan al diagnóstico.

La *inflamación de un vaso herniario sano* o de una hernia grasosa tampoco dan retención absoluta, sobre todo de gases.

Un enema purgante suave evacua el intestino y decide el diagnóstico.

En algunos casos por el contrario, sucede que, existiendo el estrangulamiento los síntomas o no existen, o son muy atenuados o son aportados por el enfermo cuya observación es muy deficiente y el diagnóstico es dudoso o no se hace.

El hecho que una evacuación se produzca después de un enema, ha hecho equivocar repetidas veces a los clínicos y por eso Forgue aconseja examinar bien las deposiciones : cantidad y color, y explorar bien las regiones que normalmente son asiento de hernias.

Gosselin dice : « No me cansaré de repetir a los jóvenes médicos que para establecer el diagnóstico del estrangulamiento, no se debe esperar los grandes síntomas, puesto que éstos se señalan a menudo en la época en que lesiones irremediables se han producido ».

El ingurgitamiento herniario, en realidad no debería diferenciarse como una entidad patológica distinta, porque clínicamente es muy difícil hacerlo en una buena parte de los casos.

Quirúrgicamente considerado, las más de las veces no cabe hacer la distinción porque un error traería consecuencias lamentables para el enfermo y por consiguiente para el cirujano.

Jaboulay dice que en casos no bien definidos vale más diagnosticar un estrangulamiento que no existe o que es incompleto, que exponerse a desconocer un estrangulamiento verdadero.

Por otra parte el ingurgitamiento herniario se transforma a menudo en un estrangulamiento verdadero secundario (encarcelación estercoral) que el cirujano no puede prever siempre.

El ingurgitamiento *clásico*, no alcanza a producir síntomas generales tan graves, porque su duración es corta ; cede espontáneamente, o por la presión, y en otros casos por un enema purgante.

La reacción dolorosa local es menor.

La hernia presentará consistencia variable dependiente del tiempo y del contenido.

Si este es un ansa de intestino grueso las materias serán sólidas (ingurgitamiento sólido), lo que es raro ; si es el intestino delgado, el contenido será líquido o gaseoso (ingurgitamiento líquido o gaseoso) y la consistencia será más blanda.

El *proceso de peritonitis herniaria* es pasible de las mismas consideraciones que el ingurgitamiento pues la importancia de un diagnóstico preciso, va disminuyendo día a día a causa de que se considera que la inflamación herniaria es una consecuencia del estrangulamiento ; que se manifiesta en mayor o menor grado según las circunstancias, y que tanto para

el estrangulamiento como para la inflamación herniaria, el tratamiento quirúrgico es el que se ha de emplear.

Este proceso se encuentra también en los casos de apendicitis herniaria, ovaritis o salpingitis herniaria.

Por lo general y dada su rareza, estos procesos intravasculares, constituyen una sorpresa operatoria.

Las opiniones están divididas, respecto de si se debe considerar por ejemplo como hecho primitivo, el estrangulamiento del apéndice o a la apendicitis herniaria.

De todas maneras el diagnóstico es casi imposible de hacer hasta el momento de la intervención.

En estos casos la retención de materias y gases faltará, pero en cambio podrán encontrarse síntomas pertenecientes al órgano herniado.

El diagnóstico de las lesiones intestinales puede formularse de una manera aproximativa porque, como ya he dicho, no hay una relación constante, entre aquellas y la intensidad de los síntomas.

Pero siempre cabe *suponer* que dichas lesiones son tanto menos avanzadas cuanto menos tiempo tenga de estrangulamiento; que serán más graves o adelantadas cuanto más tenso y doloroso está el saco y cuanto más acentuados son los fenómenos

de oclusión y peritoneales, así como los de intoxicación general.

Más pronto se desarrollan las lesiones en una pequeña hernia que en una voluminosa, sobre todo si es crural y normalmente bien contenida.

Las lesiones son más tardías si en el saco se encuentra también el epiplón que hasta cierto punto protege al intestino del borde cortante del anillo inextensible.

Sin embargo, en hernias recientemente estranguladas se ha observado la gangrena perforante, como también en casos que la sintomatología no parecía demostrar tales lesiones.

Y raramente dicha gravedad existía en hernias voluminosas o con epiplón, y faltaba en las pequeñas crurales o en las que llevaban varios días de estrangulamiento.

Pronóstico — Es siempre grave, según se desprende de lo anteriormente dicho y fatal si la cirugía no interviene; aunque la naturaleza pueda crear dos soluciones felices, espontáneamente, como son: la reducción por sí misma (rara), o el ano contra natura, que el práctico no está autorizado a esperarlas, dada su rareza.

Lo común es que las lesiones de la pared del intestino se agraven y que la intoxicación general aumente.

Pero el pronóstico se basará en el estado del intestino, cosa difícil de determinar, y en la oportunidad del tratamiento quirúrgico.

Además se basará en el estado de resistencia del organismo frente a la anestesia y una vez terminada ésta, en las complicaciones post-operatorias.

Cuando sólo se conocía el taxis, el pronóstico era muy sombrío, pero a medida que aquél va siendo reemplazado por la kelo-tomía efectuada en las condiciones exigidas por la cirugía moderna, los resultados son más halagüeños.

Sobre todo es la oportunidad del momento de la intervención, la que decide el pronóstico.

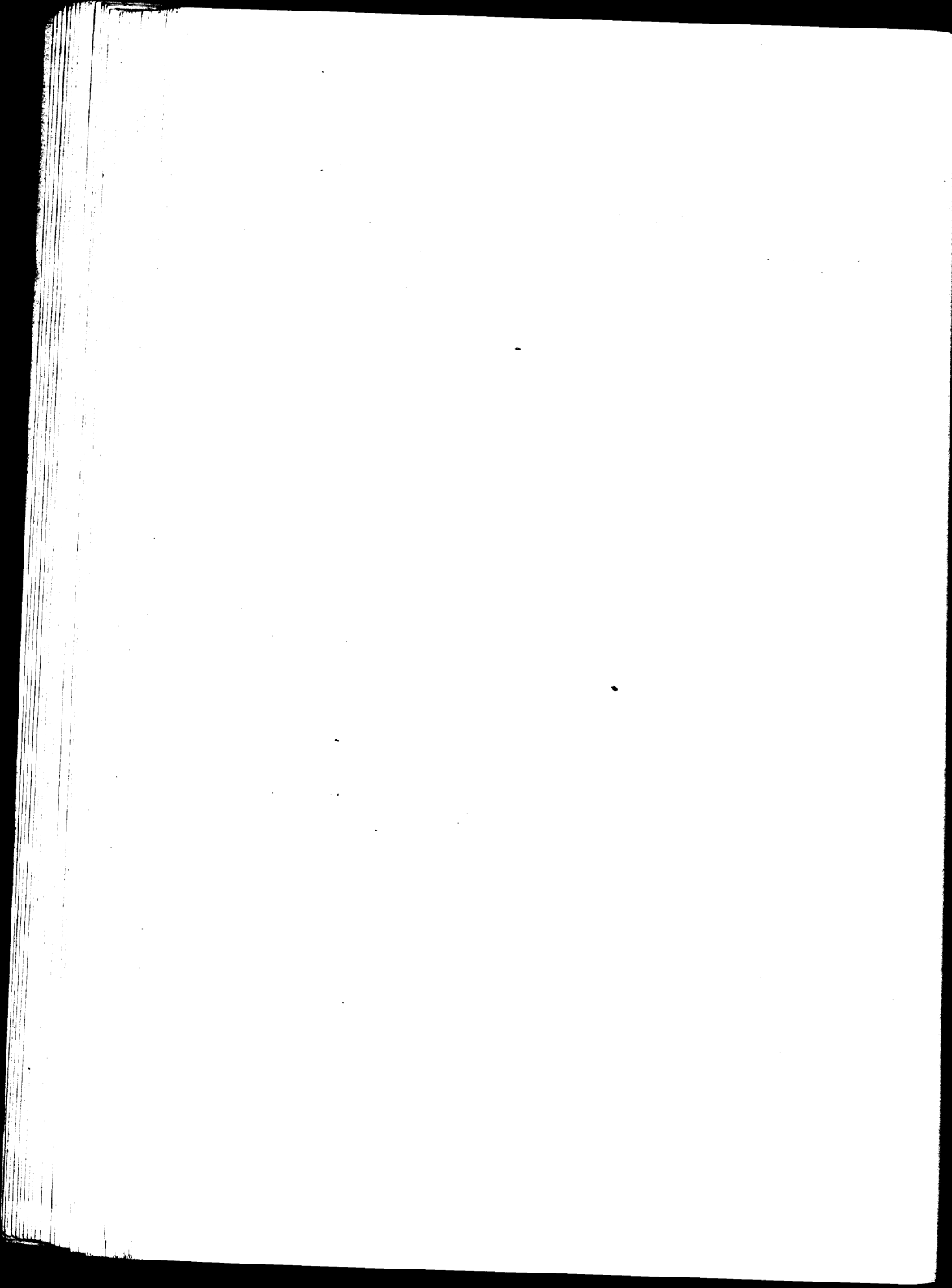
En los casos de gangrena herniaria el pronóstico se agrava ; y dentro de esa gravedad, podrán hacerse unos pronósticos más severos que otros, según que los distintos procedimientos que se empleen ofrezcan de por sí más o menos peligro y las circunstancias en que se practican sean más o menos favorables.

Por ejemplo, en la era preantiséptica la enterectomía exigía pronósticos mucho más temibles que el ano contranatura.

Hoy con los progresos de la asepsia, sucede casi lo contrario.

Si todos los herniosos concurrieran al cirujano antes de las 6 horas, el pronóstico sería benigno, lo que no sucede siempre, porque concurren tarde,

cuando las lesiones son más avanzadas y el estado general y la edad son más desfavorables ; el pronóstico se hace más grave, por lo tanto.



CAPITULO V

TRATAMIENTO

Como curiosidad histórica diremos que las hernias estranguladas fueron antiguamente tratadas por procedimientos tan variados como ridículos e ineficaces y es así que vemos que se aplicaban cataplasmas, ungüentos como el de Juiton, cáusticos enérgicos, soluciones astringentes y de metales preciosos (oro), cocimientos vegetales, etc.

Convencidos de la poca eficacia de estos medios, se comenzó a utilizar las presiones repetidas sobre las hernias, con el objeto de reintroducir el intestino al vientre.

Estas presiones, que en algunos casos producían el efecto deseado, eran mal reguladas y hasta brutales al punto de determinar la ruptura de las túnicas intestinales y las consecuencias consiguientes.

Estos resultados, indujeron a los médicos a emplear el procedimiento de una manera más graduada y metódica y constituyó lo que se llama taxis.

Se dice que Franco ideó la operación de la ketotomía, pero Ambrosio Paré fué el primero que operó con mejores resultados estas hernias.

Como fueran todavía malos los procedimientos, debido a la falta de asepsia, bien pronto cayeron en descrédito y de nuevo el taxis fué aconsejado y bien estudiado por Josselin, y sólo en caso que fallara, aconsejaba la intervención quirúrgica.

La ketotomía fué reemplazando al taxis a medida que la asepsia se iba perfeccionando hasta constituir la operación de elección.

El taxis — Fué empleado con anestesia por Josselin, pero se lo prefiere sin ella.

Para practicarlo se coloca el sujeto en decúbito dorsal colocando el vientre en relajación para lo cual se mantendrá flexionado los muslos y en abducción, mediante almohadas colocadas debajo de la nalga y de las corvas. El operador debe colocarse por lo general a la derecha del enfermo, y tomando con la mano izquierda el pedículo herniario, hace presiones suaves y rítmicas sobre la parte del saco más próxima al anillo, de manera que se introduzcan primero las partes que han salido últimas del vientre.

Esta presión no debe ejecutarse por más de 4 o 5 minutos porque se hace peligrosa.

Si se consigue la reducción, se obtendrá una sensación de gorgoteo característico, haciéndose en seguida depresible el tumor, que es reemplazado por una depresión donde se puede insinuar el dedo y que corresponde al anillo herniario.

La posición de Trendelenburg, empleada por algunos cirujanos, favorece la reducción.

El taxis presenta contraindicaciones e inconvenientes graves. El tiempo que se emplea para practicarle aún sin saber si será con resultado positivo, puede ser suficiente para que las lesiones que antes de ejecutarlo eran curables, por la cirugía, se hagan irreparables después.

Estas lesiones, en el supuesto de que el tiempo por sí solo no las agrave, las maniobras las pueden precipitar porque son un procedimiento que se usa « a ciegas » ; pues suponiendo obtenida la reducción se ignora en qué condiciones de integridad y vitalidad se encuentra ese intestino que muy bien puede derramar su contenido séptico en la gran cavidad del peritoneo.

Entonces habrá contraindicación del taxis toda vez que por el sitio, pequeñez, y duración del tiempo del estrangulamiento, se sospeche lesiones avanzadas.

En ciertas circunstancias puede ocurrir que por error de diagnóstico, el práctico intente reducir una hernia simplemente dolorosa coexistiendo con un estrangulamiento situado en otro lugar y que pasa desapercibido.

En este caso el taxis hará perder un tiempo precioso que puede ser de consecuencias fatales.

En otros casos la reducción es aparente y los fenómenos de oclusión persisten después de ella, debido a las disposiciones que puede adoptar el ansa introduciéndose en divertículos properitoneales, subperitoneales; conservando adherencias que hacen de bridas (por viva arista), efectuándose una torsión del ansa, o una parálisis intestinal que impide el curso de las materias.

El taxis prolongado produce las enterorragias más o menos importantes que se suelen observar bastante precozmente y que representan una complicación de carácter grave.

Después de toda esta serie de inconvenientes del taxis es necesario recurrir indefectiblemente a la operación quirúrgica o kelotomía, antes de las 12 horas siguientes al taxis (1).

La kelotomía — Esta operación requiere anes-

(1) Las tentativas infructuosas de taxis, confirman el diagnóstico de estrangulamiento.

tésicos, tales como el cloroformo, éter, estovaina, etc.

Si los anestésicos locales tienen la ventaja de no producir complicaciones pulmonares ni cardíacas, en cambio presentan el inconveniente de no poder operar con relajación completa de la pared abdominal, lo que constituye un obstáculo para la reducción y un peligro de contracción.

Pero la anestesia local tiene la ventaja de substituir al cloroformizador en los casos en que el cirujano se encuentra sólo y alejado de los grandes centros, como por ejemplo en el campo.

Siempre que se pueda se utilizará la anestesia general, salvo en que ya hubiere gran debilitamiento cardíaco que expusiese el enfermo al síncope o colapso.

Por lo general, se prefiere el éter que no produce el síncope del principio, y que siendo vasodilatador, estimula y facilita el trabajo del corazón.

Pero si hay lesiones pulmonares el éter suele secundariamente traer congestiones, bronco-neumonías, neumonías, etc., que son las complicaciones más temidas.

Sin embargo, está demostrado que estas complicaciones son infecciosas y que deben ser consideradas mucho más como dependientes del estrangulamiento mismo, que de la anestesia.

Otras veces la bronconeumonía es producida por

la entrada a los bronquios de materias vomitadas al principio de la anestesia.

Por esto, no hay que culpar siempre a la anestesia general, de estos hechos, que se pueden en cierto modo evitar observando una técnica rigurosa y haciendo previamente un lavaje estomacal.

Y lo mismo puede decirse para el caso de obstrucción de las vías respiratorias por las materias vomitadas ; accidente que se puede subsanar mediante una traqueotomía oportuna.

La anestesia raquídea aplicada a los estrangulamientos herniarios, ofrece casi las mismas ventajas e inconvenientes de la anestesia local.

OPERACION — Si consultamos a varios autores o cirujanos, veremos que el número de tiempos operatorios es variable para cada uno, pero ésto no tiene importancia práctica, sino didáctica ; en ésto seguiremos a Patel :

Primer tiempo: Incisión de las partes blandas—
La incisión comprende : desde la piel hasta poner de manifiesto el saco.

Para las hernias inguinales, la incisión será oblicua y paralela a la arcada crural y al eje de la hernia. El extremo superior de la incisión estará situado bastante alto, más arriba del anillo para po-

der hacer un debridamiento amplio y trabajar con comodidad y con bastante luz.

No hay que economizar incisión.

Se seccionará el tejido celular y la aponeurosis del gran oblicuo, de la que se separan los labios con dos pinzas.

En las *hernias crurales*, la incisión se hará vertical sobre la misma hernia, sobrepasando un tanto a ésta por arriba o por abajo, según convenga. Se incidirá el tejido celular, y si la hubiere, una aponeurosis superficial, que a su vez puede estar perforada por la hernia.

El saco se encuentra por regla general cubierto por una espesa capa grasosa que es necesario desprender, ya por medio de la mano provista de gomas, ya por medio de una tijera roma.

En las *hernias umbilicales* se practican dos incisiones curvas a concavidad interna que circunscriben un espacio elíptico en el centro del cual se encuentra la hernia.

Esta incisión es análoga a la que se emplea para la hernia simple.

Después se incinden los tejidos blandos subcutáneos en todo el contorno de la hernia hasta llegar al saco.

De este modo queda el trozo de piel casi siempre adherente al saco.

La incisión vertical única ofrece el inconveniente de la posibilidad de abrir el saco al incindir la piel que le es tan adherente y adelgazada.

En las *hernias epigástricas* se hace una incisión vertical, mediana, y luego se incinde el tejido celular que rodea al saco.

En las *obturatrices*, la incisión es también vertical, y debe hacerse sobre el pectíneo que se reclinará hacia dentro para caer sobre el saco.

Trelat aconsejaba hacer una incisión vertical, paralela a la arteria femoral y a unos 35 milímetros hacia adentro de ella.

Esta incisión era de 5 a 6 cms. de largo y caía sobre la aponeurosis pectínea sin encontrar vasos ni ganglios; luego con la sonda acanalada se introducía entre el músculo pectíneo y el primer y segundo adductor, y en caso necesario incindía algunas fibras del pectíneo, cerca de su inserción superior.

Piqué aconseja incindir sobre el gran adductor en una extensión de 8 cms.; si el sujeto es delgado separa aquel músculo hacia afuera para poner de manifiesto al pectíneo que a su vez es rechazado igualmente hacia afuera, y si el sujeto es graso, separa el gran adductor hacia adentro.

La vía abdominal no ha dado muy buenos resultados, por el peligro de infección del peritoneo.

Albertín abordaba la hernia por la vía obturatriz, y luego continuaba la incisión hasta el abdomen, es decir, empleaba un procedimiento mixto.

En las *hernias lumbares*, se hacen incisiones más o menos oblicuas sobre el ángulo de Petit o de Grynfeldt.

Las *hernias isquiáticas*, rarísimas, no han dado lugar casi a intervenciones quirúrgicas; pero se las puede operar incindiendo en la dirección del gran glúteo y separando los glúteos menores.

En las *hernias diafragmáticas*, cuyo diagnóstico no esté definitivamente sentado, se puede hacer una laparotomía mediana supra-umbilical exploratriz; pero si el diagnóstico del sitio es seguro, la incisión caerá a derecha o a izquierda de la línea mediana, según convenga, y será, ya paralela al reborde costal, ya paralela al borde externo del gran recto o bien en bayoneta, como para vías biliares.

Rochard y Schwartz han propuesto la vía torácica con resección de la 9ª costilla.

Segundo tiempo: Liberación y abertura del saco

—El saco está comúnmente rodeado de un tejido grasoso, más o menos abundante, que es necesario separar, ya por medio de la sonda acanalada, por medio de las tijeras curvas cerradas o sino por medio de un dedo recubierto de gasa. Este últi-

mo procedimiento que empleamos en el Hospital San Roque, tiene la ventaja de no herir el saco que soporta maniobras mucho más graduadas y suaves, porque están controladas por la sensibilidad táctil.

Una vez liberado el saco, se lo observa como formando un tumor tenso, globuloso, renitente, más o menos redondeado, de color gris pardo, de superficie lisa.

Esta coloración es algo variable, y en algunos casos se puede tomar como de intestino. Pero, como dice Duplay, cuando hay una duda no se está sobre el intestino, sino sobre el saco.

Sin embargo, hay que pensar, cuando se disecciona un saco, que hay hernias en las que no hay saco, como son las del ciego, en las que la parte extraperitoneal es la herniada y que se las denomina adherentes.

En cambio, hemos visto que hay otras, con varios sacos o sacos estratificados, en los que la liberación no ofrece peligros.

Una vez separado el saco de los tejidos vecinos, se procede a su abertura. Para esto se hace un pequeño pliegue de la serosa y se toma con una pinza de dientes planos, mientras que con un bisturí y preferentemente con una tijera se hace un corte muy oblicuo o en bisel del saco, y de un pequeño tamaño.

Inmediatamente saldrá una cantidad variable de líquido seroso o sero-sanguinolento, acompañado a veces de gases y de mal olor.

Algunas veces se abre una bolsa serosa pre-herniaria que se distingue por su líquido color amarillo citrino transparente.

En seguida es necesario ensanchar la abertura por medio de la tijera, protegiendo con el dedo el contenido herniario.

Se separan con pinzas los bordes de la abertura y se seca con gasa el líquido restante.

Se lava con solución fisiológica tibía, las paredes y el contenido herniario y luego se seca.

En este momento se pueden observar algunas lesiones del intestino, la presencia del epiplón o de otros órganos, las adherencias o bridas con el saco, etcétera, aunque de una manera incompleta, porque sólo se estudiará bien el contenido cuando esté exteriorizado.

Tercer tiempo: Debridamiento — Este tiempo comprende la investigación del agente de estrangulamiento y su supresión.

Comúnmente el debridamiento se dirige hacia el anillo constrictor.

Pero no es indiferente suprimir el obstáculo en

cualquier punto ni dirección, porque encierra dicha operación peligros que es necesario evitar.

En las hernias inguinales hay que evitar de herir la arteria epigástrica, y el debridamiento debe hacerse hacia arriba y algo hacia afuera ; igualmente es necesario separar antes los elementos del cordón para no herirlos.

En estas hernias, sobre todo si son congénitas, hay que seguir el debridamiento bastante alto para que no persistan otros agentes de estrangulamiento, como son los cuellos o diafragmas múltiples del canal peritoneo-vaginal.

El debridamiento debe hacerse a la vista y no a ciegas, por medio de tijeras, y se protegerá el intestino con el dedo que lo separará del instrumento.

Una vez terminado el debridamiento, el dedo debe penetrar fácilmente en la cavidad abdominal.

Si se trata de hernias crurales, el peligro está por fuera en los grandes vasos, por lo que se debe liberar hacia adentro y abajo sobre la inserción del ligamento de Gimbernat, en el ligamento supra-púbico. Otro peligro en estas hernias es la anastomosis de la obturatriz que se encuentra hacia adentro del anillo crural. Esta arteria presenta anomalías de situación, y aún en caso de herirlo no constituye un verdadero peligro, puesto que trabajando a la vista se la puede pinzar y ligar.

En las hernias umbilicales, el peligro no existe, y el debridamiento se hará a gusto y según la comodidad del cirujano.

Ya se puede hacer una incisión en cualquier sentido, ya se pueden hacer varias, pequeñas y en forma radiada.

En las hernias diafragmáticas el debridamiento se hará paralelamente a los haces musculares o aponeuróticos. Entre nosotros, el doctor Chutro reseca el borde del orificio, circularmente en un ancho de medio centímetro, con lo que se consiguen dos ventajas: 1º fácil reducción; 2º avivamiento del borde, lo que favorece una rápida cicatrización.

En las hernias epigástricas el debridamiento se puede hacer como en las umbilicales.

Si se trata de hernias obturatrices, el ensanche del orificio debe hacerse hacia abajo. Por arriba, la rama horizontal del pubis, bajo la cual corren los sacos obturatrices, hace imposible el debridamiento.

En las hernias lumbares es necesario incidir los músculos constrictores en la dirección de sus fibras.

Para las hernias isquiáticas el debridamiento es difícil por la vía glútea, pero variará según que la hernia salga por la parte superior o la inferior de la gran escotadura ciática, o bien por la pequeña escotadura ciática y se dirigirá hacia las partes blandas,

teniendo cuidado de aislar los vasos y nervios importantes que salen por las escotaduras. En cambio la vía abdominal facilita las maniobras, pero ofrece el peligro de la infección peritoneal por el saco infectado.

Terminado el debridamiento, es necesario examinar el contenido herniario, constatando qué órganos hacen hernia y qué lesiones presentan, para someterlo al tratamiento que más convenga.

Para ésto es necesario ver si la exteriorización es fácil, si hay bridas o adherencias que romper, si hay epiplón, vejiga, anexos, apéndice, etc., y su estado de vitalidad, y principalmente el estado del intestino.

Si no hay lesiones de segundo o tercer grado, se efectuará un lavado del intestino con suero caliente y se malaxará *algo* sobre el surco de estrangulamiento y se efectuará el tiempo siguiente : reducción.

Si las lesiones son más avanzadas, se tratará el intestino como veremos al hablar del tratamiento de la gangrena.

Cuarto tiempo: Reducción — La entrada del intestino a la cavidad debe ser fácil, no forzada ; conviene que no entren simultáneamente los dos cabos del ansa, sino alternativamente, tratando que entren primero las ansas que salieron últimas.

Para facilitar la entrada, conviene exprimir algo el ansa, cuyo contenido pasa al abdomen disminuído así de volumen.

Debemos recordar en este momento la probabilidad de una falsa reducción debida entre otras causas a la persistencia de acodamientos o adherencias del ansa, a un *volvulus* que pudiera originarse en el momento de la reducción, a la entrada del ansa en un divertículo properitoneal, etc.

El epiplón suele ser un obstáculo a la reducción cuando es muy voluminoso o cuando está adherido ; en estos casos se hace la liberación del epiplón y su resección, previa ligadura por varios puntos en cadena para evitar hemorragias por resbalamiento de los hilos.

Entonces, antes de pasar al tiempo siguiente, conviene explorar bien si el intestino queda en una buena disposición intra-abdominal.

Quinto tiempo: Cierre, resección del saco y suturas — Este tiempo operatorio tiene bastante importancia, pues la recidiva puede ocasionarse, ya por no haber ligado bastante alto el cuello, ya por falta de asepsia ; en el primer caso queda un infundíbulo que sirve para « amorcer » una nueva hernia, y en ambos casos la falta de asepsia impide la cicatrización por primera y deja un punto débil de la pared.

La ligadura baja, hecha al nivel del cuello estrangulado, expone al desprendimiento circular por esfacelo, y a una hemorragia más o menos seria.

« Esta ligadura se hará por un nudo de Tait o por un hilõ entrecruzado.

« Si el cuello está desgarrado se le sutura en dos si la operación ha durado poco tiempo y el estado de la pared lo permita, sobre todo si se trata de un individuo joven.

« Sino, el enfermo conservará su hernia » (Víctor Veau).

En las hernias crurales estranguladas el cierre de la pared estará de acuerdo con el procedimiento de debridamiento empleado.

Si no se dispone de mucho tiempo, no hay que tratar de rehacer el trayecto inguinal.

Se unirá la aponeurosis del pectíneo o la fascia cribiformis con la arcada de Falopio tal como está, o seccionada en su inserción pubiana ; para ésto se pasarán puntos de abajo arriba que se separarán con pinzas y se anudarán al final.

Sí se dispone de más tiempo se usará el procedimiento de Delageniere, en el cual se secciona la arcada crural y los dos extremos se bajan y se fijan a la aponeurosis del pectíneo.

También se puede emplear el procedimiento de Berger, que consiste en pasar los catguts en el con-

torno del anillo crural, comenzando por abajo, labios por puntos en U.

El cierre de la pared tiene una técnica variable para cada clase de hernia, y aún para cada caso en particular.

Es necesario reconstruir un trayecto o una pared que ofrezca solidez y a la vez las mejores condiciones fisiológicas.

Para las hernias inguinales se pueden usar, según las conveniencias, los métodos de Bassini y el argentino de Aguilar, que son los dos métodos más empleados entre nosotros; en el primero se rehace una pared anterior y otra posterior del canal inguinal, entre las cuales se coloca el cordón; en el segundo, todos los músculos de la pared van suturados por puntos en U, en bloc, con la parte anterior del ligamento de Poupart, y el cordón queda por detrás de esta pared única, y sólo atraviésala de atrás a adelante en la parte interna de la sutura.

La reconstrucción del canal inguinal metódica y lenta debe hacerse, así como toda cura radical, en los casos en que el enfermo no está muy debilitado, por el pectíneo, saliendo en la parte externa del orificio en la vecindad de la vena femoral, la que se separará, siguiendo la arcada de fuera adentro y saliendo a la altura del ligamento de Gimbernat; como éste, se colocan varios hilos a distin-

tas profundidades, que al anudarse producen una sutura en bolsa muy sólida.

En las hernias umbilicales la sutura de la pared se hará en tres planos, como las laparotomías en general, ésto es, que se suturará primero el peritoneo con sutura continua al catgut, reforzada con algunos puntos separados ; en seguida se sutura el plano músculo aponeurótico en forma análoga y últimamente la piel con crin.

En las hernias diafragmáticas el orificio diafragmático se cierra en tres planos, siguiendo el procedimiento de Sarder, que separa con pinzas de Kocher el músculo (del lado torácico) para poder suturar en surget de catgut el peritoneo ; luego cierra el músculo con puntos en U, que también comprenden al plano anterior; esta sutura la hace con lino.

Después sutura la pleura diafragmática con catgut, hace la toilette de la pleura y cierra la pared costal.

En las otras clases de hernias estranguladas, se cierra la pared de la manera más conveniente y sólida.

TRATAMIENTO DEL INTESTINO CUANDO LAS LESIONES SON MAS AVANZADAS — En el momento de examinar el estado del intestino, es cuando hay que decidirse por alguna de las múltiples operaciones de que puede ser objeto.

Dicha operación dependerá entonces no tan solo del grado, sino también de la extensión de las lesiones.

Pero como desde la simple congestión hasta la gangrena perforante, hay una serie casi infinita de transiciones o estados patológicos, es algo difícil determinar muchas veces el grado de aquéllas, tanto más cuanto que el aspecto macroscópico no está siempre en una relación constante con el grado de las mismas.

Hay intestinos de aspecto bastante normal y, sin embargo, están próximos a la perforación.

Se considerará como esfacelada una porción de intestino cuando presentando una coloración parda o negruzca y después de un lavado con solución tibia, no vuelva a vascularizarse o al color normal; cuando presente la coloración hoja muerta distribuída en forma de manchas y no reaccione la solución fisiológica; cuando la coloración sea verde o bronceada; cuando la consistencia o elasticidad y el espesor de las tunicas esté muy disminuído al punto de parecer estar formadas solo por la serosa.

El olor *sui generis* del intestino esfacelado es muy persistente.

Entonces sabiendo reconocer el intestino sano, el muerto, el perforado, sólo queda a considerar el caso dudoso en que no se puede establecer de ma-

nera cierta si un trozo de él está destinado a morir o a vivir.

Por lo tanto, y siguiendo en ésto a la mayoría de los cirujanos, distinguiremos los cuatro casos siguientes, que exigirán tratamientos diversos :

- 1º Intestino dudoso.
- 2º Hay una gangrena limitada (no perforada).
- 3º Hay una gangrena extendida (no perforada).
- 4º Hay gangrena perforada (flegmón estercoral).

Primer caso: Cuando la coloración es dudosa, así como su consistencia, se empleará la piedra de toque del cirujano : lavages con suero tibio ; si la vascularización no aparece se puede emplear dos medios que puestos en práctica indicarán al cabo de un tiempo si el intestino se puede reducir.

Es lo que se llama «poner el ansa en cuarentena» ; consiste, uno de ellos, en dejar el ansa sin reducir, pero ya hecho el debridamiento y ponerle una curación de gasa aséptica.

En estas condiciones, al cabo de dos o tres días, si el ansa estaba destinada a la gangrena, se producirá un ano contranatura, que según su calibre permanecerá por varios meses al estado de fístula si es chico, o de ano definitivo si es mayor, y que exigirá una operación ulterior.

En cambio, si el ansa tenía vitalidad suficiente, una vez desaparecida la constricción, irá tomando sus caracteres normales y podrá ser reducido previa ruptura de las adherencias allí formadas.

Algunos autores con Helferich aconsejan hacer una anastómosis entre los dos cabos del ansa exteriorizada, con el fin de que si el intestino se perfora, se forme una pequeña fístula en lugar de un ano contranatura.

De cualquier modo este procedimiento exige una nueva intervención para reducirla, y es por ésto que ahora se prefiere reducir el ansa al vientre, pero fijarla al anillo con varios puntos de catgut a la Lembert (tomando la túnica muscular).

Así se evitan los inconvenientes del espolón y se facilita el curso de las materias y las maniobras de reducción ulterior.

Segundo caso: Si hay lesiones gangrenosas limitadas a uno o varios puntos y de poca extensión, que amenace perforación, conviene efectuar una sutura que incluya la parte gangrenada en un pliegue de las tunicas hecho hacia el interior; es el «enfouissement» de los franceses o invaginación de la gangrena por medio de puntos a la Lembert o sutura en bolsa.

Este procedimiento es ventajoso, porque es sencillo y rápido, pero suele producir estrecheces más

o menos importantes, y no puede, por lo tanto, aplicarse más que a pequeñas placas de gangrena de menos de 2 centímetros.

Tercer caso: Cuando la gangrena es muy extendida no conviene usar el procedimiento anterior; en cambio se dispone de otros dos métodos, a saber: el ano contranatura temporario y la enterectomía seguida de enterorrugia o de la aplicación de botones anastomóticos.

El ano contranatura ha tenido y aún tiene algunos defensores.

En la era de las operaciones sépticas, en que la enterectomía daba resultados desastrosos, los cirujanos defendían al ano contranatura, porque la verdadera técnica de las suturas y maniobras intestinales les era desconocida.

Pero hoy con los progresos de la cirugía, la enterectomía ha entrado de nuevo en la práctica corriente, sobre todo donde se dispone de todos los elementos que ella exige, como sucede en las grandes ciudades y en los centros importantes.

En cambio, el ano contranatura se emplea en proporción mayor en la campaña, donde se carece de todo.

Y en efecto, el ano contranatura temporario es una operación simple, corta, que no presenta casi peligros de infección peritoneal, y que no exige gran

instrumentación, puesto que con un bisturí, algunas pinzas e hilos de sutura, se puede realizar.

Por estas razones, conviene si se trata de un enfermo debilitado o en malas condiciones para resistir una operación prolongada.

Si bien es cierto que con ella se obtiene un resultado inmediato muy positivo, el resultado alejado es menos halagüeño : el enfermo está continuamente incomodado por su herida y su estado general decae visiblemente, tanto más cuanto más alto es el sitio de la abertura intestinal, porque la nutrición se hace más incompleta.

Este ano contranatura requiere una nueva intervención que aunque con más peligros de infección, se efectúa con el enfermo en mejores condiciones que la primera.

Para efectuar el ano contranatura temporario es conveniente hacer una desinfección del saco antes del debridamiento.

Se suturará el peritoneo parietal o saco herniario al peritoneo visceral, tomando al mismo tiempo la túnica muscular del intestino.

Si el saco presenta un orificio muy ancho, se hará un surget por arriba y por abajo para cerrar la cavidad peritoneal.

En seguida se fijará también el intestino por puntos en *U no perforantes* a los músculos de la pa-

red abdominal o a sus aponeurosis. A veces es suficiente con cuatro puntos *cardinales*.

Lo mismo se cierra la abertura músculo-aponeurática por arriba y por abajo del intestino con suturas continuas.

Por último se abre el intestino (previo achicamiento de la herida cutánea), ya por medio de bisturí o tijera, ya con termocauterio.

Después de enjugar bien el contenido del intestino que ya estará aislado del resto del campo operatorio por compresas impermeables, se procede a la sutura de la mucosa con la piel.

La abertura debe ser lo más pequeña posible, tratando que se establezca si es posible una fístula estercoral que será más fácil de cerrar y de evitar la formación del espolón que podría detener en cierto modo el curso de las materias.

La evacuación principal no tiene lugar inmediatamente, sino al cabo de varias horas, después de las cuales el cuadro sintomático mejora un tanto.

Al principio serán gases los que se eliminan, pero más tarde cuando la parálisis intestinal disminuye o cesa, se expulsan los sólidos y líquidos.

Una vez terminada la operación se hace una toilette de la herida y se aplica en su contorno vaselina esterilizada para impedir la irritación de la piel.

En seguida se coloca una curación seca que se renovará cada 1 o 2 horas o más a menudo si es necesario; al 2º o 3º día las curaciones serán más espaciadas y a veces bastará con una o dos diarias.

Es necesario vigilar la piel colocando pomadas aisladoras y ligeramente antisépticas y antipruriginosas.

Por lo general, sucede que los puntos cutáneos se rompen y se establece una ligera supuración.

Dichos puntos se quitarán al 6º día.

Las diarreas deben ser combatidas, porque producen irritación cutánea.

Una vez que el estado general del enfermo ha mejorado, y a la mayor brevedad posible es necesario operarlo para efectuar el cierre del intestino y su reducción al vientre si la naturaleza no se ha encargado de hacerlo.

Para esta operación secundaria se podrá usar de la anestesia general.

El cierre del intestino ofrece muchas veces más peligros de infección que la operación del ano contra-natura; exige un gran cuidado en las manipulaciones del intestino.

Las estadísticas referentes a la mortalidad por ano contranatura, eran mucho más halagadora que las de la enterectomía con enterorrafia, pero en estos últimos años ha sucedido lo contrario, y el ano con-

tranatura es considerado como un método de necesidad sólo para determinados casos, fuera de los cuales se dará siempre la preferencia a la enterectomía.

Enterectomía — Consiste en la resección de la porción de intestino gangrenada o sospechosa de serlo.

Este método es ideal para los casos en que habiendo una gangrena muy extendida, el enfermo se encuentre en buenas condiciones de resistencia, a saber : sujeto joven, buen estado del aparato cardiopulmonar, poco tiempo de estrangulamiento, y ante todo cuando se dispone de una instrumentación completa.

La enterectomía puede ser seguida de la sutura circular o enterorrafia circular inmediata, puede ser seguida de la aplicación del botón anastomótico de Murphy, o bien, como pretenden Bouilly y Assaky, haciendo una enterorrafia término-terminal parcial, dejando una abertura que sirve de válvula de seguridad y que abocan al exterior, creando una fístula estercoral.

El modo de efectuar la enterectomía, no difiere en nada del procedimiento general : exteriorización del ansa liberada, aislamiento con compresas del campo operatorio, expresión con los dedos de la parte a reseca, aplicación de dos pinzas o clamps curvos,

uno en cada extremo del ansa a resecar, pero alejadas dos centímetros del sitio de las secciones y sobre el intestino sano ; aplicación de dos pinzas de Kocher entre los clamps y sobre el sitio de sección ; sección del intestino por fuera de las pinzas, de modo que ambos cortes converjan hacia el lado mesentérico ; sección del mesenterio en ángulo obtuso, de modo que no quede intestino desprovisto de él ; pinzamiento y ligadura de todo vaso mesentérico que sangre.

Para la enterorrafia circular es necesario que los dos cabos tengan próximamente el mismo diámetro, de lo contrario la sutura será difícil que quede bien, en cuyo caso es menester cerrar uno de los cabos y efectuar una anastómosis látero-terminal.

La sutura se hace en dos planos : el uno perforante por medio de un surget en seda y el otro sero-seroso que incluye al primero y lo refuerza.

Para hacer estas suturas se afrontan los dos cabos por medio de dos pinzas ; se comienza por el surget sero-seroso posterior, que se inicia reuniendo los bordes mesentéricos.

Sigue en seguida el surget perforante posterior que se continúa con el anterior cerrando la luz del intestino y por último se hace el surget sero-seroso anterior que se continúa con el posterior e invagina la sutura perforante.

En el transcurso de esta operación se seguirá rigurosamente los preceptos de la asepsia, cambiándose de guantes el operador al terminar la sutura séptica y antes de comenzar la aséptica.

El mesenterio es a su vez suturado por sutura continua o por puntos separados sin dejar ningún orificio que podría ser causa de un nuevo estrangulamiento.

Una vez terminadas las suturas se quitan las pinzas coprostáticas y se presiona el intestino, haciéndolo llenar del contenido intestinal y viendo si éste escapa por algún punto de las suturas, en cuyo caso habrá que reforzarlo con otros puntos superpuestos.

Esta enterorraffia circular exige, aún en manos hábiles, cerca de media hora de trabajo, y éste es uno de sus inconvenientes para los casos en que el estado del enfermo no permite una anestesia prolongada.

Entonces es preferible usar los botones anastomóticos que se colocan en pocos minutos y dan muy buenos resultados.

El más usado es el de Murphy, pero conviene usarlo preferentemente en las anastómosis del intestino delgado (a contenido líquido) y no en el colon, donde las materias sólidas lo pueden obstruir.

Su aplicación es sencilla : se toman cada una de sus mitades con una pinza hemostática aplicada en su cilindro central y se introduce en cada cabo intestinal, a los que se habrá hecho de antemano una jareta perforante y a tres milímetros de su borde libre. En seguida se ajusta el hilo de cada jareta alrededor del cilindro central de cada mitad y se anuda, cortando los hilos. Se corta si sobra algún borde de intestino exuberante y se aplican las dos mitades del botón enchufando sus tubos centrales y cuidando de no lastimar el intestino al presionarlo con los dedos contra el botón que queda incluído en el intestino.

Con este botón se evitan los inconvenientes de la enterorrafia que puede producir estrecheces más notables.

El método de la enterorrafia combinada al ano contranatura, propuesto por Bouilly y Assaky, presenta los inconvenientes de ambos métodos, más el de prolongar la operación que resulta más complicada y sin ninguna ventaja.

Cueto caso: La gangrena ha perforado el ansa y se ha producido un flegmón estercoral. En este caso el estado general del enfermo es grave y no permitirá una intervención quirúrgica prolongada.

La indicación es de dar salida a los líquidos sépticos a la brevedad posible, ya por medio de un

ano contranatura, si las cubiertas lo permiten, ya abrir como un simple absceso por una amplia incisión sin preocuparse del saco que estará adherido al intestino y no habrá peligro de infectar la cavidad peritoneal.

Este ano contranatura puede producirse espontáneamente por gangrena de la piel, pero es mejor apresurar su abertura que será seguida de antisepsia y curación húmeda.

De cualquier modo, será necesario completar el tratamiento por una operación secundaria: la enterectomía seguida de la enterorraffía circular.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Hospital San Roque.—Enero 29.

A. T., argentino, 3 años.

Ingresó el enfermo al hospital por una hernia inguinal estrangulada, oblicua externa.

El día 28 del corriente a las 4 p. m., mientras jugaba este niño, sintió un fuerte dolor en la ingle derecha, formándose desde ese momento un tumor redondeado y doloroso a la presión.

Estado actual—Esqueleto bien constituido, buen estado de nutrición, mucosas y conjuntivas ligeramente pálidas, lengua saburral, el cuerpo está cubierto de sudores fríos, hay vómitos biliosos, no elimina gases ni materias fecales desde hace 24 horas.

Temperatura 37°6. Pulso 110 por minuto, regular, igual, poco tenso. Respiración 32 por minuto.

En la región inguino-abdominal derecha se nota un tumor del tamaño de una mandarina, de forma

ovoide, liso, renitente, doloroso a la presión, matitez a la percusión, irreductible. Hay ectopía testicular doble.

Operación — Anestesia general por el éter, desinfección del campo operatorio con tintura de iodo y alcohol.

Incisión de 4 centímetros ; después de incindir el saco herniario se fija el testículo en las bolsas ; cierre del orificio inguinal externo con catgut, la piel con crin.

Inyección de suero fisiológico 250 gramos. Aceite alcanforado 1 c.c. al 10 por ciento.

El enfermo sale de alta el 7 de febrero 1914.

II

Hospital San Roque.—Enero 30.

G. B., argentino, 22 meses.

A la 1 p. m. del día de la fecha, ingresa al hospital este niño con una hernia inguinal derecha estrangulada.

Antecedentes hereditarios — Padres viven y son sanos ; son siete hermanos todos sanos ; nació a término, parto normal.

Antecedentes personales — Este niño nace con una extrofia de vejiga, que se abre en la pared anterior del abdomen inmediatamente por encima del pubis ; pene muy poco desarrollado y con epispadia y yendo la uretra no soldada desde el glande hasta la cavidad vesical. Débil desarrollo muscular de la pared anterior del abdomen.

Desde su nacimiento hasta la fecha no ha sufrido otras enfermedades que las molestias propias a sus malformaciones vésico-genitales.

Nos cuenta la madre, que desde hace más o menos un año nota, cuando el niño llora o hace algún esfuerzo, la aparición de un tumor en la ingle derecha, que desaparecía fácilmente por el reposo; pequeño en un principio ha ido paulatinamente aumentando de volumen hasta alcanzar el tamaño que acusa en la actualidad.

Enfermedad actual — Comienza ayer a las 6 p. m. por la irreductibilidad de la hernia, a pesar del reposo y la presión manual, artificios que anteriormente en casos semejantes habían tenido éxito con facilidad. Fuertes dolores sobre el tumor herniario y muy luego extendidos a todo el abdomen. Vómitos alimenticios frecuentes. No ha ido de cuerpo desde el comienzo de su enfermedad actual.

El estado general del enfermito decae visiblemente y con rapidez, a pesar de una medicación casera ad-hoc puesta en práctica por la madre, razón por la cual resuelve traerlo a este hospital.

Estado actual — Niño enclenque, y muy poco desarrollado para su edad. Pulso 140, regular, de poca tensión, 38°3 de temperatura, 40 respiraciones

por minuto, superficiales e irregulares. Estado de postración general marcado. Lloro y se defiende débilmente.

En la región inguinal derecha presenta un tumor del tamaño de un huevo de gallina que se extiende desde el orificio inguinal externo hasta el fondo de las bolsas, donde es posible reconocer al tacto un testículo pequeño formando parte de este tumor (hernia inguino-escrotal). Es duro y doloroso a la presión. Da sonido timpánico alto a la percusión. El testículo izquierdo no ha descendido aún a las bolsas y se le palpa en la parte media del conducto inguinal (ectopia testicular izquierda).

Marcada delgadez de la pared anterior del abdomen y sobre la cual se dibujan perfectamente los relieves de las ansas intestinales.

Las malformaciones de la vejiga y de los órganos genitales externos antes citadas han traído como consecuencia una inflamación y escoriaciones de la piel de la parte inferior del abdomen.

Durante el llanto y los esfuerzos del niño hace hernia por la abertura abdominal la mucosa vesical roja, tumefacta y sangrante y derrámase con facilidad y continuamente la orina.

Intervención — Anestesia clorofórmica. Desinfección del campo operatorio con tintura de iodo (2

capas) y alcohol. Kelotomía : a la abertura del saco se derrama un líquido amarillo, turbio, sin olor, 50 gramos más o menos. El ansa estrangulada se presenta ligeramente congestionada, pero sin ninguna lesión necrótica, por lo que se debrida el anillo inguinal y se reduce el intestino herniado. Trátase de una hernia congénita por persistencia anormal del canal vagino-peritoneal. Se incinde el saco en las vecindades del testículo y se le construye a éste una vaginal. Tratamiento radical de la hernia por el procedimiento argentino.

A pesar de todas las razones e insistencias nuestras para que el niño quedara en asistencia en el hospital, la madre se opuso terminantemente y lo retiró inmediatamente después de operado.

III

Hospital San Roque.—Febrero 3.

A. F., italiano, 58 años, viudo, empleado.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampión a los 6 años y a los 20 ha estado enfermo de blenorragia.

Enfermedad actual — Desde hace veinte años sufre de una hernia inguinal derecha, no molestandole ni al caminar ni al hacer esfuerzo alguno, usando braguero para mantenerla reducida, haciéndolo con facilidad cuando ésta salía, pero que no pudo efectuarlo anoche, por lo cual pidió su ingreso a este hospital.

Estado actual — Sujeto bien constituido, de regular estatura, buen estado de nutrición, esqueleto

bien desarrollado, mucosas y conjuntivas ligeramente pálidas.

Pulso 82 pulsaciones, regular, igual, depresible.

Respiraciones : 24 por minuto.

Ayer a las diez de la noche tiene vómitos, al principio alimenticios y luego biliosos ; no hay eliminación de materias fecales, ni de gases.

Se observa al nivel de la región inguino-crural izquierda, en su parte inferior, un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, renitente, doloroso a la presión, sub-mate a la percusión, irreductible.

Intervención — Anestesia general por el éter. Desinfección del campo operatorio con alcohol y tintura de iodo (2 capas). Una vez efectuada la incisión de la pared, se debrida el saco, se hace una incisión a éste y se extrae el intestino, se observa hasta el nivel de la estrangulación ; no habiendo nada anormal se reduce ; se liga el saco, se secciona y se sutura la piel con catgut (procedimiento argentino).

Examinado el saco éste es de paredes muy espesadas, vascularizadas y muy adherido con las paredes en que estaba incluído.

Sale de alta el 5 de abril 1914.

IV

Hospital San Roque.—Febrero 3.

G. G., italiano, 48 años, casado.

Este sujeto ingresa al hospital a las 4.45 p. m. del día de la fecha con fenómenos de obstrucción intestinal.

Antecedentes personales — Ha sido siempre sano, no recordando haber padecido ninguna enfermedad grave. Hace más o menos seis años nota la presencia de un pequeño tumorcito en la ingle izquierda, tumor que en un principio no le causaba mayores molestias, pero que aumentando paulatinamente de volumen se ha tornado al mismo tiempo incómodo por lo doloroso. El aumento de volumen y de dolor del tumor inguinal se acusa sobre todo cuando el enfermo efectúa trabajos corporales prolongados o hace algún esfuerzo muscular brusco.

Enfermedad actual — Ha comenzado hoy a la 1 p. m., mientras trabajaba y a continuación de un esfuerzo muscular acusa bruscamente un dolor agudo en la ingle izquierda y nota que el tumor herniario se ha vuelto más grande, duro y sumamente doloroso. El reposo en la cama y la aplicación de fomentaciones calientes sobre la región dolorida no producen mejoría alguna, por lo que resuelve ingresar a este hospital.

Estado actual — 88 pulsaciones por minuto, regulares y de buena tensión. 28 respiraciones; $38^{\circ}3$ de temperatura. Palidez generalizada. Frecuentes náuseas, pero no ha tenido vómitos. No ha movido su vientre ni ha despedido gases por el ano desde el comienzo de su enfermedad actual. No ha orinado desde la una de la tarde ni expresa deseos de hacerlo.

Vientre uniformemente tenso, algo doloroso a la presión en toda su extensión, pero con más intensidad en la fosa ilíaca izquierda; a la percusión: timpanismo generalizado y disminución de la matitez hepática.

En la región inguinal izquierda presenta un tumor del tamaño de un huevo de gallina, muy doloroso, movable, de consistencia pastosa y mate a la

percusión, de forma ovalar y de superficie lisa. El orificio inguinal externo no se halla totalmente ocupado por el tumor, pues permite insinuar la extremidad del dedo índice. El pedículo del tumor sigue el trayecto del conducto inguinal y se pierde en él.

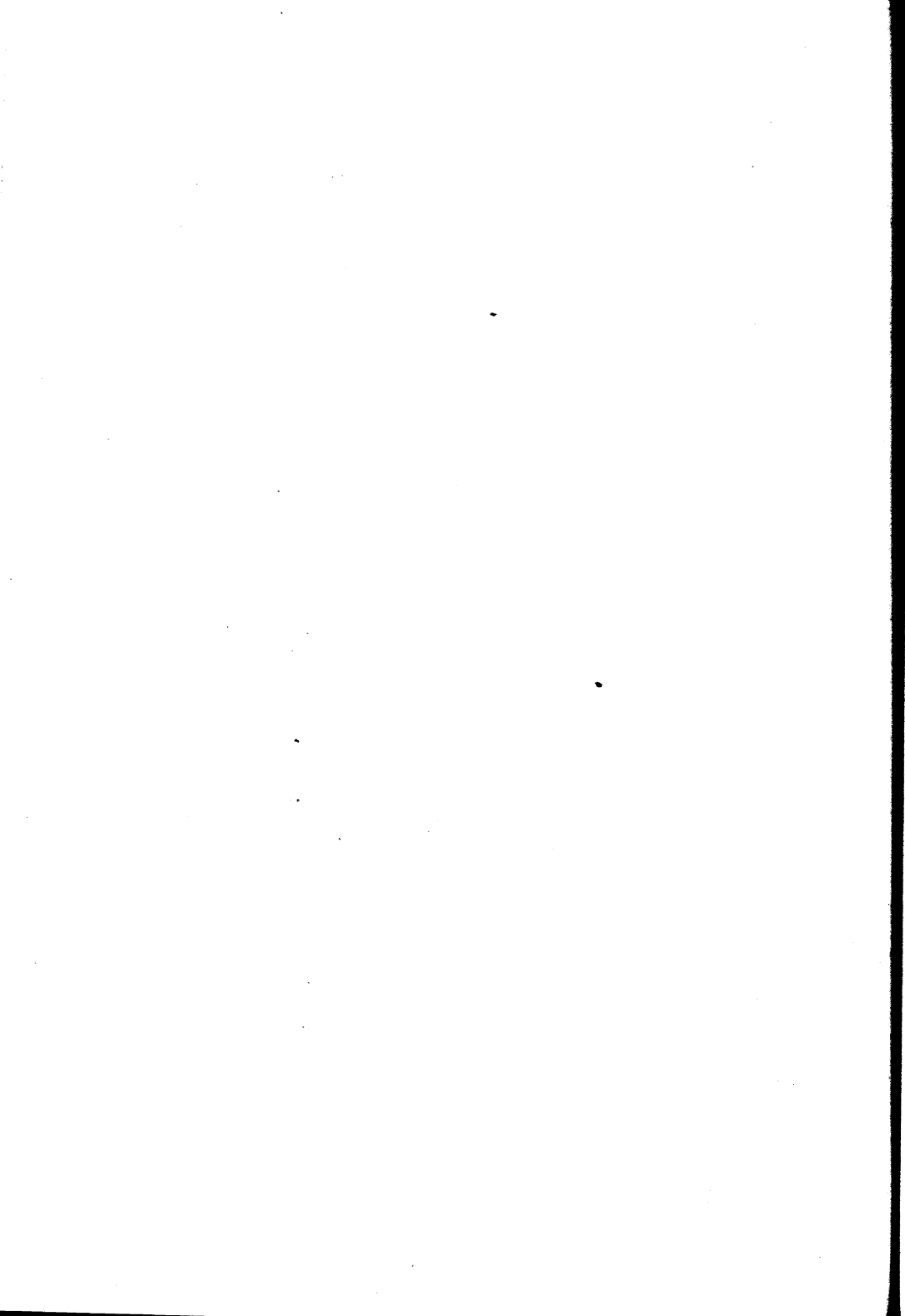
Se sonda al enfermo y se retiran 400 gramos de orina oscura y cargada.

Se intenta hacer taxis sobre el tumor herniario sin conseguir su reducción.

A las 3 p. m., como el estado del enfermo continuara siendo el mismo, a pesar del reposo y de una bolsa de hielo colocada en permanencia sobre la región inguinal izquierda, se decide la

Intervención — Anestesia general por éter. Desinfección del campo operatorio con alcohol y tintura de iodo (2 capas). Hecha la incisión se cae sobre un tumor de regular tamaño formado exclusivamente por tejido adiposo pre-peritoneal; incindido éste se encuentra un saco pequeño a paredes gruesas y a pedículo amplio, que no contiene órganos intra-abdominales; se lo liga y reseca después de verificar que las ansas intestinales vecinas al orificio interno del canal inguinal no presentan lesión alguna. Tratamiento radical de la hernia por el procedimiento argentino.

Sale de alta el 13 de febrero 1914.



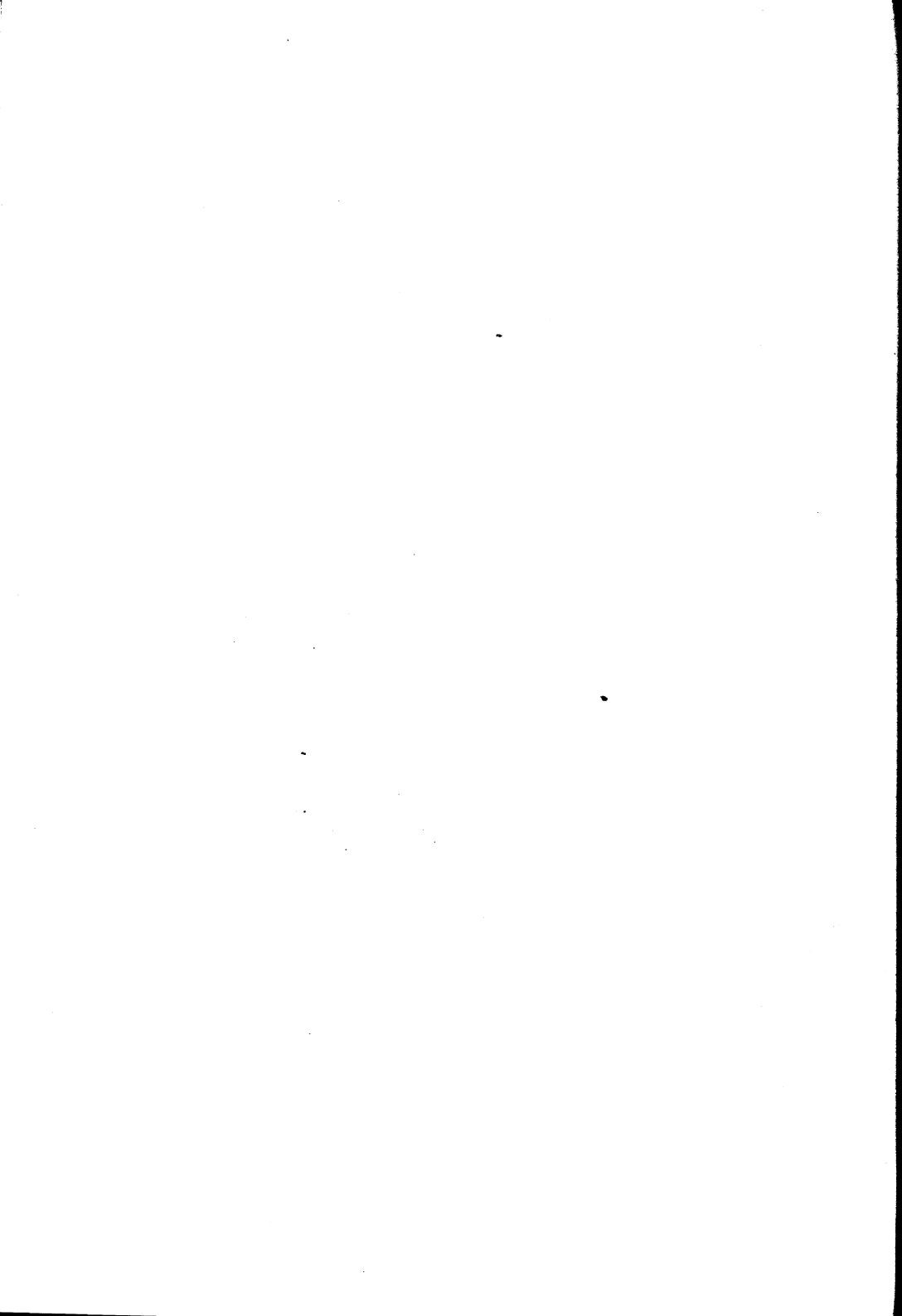
V

Hospital San Roque.—Febrero 20.

T. M., italiana, casada, 46 años.

Esta enferma ingresa al hospital anoche con fuertes dolores en la región umbilical, donde tiene un tumor del tamaño de un huevo de gallina, tumor que otras veces se reducía, pero esta vez no cedía a las maniobras de reducción. Además iba acompañado de vómitos. Pulso 110. Temperatura 37°. Se interviene. Se abre el anillo reduciendo un ansa de intestino estrangulado, pero en buenas condiciones. Se refacciona la pared y se termina sin drenaje.

Sale de alta el 8 marzo 1914.



VI

Hospital San Roque.—Marzo 9.

P. P., argentino, 31 años, motorman.

Antecedentes personales—Manifiesta haber sido siempre sano, no recuerda haber tenido enfermedad grave alguna. Chancro blando a los 19 años, blenorragia a los 21 años, que cura 2 meses después de haberse iniciado.

Enfermedad actual — Hace aproximadamente 11 o 12 años nota la presencia de un pequeño tumor en la ingle derecha, al comienzo no molesta mayormente, pero como aumenta de volumen paulatinamente se hace incómodo por su tamaño y por lo doloroso; fué ésto lo que le decidió a usar braguero a los 3 años aproximadamente de haberse iniciado su enfermedad.

Cuando hace algún esfuerzo muscular el tumor se hace más doloroso y aumenta de volumen. Siempre ha sido fácilmente reductible. Hoy a las 2 p.m., después de un esfuerzo muscular brusco, siente un dolor muy intenso en la región inguino-escrotal derecha, notando que su tumor ha aumentado de volumen y consistencia; intenta reducirlo como otras veces, pero no lo consigue. Llamado un facultativo le ordena reposo y fomentaciones calientes sobre el tumor herniario; su estado no mejora. A las 3 p.m. comienza a tener náuseas, tiene un vómito alimenticio a las 5.30 aproximadamente. En vista de que con tratamiento médico no mejora se resuelve ingresar al hospital.

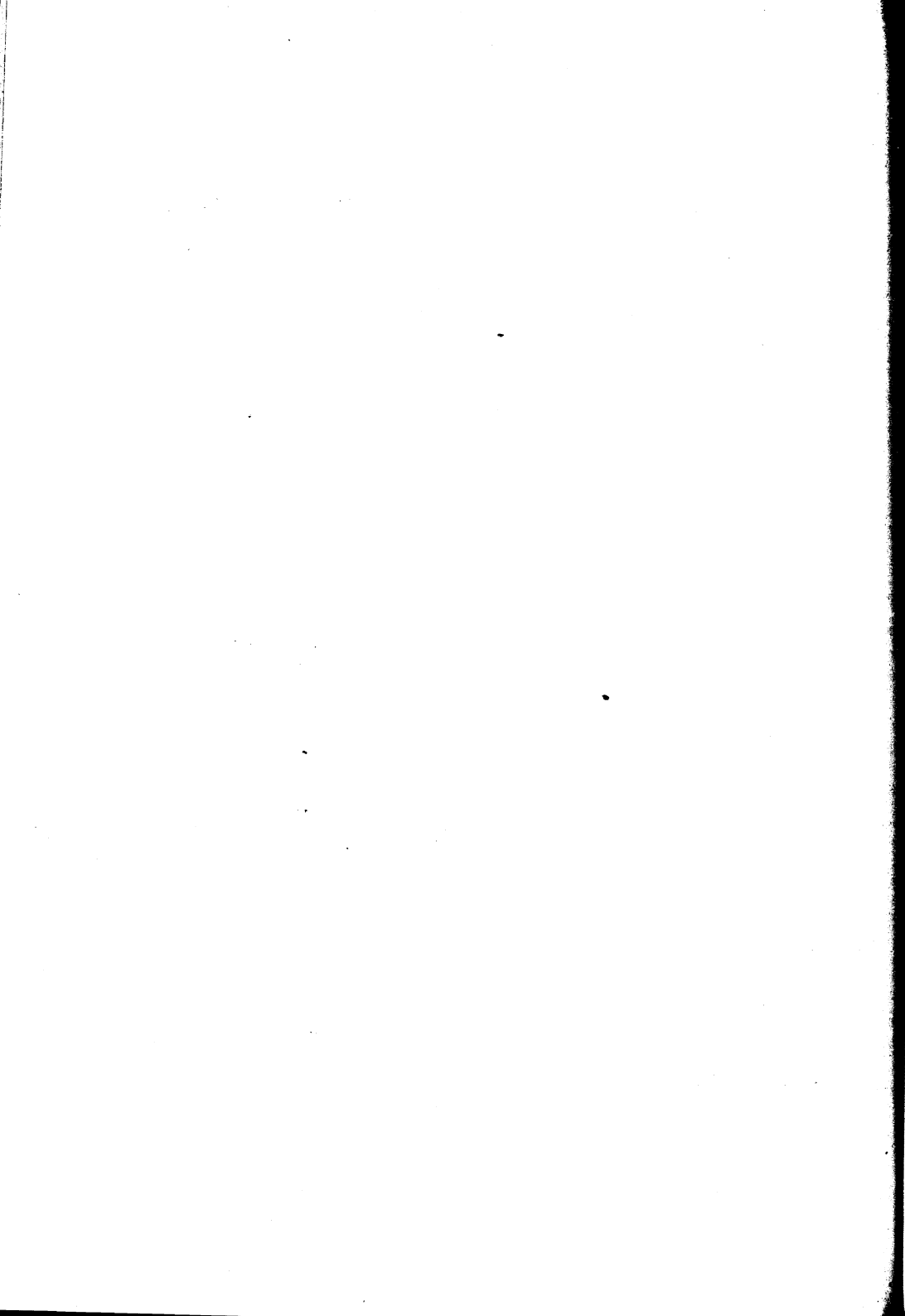
Estado actual — Hombre de regular estatura, buen desarrollo óseo y muscular. Coloración pálida de la piel. Presenta en la región inguino-escrotal derecha un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, duro, doloroso, cuyo pedículo se pierde en el canal inguinal; da un sonido timpánico alto a la percusión. Se intenta hacer taxis sin resultado positivo. Se le coloca sobre el tumor una bolsa de hielo permanentemente. A las 11.30 p.m. el sujeto se encuentra en las mismas condiciones; ha tenido un vómito bilioso; desde las 2 p.m. no ha movido el vientre, ni expulsado gases. Pulso 90 por minuto,

rítmico, regular, igual, buena tensión. Respiración 30 por minuto, algo superficial.

Intervención — Anestesia general por el cloroformo. Desinfección del campo operatorio con tintura de iodo (2 capas) y alcohol. Hecha la incisión se cae sobre un gran tumor que contiene el ciego en una extensión de 20 centímetros y ansas de intestino delgado en una extensión de 50 centímetros más o menos, además de unos 60 gramos de líquido.

Las ansas intestinales se hallan en buen estado. No pudiéndose reducir el tumor herniario se abre a tijera el anillo inguinal en una extensión de 4 centímetros, hecho lo cual se consigue la reducción. Se reseca el saco, se liga y se reconstituye la pared por el procedimiento argentino. Suero 500 gramos.

Sale de alta el 11 abril.



VII

Hospital San Roque.—Marzo 12.

G. R., italiano, 20 años.

Antecedentes — El enfermo refiere que era portador de una hernia inguinal derecha más o menos del tamaño de un huevo de gallina cuando estaba parado, pero que cuando se acostaba se le reducía, habiendo efectuado esta operación infinidad de veces con el mismo éxito, hasta que hoy, después de haber hecho un pequeño esfuerzo, se le salió, no pudiéndola hacer entrar por los medios que antes conseguía introducirlo, teniendo además fuertes dolores que antes no los tenía. Esto le ocurrió a las 2.30 p.m. de hoy, motivo por el cual ingresa al hospital a las 4 p.m. después de haber tenido tres vómitos alimenticios.

Estado actual — El sujeto presenta un tumor del tamaño de un puño en la región inguinal dere-

cha y está con las piernas flexionadas y quejándose continuamente. Tiene 96 pulsaciones, 34 respiraciones y 37° de temperatura. El tumor ocupa el trayecto del cordón espermático, teniendo su nacimiento a 3 centímetros del orificio externo del anillo inguinal. Se hace el diagnóstico de hernia estrangulada y se interviene.

Se encuentra una estrangulación a la altura del tercio interno del canal producida por un anillo fibroso del mismo saco y el contenido es una ansa intestinal. Se sutura una plaquita sospechosa, y como el resto del intestino reacciona al suero caliente, se reduce la víscera y se cierra la pared por el procedimiento de Bazzini.

Sale de alta el 25 marzo 1914.

VIII

Hospital San Roque.—Marzo 16.

A. P., argentino, 3 años y medio.

Este niño ingresa al hospital traído por la madre hoy a las 4 p.m.

Antecedentes — Hace dos años que tiene una hernia inguinal derecha, según la madre y que se la contenía con un braguero, hasta que hoy a las 3.30 se le estrangula y lo trae al hospital.

Estado actual — El niño ingresa con 108 pulsaciones, pulso regular, 37° de temperatura y 36 respiraciones; sobre la región inguinal derecha se observa un tumor que ocupa la dirección del canal inguinal del tamaño de un huevo de gallina. Hay vómitos alimenticios y ausencia de gases y materias fecales. Gran dolor hasta el punto de no dejarse examinar. El tumor tiene gran tensión y es mate a

la percusión. No hay ectopía testicular y el orificio externo del canal inguinal está ocupado por el tumor, por lo que se confirma el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada y se interviene.

Intervención — Se incinde el tumor herniario hasta el saco, dando salida a un líquido relativamente claro, encontrándose en el fondo del saco una ansa intestinal de color obscuro estrangulada en el canal inguinal por una brida fibrosa a expensas del cuello del saco.

Se incinde esta brida desestrangulando el intestino. Se sutura (sourget) en jareta una placa obscura, luego se reduce la víscera, se refuerza la pared posterior (método Bazzini) y se cierra la pared sin drenaje.

Sale de alta el 15 de marzo 1914.

IX

Hospital San Roque.—Marzo 28.

J. M., alemán, 57 años.

Antecedentes — Desde la edad de 29 años le aparece después de practicar un esfuerzo una hernia crural que se la reduce fácilmente cada vez que se le salía, hasta hoy que no puede conseguir introducirla, razón por la cual ingresa al hospital.

Estado actual — El sujeto ingresa a las 3 de la tarde después de 9 horas de estrangulación, presentando un tumor en la ingle derecha por debajo de la arcada de Poupart y del tamaño de una mandarina. El anillo inguinal está libre y pequeño. Después de hacer el diagnóstico diferencial se interviene como hernia crural estrangulada. Pulso 60, temperatura 36°2, respiraciones 30. Tres vómitos biliosos, dolor en el tumor. Tumor mate. Ha movido

el vientre hace una hora. Usaba braguero. Alcohólico.

Intervención (a las 4 p.m.) — Incisión paralela a la arcada de 5 centímetros, siguiendo el eje del tumor. Aparece el saco : un saco muy grueso y en cuyas paredes había glóbulos de tejido adiposo algunos hasta del tamaño de una nuez. Se abre el saco encontrando una ansa de intestino delgado estrangulado, pero sin presentar mayores alteraciones, razones por las que se reduce después de haber incindido el ligamento de Gimbernat. Se refuerza la pared, tomando la arcada y la aponeurosis del pectíneo con tres puntadas de catgut número 3. Sutura de la piel con crin.

Sale de alta el 9 de abril de 1914.

X

Hospital San Roque.—Abril 19.

M. U., español, 77 años.

Ingresa a la 1 p.m.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampión a los 7 años.

Enfermedad actual — Desde la edad de 16 años es portador de una hernia que no le ha molestado mayormente para dedicarse a su trabajo, reduciéndola fácilmente cuando salía, pero desde hace tres años que no la puede reducir.

Estado actual — Sujeto de regular estado de nutrición, buen esqueleto óseo, conjuntivas y mucosas pálidas, el cuerpo está cubierto de sudor frío, extremidades frías. Ha tenido vómitos biliosos, des-

de hoy son fecaloides. Pulso 115, irregular, poco tenso. Respiraciones 28 por minuto. Temperatura 36°5.

Se nota en la región inguino-abdominal y escrotal un tumor del tamaño de la cabeza de un adulto, doloroso, que aumenta con la presión; este tumor apareció desde hace 30 horas, es irreducible, timpánico a la percusión; se hizo taxis y no se pudo reducir.

Intervención — Desinfección del campo operatorio con tintura de iodo (2 capas) y alcohol.

Incisión de la pared de 8 centímetros; el saco herniario se encontraba muy adherido a los planos que lo contenía; abierto el saco se encontró grandes y fuertes adherencias intrasaculares del intestino grueso y delgado, se trata de reducir el intestino, pues éste se encontraba con algunas manchas equimóticas, ciertas se suturaron; una vez efectuado esto, se reduce, pero se tropieza al reducirlo por encontrarse a su vez en la pared parietal abdominal grandes adherencias con este mismo intestino; se desprende éste a su vez y se reduce con cierta facilidad; ligadura del saco sin resección y se cierra el anillo; método Bazzini. Los músculos se suturan con catgut y la piel con crin.

Estimulantes : suero fisiológico 1000 gramos y 5 c.c. de aceite alcanforado al 10 por ciento. Anestesia general por éter.

Falleció el 19 de abril a las 8.40 p.m.

XI

Hospital San Roque.—Mayo 7.

A. L., argentino, 10 meses.

Este niño ingresa al hospital a las 5 de la tarde con una hernia estrangulada inguinal derecha.

Antecedentes personales — Sarampión hace 2 meses. A los 5 meses le aparece un bulto cuando llora en la ingle derecha; la madre lo hace ver con un facultativo que diagnostica una hernia y le indica que le ponga braguero. Así pasó dos meses sin inconveniente alguno, pero por descuido de la madre éste se sacó el braguero, hasta que hoy se le estrangula y es traído al hospital.

Se le hizo taxis en su casa.

Estado actual — Hace seis horas que se le estranguló la hernia. El niño presenta un tumor del tamaño de una nuez ocupando el trayecto inguinal.

Doloroso ; no hay temperatura. Hay vómitos. Pulso 110. Estado general bueno. Se diagnostica hernia estrangulada y se interviene.

Intervención — Bajo anestesia clorofórmica. En el momento de abrir el saco se reduce la hernia.

Se reseca el saco y se termina la operación.

Sale de alta el 15 de mayo 1914.

XII

Hospital San Roque.—Mayo 12.

V. A., italiano, 57 años. Ingresa al hospital a las 6 p.m. del día de la fecha, con una hernia inguino-escrotal derecha estrangulada.

Enfermedad actual — Comienza hace ya 17 años en que al hacer un esfuerzo siente un dolor en la región inguinal derecha, notando al mismo tiempo que ha aparecido en ese sitio un pequeño tumor del tamaño de una nuez, el cual desapareció al llegar a su casa y ponerse en cama ; pero al día siguiente al levantarse nota su aparición nuevamente, pero ya sin dolor ; el enfermo manifiesta que dicho tumor fué paulatinamente aumentando de volumen a medida que transcurría el tiempo, siendo blando, indoloro y fácilmente reductible.

El día 12 de mayo sin que mediara causa aparente alguna y siendo las 5 p.m., siente un fuerte

dolor en el sitio de su antiguo tumor, el que encuentra aumentado de volumen, intenta reducirlo como otras veces, pero no lo consigue, pues el dolor es tan intenso que le impide hacer con el tumor las maniobras que hiciera otras veces. Media hora más tarde aparece el primer vómito y en vista de que no puede tolerar el dolor, llama la Asistencia Pública (concorre la ambulancia de este establecimiento), que lo conduce al hospital.

Estado actual — Hombre de estatura regular, buen desarrollo óseo y muscular, regular cantidad de panículo adiposo; aparenta más edad de la que tiene.

Llama la atención en la región inguino-escrotal derecha la existencia de un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, doloroso a la palpación, duro, mate timpánico a la percusión. Anestesiámos el enfermo e intentamos hacer taxis, pero como fracasáramos se resuelve la intervención.

Intervención — Anestesia clorofórmica. Desinfección del campo operatorio con tintura de iodo (2 capas) y alcohol. Incisión de 7 centímetros sobre la parte más prominente del tumor; llegados al saco lo aislamos en parte, luego lo incindimos, al hacerlo cual salen de él 70 c.c. de líquido seroso, el in-

testino delgado y epiplón que forman el contenido del saco. Se hallan en buenas condiciones. Procedimos entonces a reducirlos a la cavidad abdominal, lo cual se consigue después de haber incindido a tijera el anillo inguinal. Terminamos la disección del saco sumamente espesado) y como forma un todo continuo con la vaginal lo cortamos luego entre dos ligaduras hechas con catgut, dejamos el cabo inferior abandonado en las bolsas y el superior lo llevamos a la cavidad abdominal (después de haber practicado su cierre) y lo fijamos a la pared anterior (punto de Barker), cerramos a puntos separados la porción del anillo incindido y procedemos a reconstruir la pared por el procedimiento de Bassini.

Falleció el 16 de mayo a las 10 p.m. de miocarditis.

XIII

Hospital San Roque.—Mayo 23.

L. L., italiano, 27 años, soltero, jornalero.

Ingresa al hospital con una hernia inguinal directa estrangulada izquierda de 24 horas antes.

Antecedentes — Desde hace 9 años tiene su hernia inguinal. Ha sido operado por primera vez hace siete años. Recidivó a los dos meses de operada ; nuevamente operada al año vuelve a recidivar a los 6 meses ; es otra vez operada y nuevamente recidiva hace tres años, llegando a adquirir el tamaño de un puño. Se reducía sin dificultad hasta hace dos días que no pudo reducirse. Tuvo dolores, vómitos y constipación.

Estado actual—Hombre bien desarrollado. Presenta un tumor del tamaño de un puño en la región inguinal izquierda sobre el anillo inguinal ex-

terno y llega hasta tres traveses de dedo de la espina ilíaca. El tumor levanta las cicatrices de las anteriores intervenciones. Hace 24 horas está con vómitos, constipación y dolores.

Intervención — Anestesia local a la novocaina. Kelotomía y cura radical Bassini. El testículo izquierdo estaba en el abdomen y completamente atrófico, siendo imposible su descenso a las bolsas, ni aún al canal, habiendo fracasado en las intervenciones anteriores, se le extirpa y se cierra completamente saco y pared.

Alta a los doce días curado por primera.

XIV

R. B., español, 50 años.

Ingresa al hospital con una hernia estrangulada.

Antecedentes — El sujeto desde hace varios años dice que tenía en la ingle derecha un tumor que se lo reducía con facilidad y que producía ruido al entrarlo.

Estado actual — Desde esta mañana el enfermo tiene el tumor el cual no ha podido reducir como en otras veces, razón por la cual se decide ingresar al hospital.

En la ingle derecha, en la región inguino-es-crotal, presenta un tumor periforme del tamaño de una mandarina, doloroso, irreducible. Tiene vómitos y ausencia de gases y materias fecales, ocupando el tumor precisamente el trayecto del canal inguinal.

Se diagnostica hernia estrangulada.

Intervención — Anestesia clorofórmica. Al incindir la piel el tumor se reduce debido a la relajación del anillo por la acción del cloroformo.

Se prosigue la intervención por el procedimiento de Bassini y se cierra la pared.

Sale de alta el 18 de junio.

XV

Hospital San Roque.—Febrero 11.

G. G. de A., argentina, 70 años, viuda.

A las 3 p.m. del día de la fecha ingresa esta enferma al hospital con una hernia crural estrangulada.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin mayor importancia.

Enfermedad actual — Data desde hace diez días y comenzó con dolores generalizados a todo el abdomen, pero más intensos en la fosa ilíaca izquierda. Ha tenido vómitos desde el comienzo de su enfermedad que en un principio fueron alimenticios para tornarse luego biliosos y que desde hace cinco días son francamente fecaloides. Anorexia, y según la enferma ha tenido temperatura. Hace ocho días que no mueve el vientre. Ha sido atendida en su do-

micilio por un facultativo desde el primer momento, quien le administró purgantes y varios enemas sin conseguir otra cosa que dos deposiciones en los primeros días, eliminando una pequeña cantidad de materias fecales duras.

Como el estado general de la enferma empeorara visiblemente, a pesar de esta medicación, la familia resuelve hospitalizarla a indicación del mismo médico que la atendía.

Estado actual — Anciana en estado de marcada denutrición; 110 pulsaciones por minuto, de débil tensión y con intermitencias; 37°5 de temperatura; 40 respiraciones por minuto, superficiales, irregulares. Facies hipocrática y de coloración terrosa. Aliento fétido. Lengua seca, de loro, roja en el centro y con saburra blanca en los bordes.

Vientre abovedado y se notan a través de su pared los movimientos de las ansas intestinales; doloroso a la presión en toda su extensión, pero especialmente en la fosa ilíaca izquierda, donde es más sensible y donde hay también defensa muscular neta de la pared; el resto del abdomen da a la palpación una sensación especial de elasticidad que no llega sin embargo a ser defensa muscular. A la percusión, timpanismo alto en todo el vientre a excepción de

la fosa ilíaca izquierda, donde se constata una submatitez neta. Signo de Gobert positivo.

En la región inguino-crural izquierda presenta un tumor del tamaño de una naranja, de forma regularmente redondeada, de superficie irregular, muy poco doloroso a la presión, adherente a los planos profundos, irreductible y timpánico a la percusión. Este tumor desborda por arriba de la arcada de Poupart, pero su mayor desarrollo es por debajo de esta arcada; la piel a su nivel ha tomado un débil tinte rojizo inflamatorio y ha perdido su fácil movilidad normal

Inyección de 500 gramos de suero fisiológico tibio, cafeína y aceite alcanforado.

Intervención — La anestesia se inicia con estovaina local y se termina con algunas gotas de cloroformo. Incisión vertical de seis centímetros de longitud sobre la parte media del tumor; todos los tejidos subyacentes y vecinos a él se hallan infiltrados de serosidad, edematosos y de una coloración negruzca. Aislado y abierto el saco herniario da salida a una buena cantidad de líquido de una coloración oscura achocolatada y de marcado olor fecaloide. El ansa de intestino contenido en el saco es de color rojo oscuro, de aspecto de morcilla y presenta diseminadas anchas placas negras, de ne-

crosis nítida, duras y mal delimitadas. Se agranda el campo operatorio incindiendo la arcada de Poupart. Se resecan cuarenta y cinco centímetros de intestino delgado en malas condiciones, así como una buena parte de mesenterio lleno de vasos trombosados. Sutura de intestino término-terminal. Se toca la línea de sutura con tintura de yodo. Se seca minuciosamente la cavidad abdominal y se vierten cien cm³. de éter dentro de ella. Se reseca el saco herniario y se fija el muñón a la pared anterior del vientre. Curación radical de la hernia por el procedimiento de Berger; 500 gramos de suero tibio endovenoso. Cafeína, aceite alcanforado. Botellas de agua caliente en la cama y posición de Fowler.

Fallece el 12 de febrero de 1914, a las 6.15 a.m.

XVI

Hospital San Roque.—Junio 13.

E. S., argentino, 17 años, tambero.

Se diagnostica hernia inguinal estrangulada.

Antecedentes — Sin importancia.

Enfermedad actual — Hace dos años al hacer un esfuerzo notó la aparición de un tumor en la región inguinal derecha, que no era doloroso. El tumor aparecía al hacer esfuerzos, al estar en pie y al toser, desapareciendo en la posición horizontal.

El tumor fué aumentando de volumen hasta adquirir el tamaño de una naranja. Hace tres días el tumor se endurece, se hace doloroso y no se deja reducir. Un médico de la localidad donde reside le indica ingresar al hospital.

Estado actual — Sujeto bien constituido, buen panículo adiposo, presenta en la región inguinal el

tumor mencionado, duro, liso, doloroso, mate a la percusión. No ha tenido vómitos.

Se intenta la taxis sin resultado y se decide entonces intervenirlo.

Intervención — Se incinde la piel y tejido celular, se ligan vasos y se llega al saco; desprendido éste hasta el anillo de estrangulación se abre y se constata la existencia de epiplón y un segmento del cilindro intestinal, parte lateral, que obstruía el anillo y producía la estrangulación. Se encontraban estos elementos en buen estado.

Se reseca el epiplón, se reduce, lo mismo que el intestino. Se liga el saco y se cierra la pared por el procedimiento de Kocher. Anestesia clorofórmica.

Alta el 29 de junio 1914.

XVII

Hospital San Roque.—Junio 13.

B. S. de G., argentina, 70 años, viuda.

Se diagnostica hernia umbilical estrangulada.

Antecedentes — La enferma no sabe dar antecedentes de su pasado, ni de la enfermedad que la aqueja.

Enfermedad actual — No recuerda cuando se inició, ni sabe dar datos sobre su evolución. Es una mujer en la que se nota la influencia de los años, de piel morena, escaso panículo adiposo.

Estado actual — Presenta en la parte media del abdomen un tumor multilobado del tamaño de una cabeza de adulto, doloroso y timpánico a la percusión. Antes se reducía, pero en el momento actual no es posible hacerlo; es un tumor duro, que duele

espontáneamente y que desde que lo tiene le causa náuseas y vómitos repetidos.

Se intenta por repetidas veces la taxis, pero no consiguiendo su reducción, se decide intervenirla.

Intervención — Se efectúa en la parte media del tumor una incisión en huso, donde queda comprendido el ombligo; se incinde la piel, tejido celular y se llega al saco; éste se desprende de las partes blandas hasta el anillo de estrangulación; luego se abre el saco, se libran las ansas intestinales contenidas en su interior y el epiplón también contenido; se corta el anillo de estrangulación, se reducen los elementos y se reseca el saco con la parte de piel que lo adhiere.

Se reconstituye la pared suturando primero en un doble plano el peritoneo y la capa muscular, luego la piel. No se deja drenage.

Anestesia clorofórmica.

Fallece el 15 de junio a las 9.50 a.m. de miocarditis.

XVIII

J. B., italiano, 74 años, albañil, casado.

Ingresa al servicio de la sala XIV el 30 de diciembre de 1913.

Diagnóstico — Hernia epigástrica estrangulada.

Hacía como doce años que tenía una gran hernia epigástrica y de cuando en cuando le venían dolores de estómago acompañados con vómitos, y fiebre que duraban algunas horas y pasaban para volver después a su estado normal. Pero el día 29 por la noche sufrió nuevamente ese ataque, y, como durara más de lo de costumbre, llamó a un médico que le indicó una bolsa sobre el tumor epigástrico y le insinuó la necesidad de ser operado si el tumor no se reducía dentro de dos horas.

Al día siguiente ingresa a este servicio y es operado, hallándose una gran cantidad de epiplón estrangulado.

El 5 de enero el enfermo sigue bien. La herida operatoria se halla bien y de color normal.

Fallece de síncope cardíaco el 9 enero 1914.

XIX

A. C., italiano, 20 años, peón.

Ingresa a la sala el 19 de febrero de 1914.

Diagnóstico — Hernia inguinal estrangulada.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión a los 12 años.

Enfermedad actual — Sin haber sentido ninguna molestia anterior, en la mañana del día 19 de febrero comienza un pequeño dolor en la región inguinal derecha que va cada vez haciéndose más agudo y nota al mismo tiempo el enfermo un bulto del tamaño de un huevo de gallina en la bolsa derecha. Este mismo día a la tarde tuvo vómitos y durante todo el día constipación.

Estado actual — Sujeto bien conformado, regular panículo adiposo, buen estado general.

En la bolsa derecha y ocupándola íntegramente se observa un tumor del tamaño algo menor de un puño cerrado, doloroso a la presión e irreductible; 80 pulsaciones por minuto; $37^{\circ}6$ de temperatura.

Febrero 19: Se opera de urgencia. Anestesia general al éter. Se encuentra saco peritoneo vaginal ocupado por una ansa intestinal y epiplón. Intestino en buen estado, a pesar de lo cual se lava con suero fisiológico caliente y se reduce junto con el epiplón avivando pared anterior del canal. Se invierte la vaginal y sutura. Reconstitución de la pared por el método Aguilar.

Sale de alta el 28 de febrero 1914.

XX

N. M., italiano, 60 años, casado.

Ingresa a la sala XIV el 14 de marzo 1914.

Diagnóstico — Hernia inguinal estrangulada.

Antecedentes — Hace más o menos un año cayó en cuenta que cuando hacía esfuerzos un tumor se le presentaba en la región inguinal derecha; no era doloroso y desaparecía fácilmente, pero poco a poco iba aumentando de volumen.

El miércoles (12) a la noche hace esfuerzo para defecar, el tumor se formó de golpe y sintió dolor en la región inguinal, notando que no podía reducirlo; cada vez se hacía más doloroso y comenzó a tener vómitos e hipo.

Estado actual — Viendo que no mejoraba, se decide a llamar hoy a las 5 a.m. a la Asistencia Pública e ingresa al hospital.

Pulso 92 por minuto, poco tenso, regular, igual.
Temperatura 36°6.

En la región inguinal derecha se nota un tumor del tamaño de una naranja, doloroso, no reductible, mate a la percusión.

Se interviene bajo anestesia clorofórmica. El saco de la hernia ocupado por epiplón ligeramente adherente, equimótico, que se reseca. Hay purizamiento intestinal, pero el intestino en buenas condiciones se reduce.

Fallece el 15 de marzo a las 2 a. m.

XXI

D. G. Italiano, 50 años, casado.

Ingresa a la sala XIV el 12 de marzo 1914.

Diagnóstico — Hernia inguinal recidivada estrangulada.

Antecedentes personales — Hace más o menos 30 años que fué operado de hernia inguinal del lado derecho. Posteriormente ha sufrido de laringitis crónica y hace más o menos tres años ha tenido hemóptisis. Es fumador y etilista.

Enfermedad actual — El lunes 9 del corriente se acostó sano, pero repentinamente sintió dolores abdominales y comenzó a vomitar, notando que la hernia inguinal derecha que había recidivado y que antes se reducía, desde ese momento no se redujo más.

Estado actual — Ingresa al servicio el jueves 12, con pulso poco tenso, regular, 110 por minuto; temperatura 36°8. Vómitos é hipo.

A la auscultación se oyen rales sibilantes difusos en ambos pulmones.

Presenta en la región inguinal derecha un tumor del tamaño de media naranja, doloroso, no reductible, mate a la percusión.

Intervención — Anestesia local a la estovaina previa inyección de morfina; saco no adherente contiene una ansa intestinal congestionada, equimótica, con placas de necrosis que se reseca más o menos de 15 a 20 centímetros. Se hace entero-anastómosis látero-lateral. El saco contiene un líquido purulento y sobre el ansa intestinal se ven falsas membranas. Se deja drenaje de tubo.

Fallece el 16 de marzo a las 4,35 p. m.

XXII

D. S. Italiano, 67 años. Marinero.

Diagnóstico — Hernia crural derecha estrangulada. Ingres a la sala XIII el 6 de noviembre 1913.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Enfermedad actual — Hace más o menos quince años después de un esfuerzo le apareció un tumor redondeado reductible y coercible, por debajo de la ingle derecha. Usó hasta hace un año braguero por prescripción médica.

Estado actual — Ingres a el enfermo en el día de la fecha a las 11.30 p. m. con los siguientes síntomas: vómitos alimenticios; sudores fríos, disnea objetiva, escalofríos. Por debajo del pliegue inguinal derecho se observa un tumor del tamaño de

una mandarina, renitente doloroso, aumentando por la presión, mate a la percusión e irreductible desde el día anterior a las 11 a. m. (37 horas).

No hay eliminación de gases, constipación. Temperatura $37^{\circ}4$, 80 pulsaciones.

Operación — Anestesia clorofórmica. Procedimiento Delagenière : saco espesado, adherencias intrasaculares muy resistentes. Intestino de coloración rojo-vinosa que reacciona poco después de la aplicación de suero fisiológico tibio.

Resección del saco. Sutura con catgut. Sutura de la piel con crin, sin drenaje.

El enfermo continúa bien y sale de alta el 12 de enero de 1914, curado, después de haber sido operado en el servicio de la sala VII, de hipertrofia de la próstata.

XXIII

S. P. Argentino, 17 años. Soltero.

Diagnóstico — Hernia inguinal derecha estrangulada.

Ingresa a la sala XIII el 17 noviembre 1913.

El enfermo se queja de dolores agudos en la región inguinal derecha, presenta vómitos y mal-estar general.

La inspección de la región dolorosa presenta una prominencia acentuada del tamaño de una naranja; la palpación del tumor es dolorosa; hay timpanismo; el tumor no es reductible y ocupa toda la región inguinal llegando hasta el escroto.

El tumor le ha aparecido después de hacer un esfuerzo mientras estaba en el trabajo: no le dió importancia hasta que sintió dolores agudos en la región arriba mencionada, vómitos y malestar general; por ello solicita los auxilios de la Asistencia

Pública ; un practicante lo recoge en compañía de su patrón.

Habiéndose diagnosticado : hernia inguinal estrangulada, el enfermo es visto en consulta y se opina que el enfermo debe ser operado de inmediato.

Operación — Operador doctor Leopoldo Bard : anestesia clorofórmica.

Después de hecha la incisión sobre la región inguinal, e incindida la piel y el tejido celular subcutáneo, aparece la superficie del tumor ; se diseca el saco, se lo abre y se observa una porción de intestino delgado de unos 25 centímetros de una coloración negruzca pronunciada ; se abre el anillo que hacía la compresión y el intestino se colorea ligeramente ; la reducción se hace difícilmente, ligadura del saco y tratamiento de la pared por el procedimiento argentino. Sutura de la piel.

Fallece el 19 de noviembre a la 1.30 p. m.

XXIV

P. N. Italiano, 65 años, casado, jornalero.
Ingresa de urgencia el 3 de agosto de 1913.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia. Desde hace 7 años posee un tumor herniario que aparece en el anillo inguinal externo del lado izquierdo, reductible. No usó nunca braguero, pero sí una faja abdominal.

Enfermedad actual — El día 2 de agosto a las 4 de la tarde, a consecuencia de un esfuerzo realizado, nota que el tumor herniario aumenta de volumen y no puede ser reducido.

Intensos dolores, sudores abundantes le aparecen, por lo que se decide llamar un médico, quien le aconseja ingresar de inmediato al hospital por

ser necesaria una intervención quirúrgica de urgencia.

Estado actual (3 de agosto) — Es traído el enfermo que presenta el tumor herniario en la ingle izquierda, irreductible, muy doloroso. No tiene vómitos. Temperatura 37°8. Pulso igual, regular, depresible; 102 por minuto.

Intervención — Se opera en seguida. Anestesia clorofórmica.

Gran saco herniario inguinal izquierdo. El saco muy engrosado, de paredes estratificadas.

El intestino hiperhémico con algunos puntos equimóticos por lo que hubo necesidad de hacer algunos puntos sero-serosos.

Gran lavaje con suero fisiológico caliente.

Agrandamiento del anillo inguinal, cierre y escisión del saco.

Reducción y achicamiento del anillo por el método argentino.

Día 17 de agosto. Es dado de alta perfectamente sano.

XXV

R. J. D., argentino. Tres meses y medio de edad.

Entrada de urgencia el 19 septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Nacido a término, sano en sus tres meses de edad.

Enfermedad actual — Hace un mes le apareció un tumor herniario que seguía el trayecto del canal inguinal derecho. Visto por un facultativo le prescribió fomentos; mejoró pero al poco tiempo volvió a aparecer en forma idéntica, que se redujo con el mismo tratamiento.

Como en el día de hoy volviese a manifestarse el tumor, fué consultado por un facultativo, quien ordenó colocasen *in situ*, hielo.

No mejorando y visto que no se reducía, el facultativo aconseja a las pocas horas, ser traído al hospital y en esas condiciones ingresa.

Estado actual — Criatura bien constituída. Presenta un tumor herniario, reductible, que llena toda la bolsa testicular derecha. Se decide intervenirlo.

Intervención — Anestesia al éter.

Hecha la incisión de la piel, se halla una gran hernia inguinal, congénita, que se estrangula en el anillo inguinal externo.

Se agranda el anillo, se reduce la hernia después de un lavado con suero fisiológico caliente; se resaca el saco bien alto y se achica de nuevo el anillo, conservando los elementos del cordón.

A los 6 días se le sacan los puntos de sutura y a los 9 se le da de alta perfectamente sano.

HUGO J. BERRA.

Agosto 12 de 1914.



BIBLIOGRAFÍA

- Rochard* — Les hernies.
- Monod et Vanvers*—Técnique opératoire—Tomo II.
- Llobet* — Secciones de clínica-quirúrgica.
- Forgue* — Patologie externe—Tomo II.
- Jeboulay et Patel* — Les hernies—Tomo XXV.
- Mauchet* — Chirurgie intestinale d'urgence.
- Víctor Veau* — Pratique courante et chirurgie d'urgence.
- M. Guibé* — Chirurgie de l'abdomen.
- Duplay* — Diagnóstico quirúrgico.
- Kemmeter* — Hernia diafragmática de origen traumático.
- Gerard-Marchand* — Chirurgie du gros intestin et du rectum.
- Tuffier* — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin.
- Ricard et Launay* — Technique chirurgical.

Buenos Aires, Agosto 12 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor José Arce, al profesor titular doctor Leandro Valle y al profesor suplente doctor Pedro Chutro, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Agosto 20 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2872 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Anestesia de elección en las intervenciones, por hernia estrangulada.

José Arce.

II

Complicaciones post-operatorias posibles en la operación de la hernia estrangulada y su tratamiento.

Leandro Valle.

III

En las resecciones de intestino gangrenoso : inconvenientes del botón de Murphy y ventajas de la sutura.

Pedro Chutro.

30374



