



Año 1917

N. 3253

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

HERNIAS UMBILICALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RODOLFO AUGUSTO ROMERO

Ex-ayudante del Laboratorio Central del Hospital Nacional de Clínica

Ex-practicante de la Asistencia Pública

Ex-practicante interno del Hospital Misericordia de la Ciudad de La Plata

Ex-practicante interno del Hospital Durand

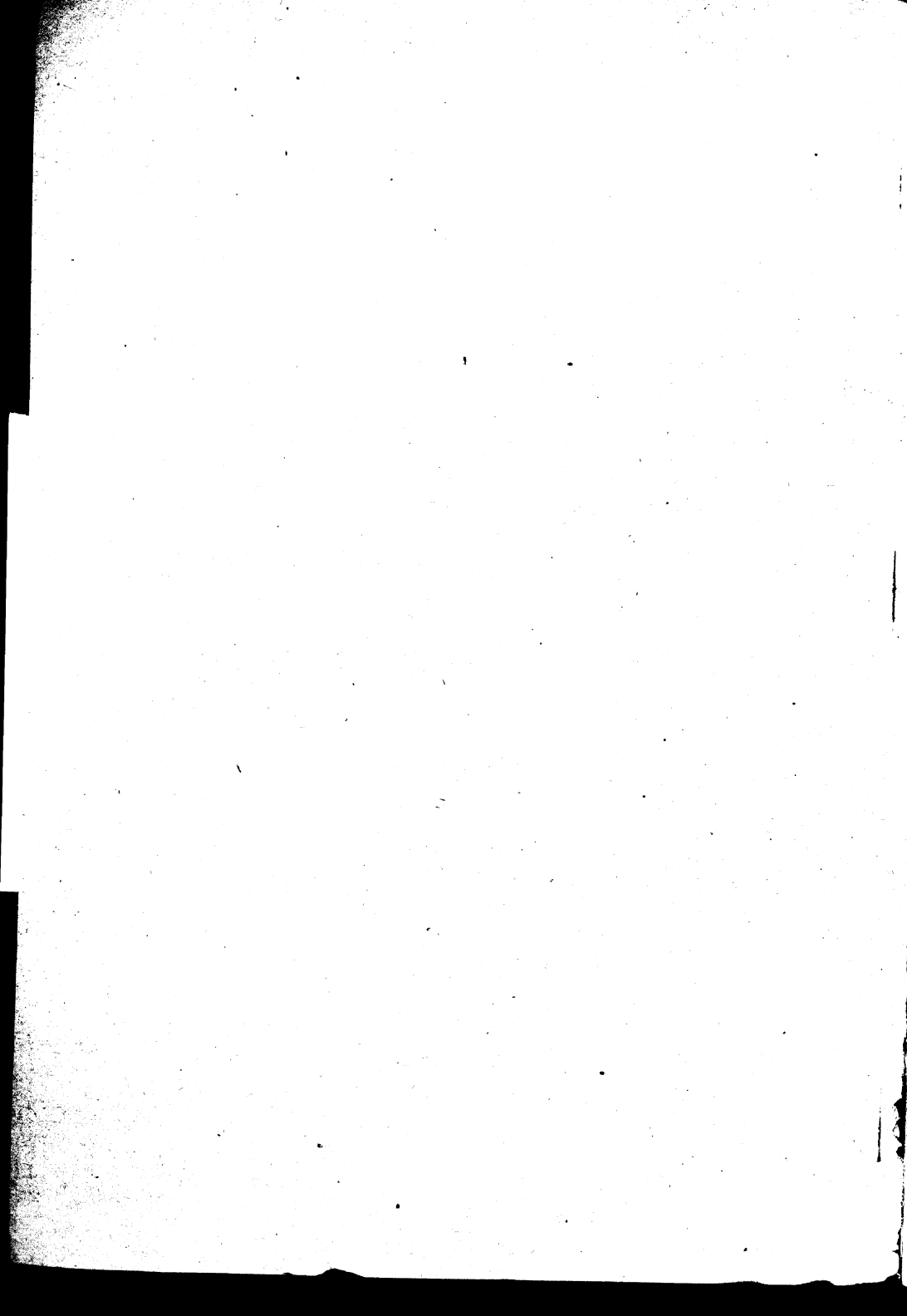


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917



Museo B. 29.15



Tratamiento quirúrgico de las hernias umbilicales

Año 1917

N. 3253

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

HERNIAS UMBILICALES

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RODOLFO AUGUSTO ROMERO

Ex-ayudante del Laboratorio Central del Hospital Nacional de Clínica

Ex-practicante de la Asistencia Pública

Ex-practicante interno del Hospital Misericordia de la Ciudad de La Plata

Ex-practicante interno del Hospital Durand



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI CORRIENTES 3151
1917



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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros Titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

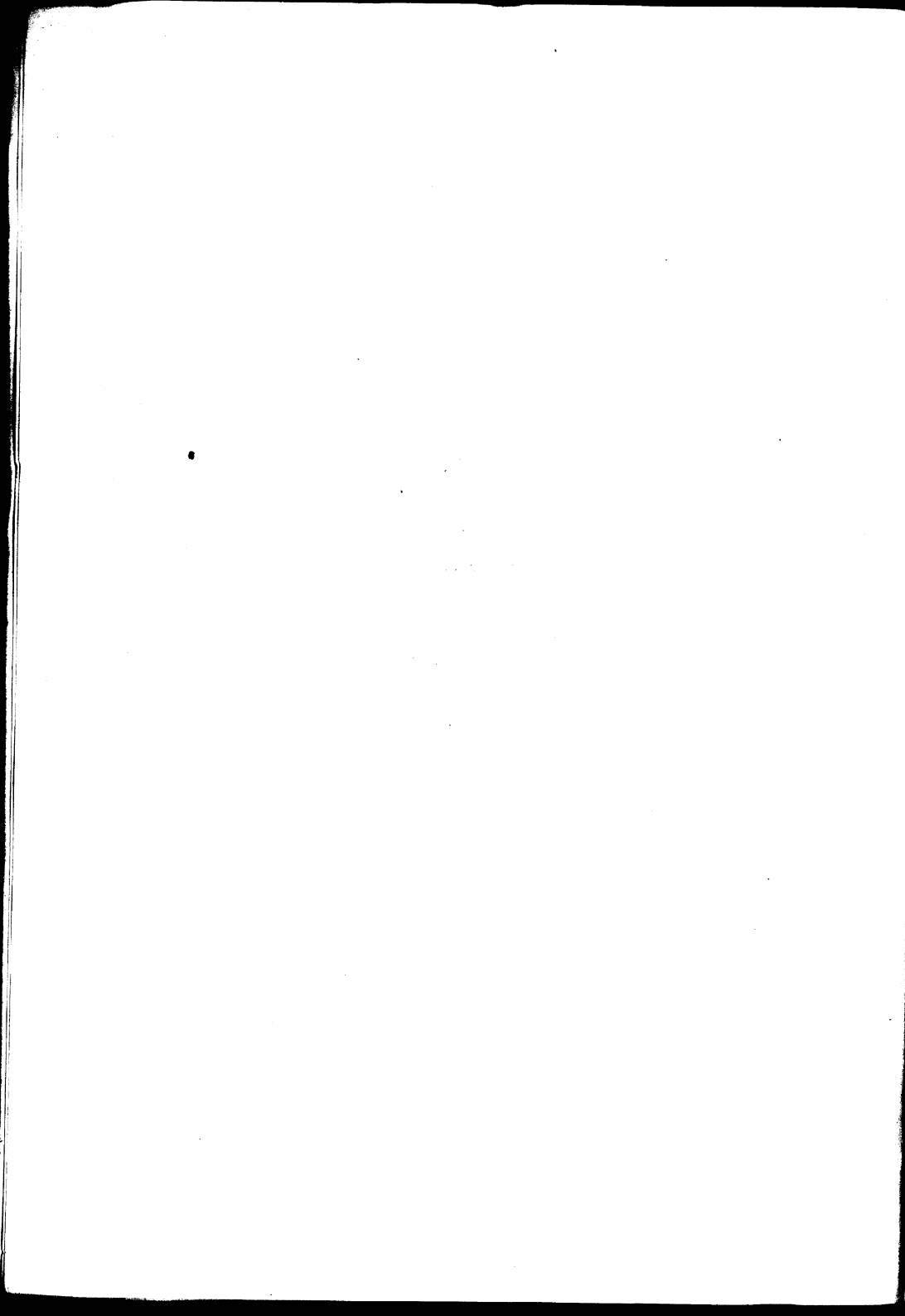
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

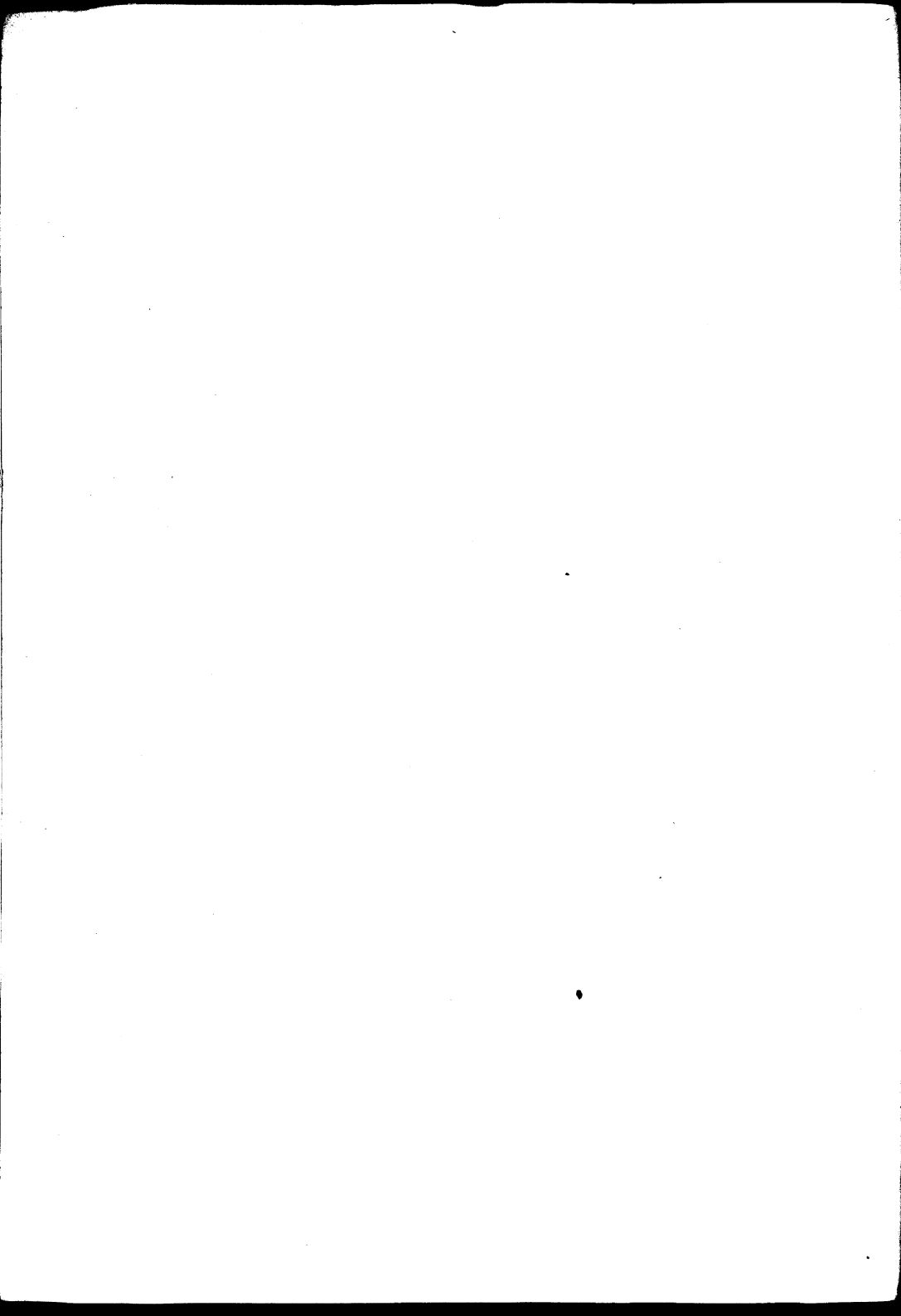
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

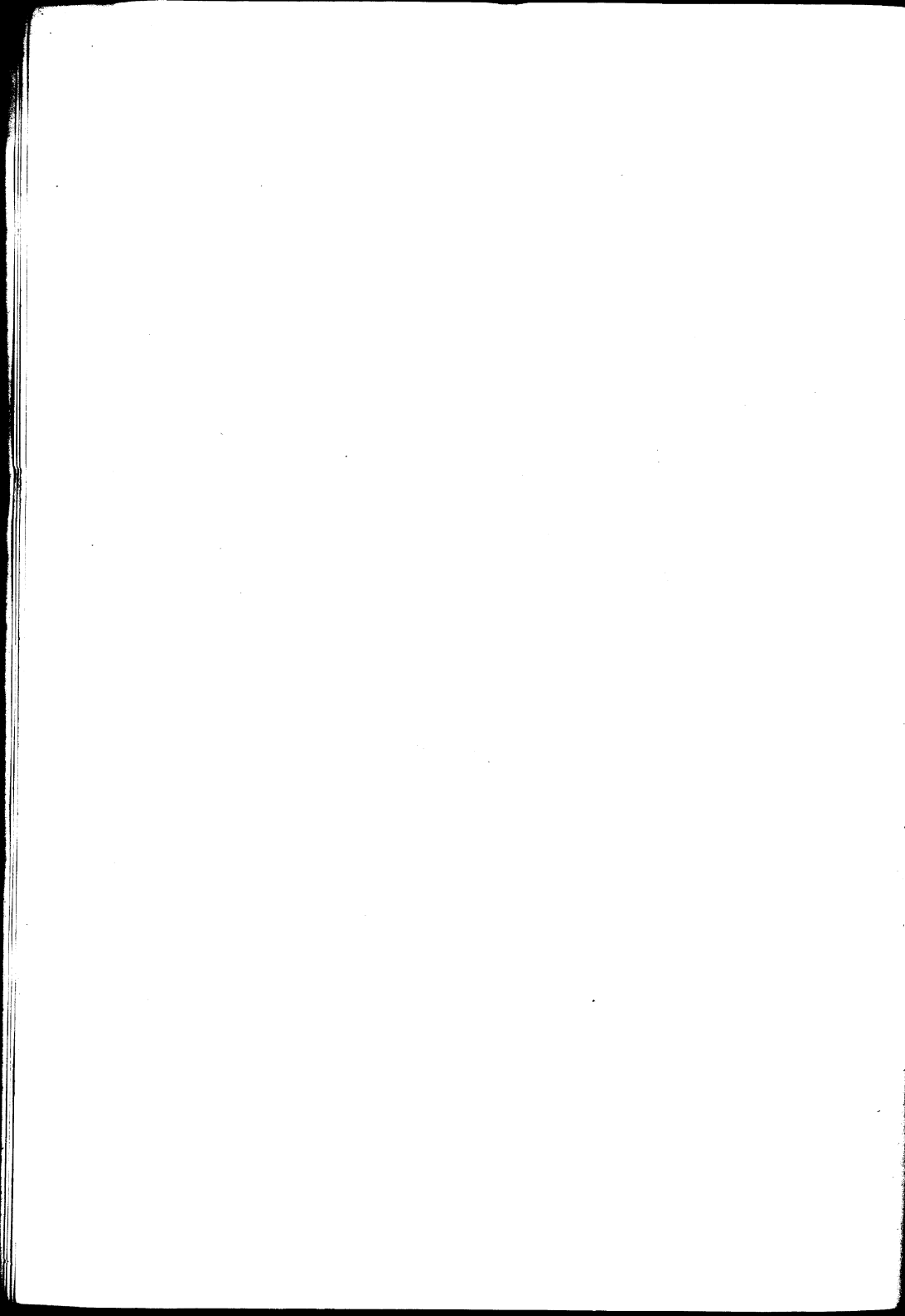
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



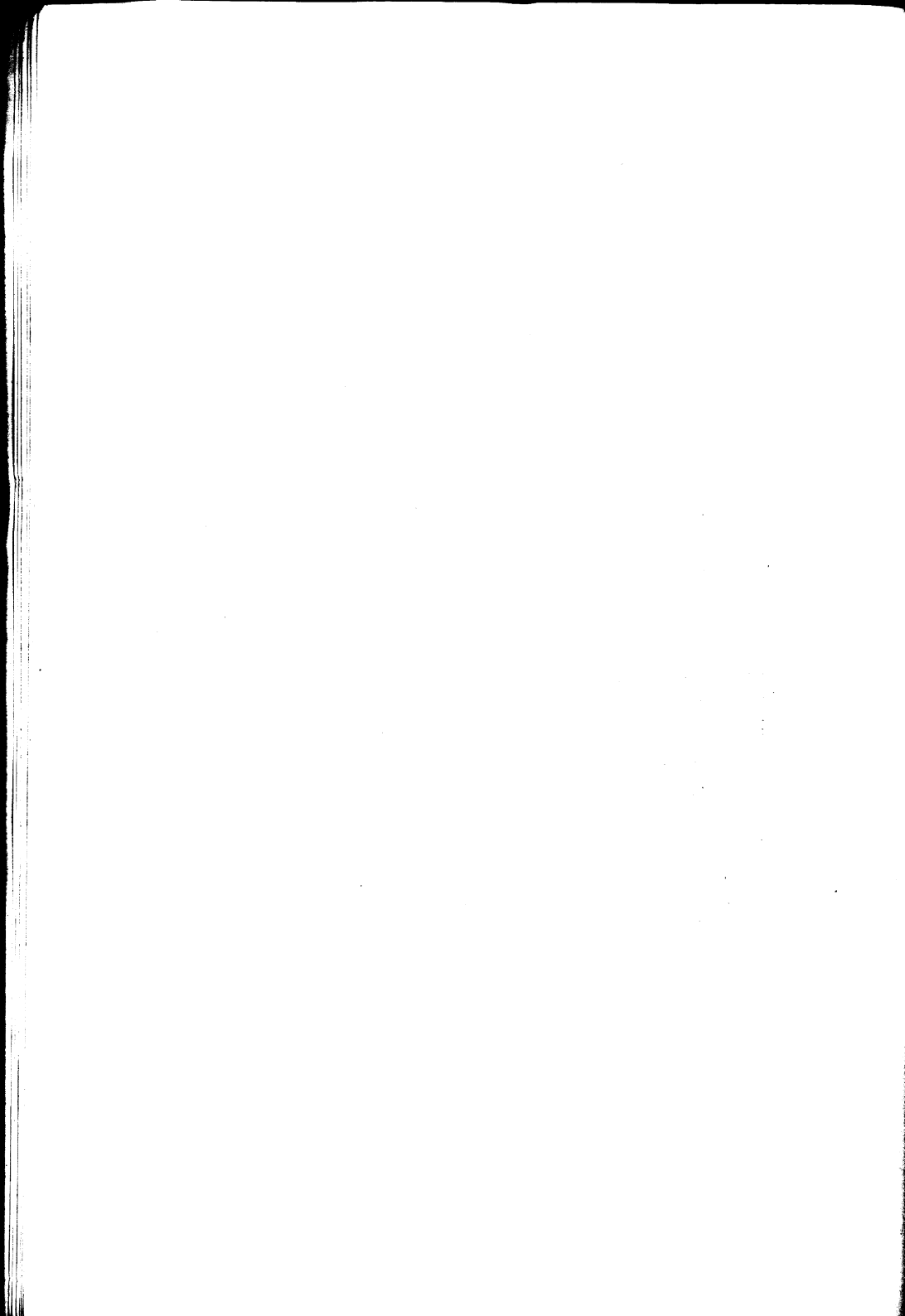
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
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 ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

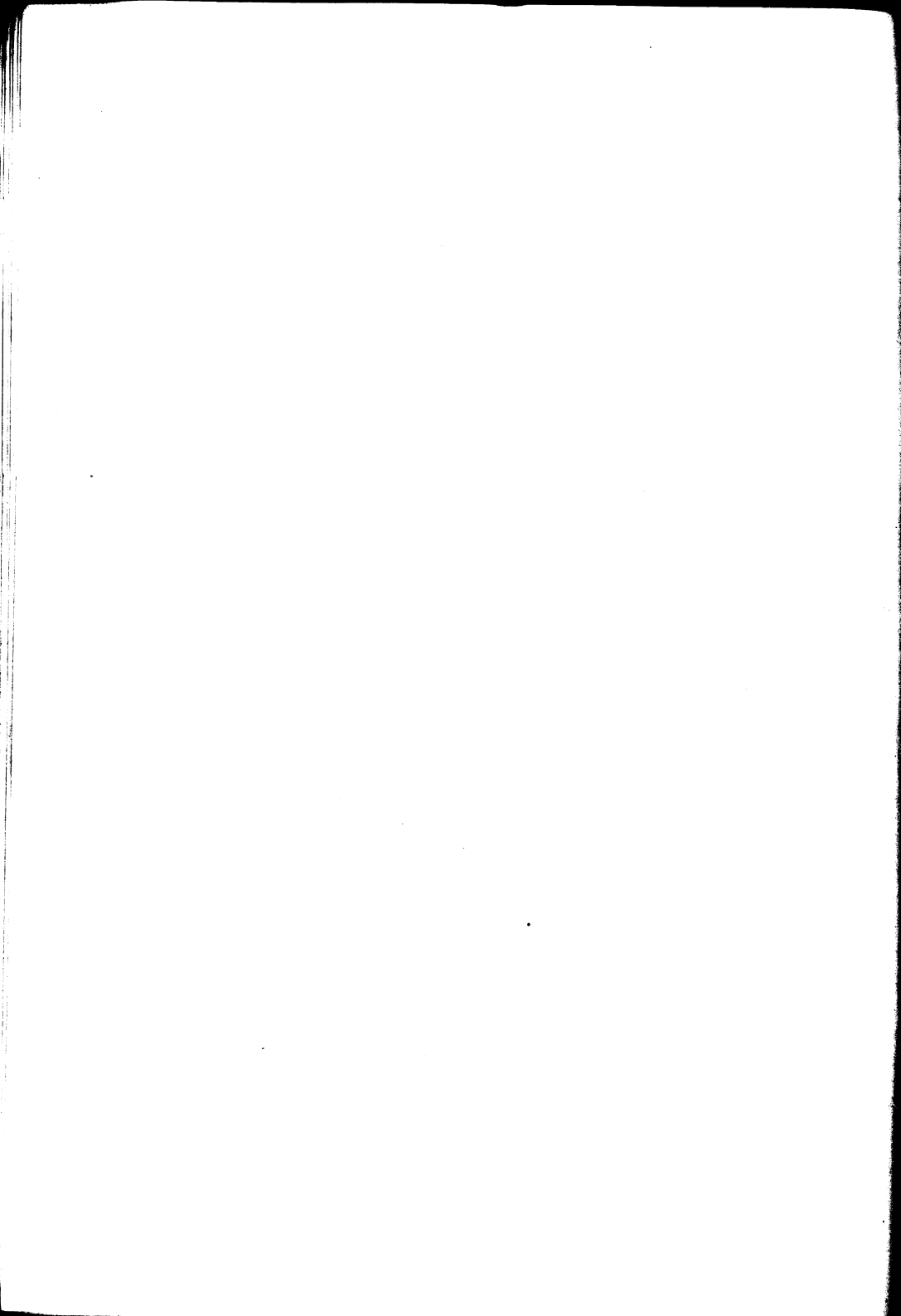
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	• SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	• EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	• FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	• BERNARDO HOUSSEY
Higiene Médica.....	• RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	• SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	• BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	• FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	• MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	• CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	• ALFREDO VITON
» Génito urinaria.....	• JOAQUÍN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	• ANGEL E. ROPPO
» oftalmológica.....	• JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	• ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología interna.....	• CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	• FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	• CASTELFORT LEGONES
» Médica.....	• NICOLÁS V. GRECO
» pediátrica.....	• PEDRO L. BALIÑA
» ginecológica.....	• JOAQUÍN NIN POSADAS
» obstétrica.....	• FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	• FRANCISCO DESTEFANO
	• ANTONINO MARCO DEL POST
	• ENRIQUE B. DEMARIA
	• ADOLFO NOCETTI
	• JUAN DE LA CRUZ CORREA
	• MARTIN CASTRO ESCALADA
	• PEDRO LABAQUI
	• LEONIDAS JORGE FACIO
	• PABLO M. BARLARO
	• EDUARDO MARIÑO
	• JOSÉ ARCE
	• ARMANDO R. MAROTTA
	• LUIS A. TAMINI
	• MIGUEL SUSSINI
	• ROBERTO SOLÉ
	• PEDRO CHUTRO
	• JOSÉ M. JORGE (H.)
	• OSCAR COPELLO
	• ADOLFO P. LANDIVAR
	• VICENTE DIMITRI
	• RÓMULO H. CHIAPPORI
	• JUAN JOSÉ VITON
	• PABLO J. MORSELINE
	• RAFAEL A. BULLRICH
	• IGNACIO IMAZ
	• PEDRO ESCUDEIRO
	• MARIANO R. CASTEX
	• PEDRO J. GARCÍA
	• JOSÉ DETEFANO
	• JUAN R. GOYENA
	• JUAN JACOBO SPANGENBERG
	• MAMERTO ACUÑA
	• GENARO SISTO
	• PEDRO DE ELIZALDE
	• FERNANDO SCHWEIZER
	• JUAN CARLOS NAVARRO
	• JAIME SALVADOR
	• TORIBIO PICCARDO
	• CARLOS R. CHIO
	• OSVALDO L. BOTTARO
	• ARTURO ENRIQUEZ
	• ALBERTO PERALTA RAMOS
	• FAUSTINO J. TRONGÉ
	• JUAN B. GONZALEZ
	• JUAN C. RISO DOMÍNGUES
	• JUAN A. GARASTOI
	• ENRIQUE A. BOERO
	• JOAQUÍN V. GRECO
	• JAVIER BRANDAN
	• ANTONIO FODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

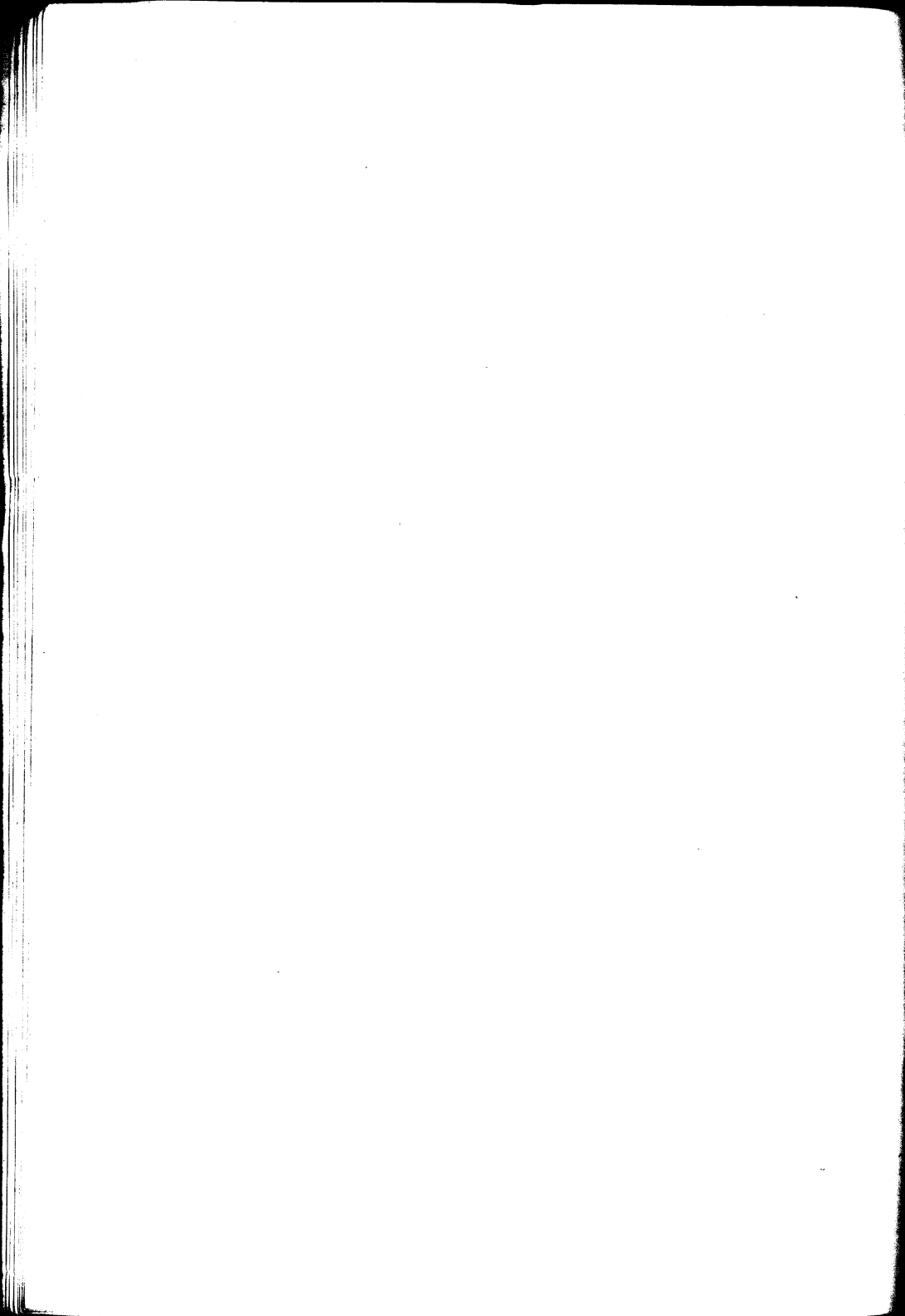
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y en- sayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI » EMILIO M. FLORES

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ALEJANDRO CEBALLOS

Profesor suplente de Patología Externa de la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Cirujano de los Hospitales Ramos Mejía y Teodoro Alvarez

A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

cuyo noble e integro carácter será mi norte
Imperecedero recuerdo.

A LA MEMORIA DE MI HERMANITO

RAÚL OSVALDO

A MI QUERIDÍSIMA MADRE

que con su abnegado amor maternal, supo subsanar toda dificultad, y ha sido mi
brújula que ha marcado el derrotero de todos mis pasos.

INMENSO CARINO.

A MI QUERIDA HERMANA

A MIS QUERIDOS HERMANOS

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

En cumplimiento de prescripciones reglamentarias, a vuestra elevada consideración entrego este modesto trabajo en el que sin duda alguna, el autor no pretende originalidad.

No se trata más que de un procedimiento operatorio en la cura radical de las hernias umbilicales y que lo describo y aconsejo llevarlo a la práctica por considerarlo de resultados satisfactorios singulares, muy superiores a aquellos que se obtienen por otros métodos quirúrgicos; como he podido apreciarlo en los servicios de cirugía de los hospitales Ramos Mejía y Teodoro Alvarez a cargo del inteligente Dr. Ceballos.

No quisiera abandonar las aulas de esta Facultad, sin antes dejar consignada mi gratitud hacia aquellos que con sus consejos y sabias lecciones formaron mi criterio médico.

Al joven, laborioso e inteligente cirujano doc-

tor Alejandro Ceballos que me ha proporcionado este tema, honrándome con su padrinazgo, mi más sincero agradecimiento.

Al eminente clínico y biólogo doctor Julio Méndez, del que soy un admirador, mi profundo reconocimiento por sus substanciales lecciones.

A los doctores: Niceto Loizaga, Agustín Piaggio, Julio Iribarne y Héctor Dasso por sus múltiples deferencias para conmigo, mis sinceros afectos.

Y antes de terminar estos brevísimos agradecimientos quiero dejar constancia de los grandes consejos prácticos que me ha inculcado mi hermano, el Dr. Carlos María Romero.

CAPITULO I

Nociones anatómicas y embriológicas de la región umbilical

La región que se estudia en anatomía con el nombre de umbilical, y que es una dependencia de la región externo-costo-pubiana, presenta a nuestro estudio un doble interés: anatómico y quirúrgico; anatómico, porque durante la vida fetal es el lugar por donde pasan los vasos que unen la madre al feto; quirúrgico y es el que a nosotros especialmente nos interesa porque suele ser el sitio de hernias especiales, llamadas umbilicales.

Haremos primero un ligero estudio del desarrollo del ombligo y trataremos en seguida de la anatomía de él en el adulto.

Durante los primeros meses de la vida embrionaria la pared abdominal abierta en su parte anterior, da paso a las formaciones siguientes: 1.º

Al pedículo de la vesícula umbilical; 2.º A la alantóides; y 3.º A una gran parte de las vísceras abdominales; es a la persistencia de esta circunstancia anatómica después del nacimiento que se debe el accidente conocido con el nombre de hernia umbilical congénita, malformación que de ordinario acarrea una muerte rápida; pero es susceptible de curación espontánea en algunos casos y en otros por la intervención quirúrgica, lo que es el objeto de la presente tesis.

Después, el ancho orificio por el cual pasan los órganos mencionados en el párrafo anterior se estrecha poco a poco y las vísceras entran a la cavidad abdominal donde toman un lugar determinado que no abandonarán ya. Por su parte el pedículo umbilical, los vasos ónfalo-mesentéricos y el canal alantoideo se atrofian y desaparecen lo que hace que al tercer mes de la vida intra-uterina el anillo umbilical no sea sino un pequeño orificio atravesado por las dos arterias y la vena umbilicales que dirigiéndose hacia la placenta se unen entre sí, y envueltos por la sustancia gelatinosa de Warthon, constituyendo el cordón umbilical, el que está revestido en toda su extensión por el amnios. Al entrar en la cavidad abdominal los tres vasos precitados, por el contrario se separan los unos de los otros y se dirigen: la vena umbilical, hacia atrás y a la derecha; las dos arterias umbilicales hacia abajo y afuera.

Después del nacimiento, cuando ya ha sido efectuada la ligadura del cordón y por lo tanto, la sangre cesa de circular en los vasos umbilicales,

estos se obliteran y transforman poco a poco en simples cordones fibrosos. En cuanto a la porción del cordón que queda adherente al feto se deseca y cae hacia el quinto o sexto día dejando una pequeña herida granulosa constituida por los tres vasos obliterados y la piel que los envuelve. Esta pequeña herida cura muy rápidamente y los vasos umbilicales invadidos por la degenerescencia fibrosa se retraen y atraen hacia sí la cicatriz umbilical. Esta se deprime arrastrando consigo la piel que la envuelve, razón por la cual se forma la especie de cúpula más o menos acentuada en la que es necesario ir a buscarla en el adulto. Si a esto se agrega la fuerza de retracción de la vena umbilical que es menor que la de las arterias umbilicales y del uraco, la cicatriz obedeciendo a esta última tracción se aproxima a la semi-circunferencia inferior del anillo umbilical y la adherencia de los tegumentos es más íntima a este nivel que sobre la semi-circunferencia superior.

Por otra parte la cicatriz umbilical no corresponde sino a la parte inferior del anillo y existe entre ella y el borde superior del anillo umbilical un espacio casi libre a través del cual el tejido celular sub-cutáneo se pone en relación poco menos que inmediata, con el tejido celular sub-peritoneal.

Al nivel de la cicatriz umbilical y sobre todo por encima de ella, la parte libre del anillo, de la cavidad abdominal no está separada del exterior más que por el peritoneo y la piel. Este es uno de los puntos débiles de la pared abdominal y

ello explica que sea el ombligo sitio de predilección para la formación de hernias. Estas hernias que existen algunas veces antes del nacimiento y se insinúan entonces en la base del cordón, son sobre todo frecuentes en el recién nacido por el hecho de que el anillo es muy ancho durante cierto tiempo y su cicatriz es todavía poco resistente. Agreguemos a ello que ellas curan espontáneamente de ordinario, en razón de la retracción progresiva que se produce al nivel del orificio umbilical, después del nacimiento.

Los embarazos, distendiendo la pared abdominal y aumentando la presión, disminuyen la resistencia de la cicatriz umbilical y este hecho explica la frecuencia particular de estas hernias en la mujer. Por observación se sabe también que son más frecuentes en las razas de color.

Pasando ahora a examinar la conformación anatómica del ombligo en el adulto, vemos que presenta, mirado por su cara anterior, como rasgos dominantes una depresión cupuliforme circumscripta por una especie de rodete cutáneo, el rodete umbilical. En el fondo de la cúpula se ve una pequeña eminencia, el mamelón, que está separado del rodete por un surco circunferencial, el surco umbilical que presenta en su vértice la cicatriz umbilical.

El rodete umbilical está formado por piel y tejido celular sub-cutáneo y continúa hacia afuera sin línea de demarcación alguna con los tegumentos vecinos. Su forma es muy variable: según los casos circular, elíptica, semicircular, en forma de coma, de C mayúscula. Su altura varía

con la mayor o menor cantidad de panículo adiposo de que estén dotados los sujetos llegando a veces a constituir una especie de prepucio al mamelón umbilical.

El surco umbilical tiene la misma forma aproximadamente que el rodete que circunscribe; pero casi nunca es completo, pues no representa generalmente más que los tres cuartos o la mitad de la circunferencia continuándose en las partes donde el surco falta, directamente el mamelón con el rodete.

El mamelón umbilical está en el fondo de la depresión umbilical y para verlo es necesario separar previamente el rodete que lo envuelve y lo recubre. Sus dimensiones son de ordinario pequeñas y su forma muy irregular.

En el vértice del mamelón, encontramos la cicatriz umbilical, dura, de color blanquecina, y de una longitud de un centímetro. Su forma es variable: estrellada, angulosa, semi-circular o lineal según los casos.

Esta forma normal del ombligo se modifica en ciertas condiciones fisiológicas de las cuales la más digna de mención es el embarazo; y también al estado patológico, en casos, por ejemplo, de ascitis, etc., etc.

Por lo que se refiere a la estructura del ombligo dividiremos su estudio siguiendo para ello la obra de Testut et Jacob en tres órdenes de capas: capas superficiales, capas aponeuróticas y capas retro-aponeuróticas.

Las capas superficiales son en número de dos: piel y tejido celular sub-cutáneo.

La piel es fina y delgada, movable al nivel del rodete, y adherente por el contrario sobre el contorno del anillo umbilical, particularmente en su borde inferior.

El tejido celular sub-cutáneo está constituido por una capa grasosa a la cual se adosa en su cara profunda una verdadera fascia superficialis. Es él, el que forma en su mayor parte el rodete umbilical.

Por entre este tejido celular caminan arteriolas, vénulas y ramúsculos nerviosos sin importancia así como algunos linfáticos que van a echarse a los grupos súpero-interno y súpero-externo de los ganglios inguinales superficiales.

La capa aponeurótica inmediatamente subyacente al tejido celular sub-cutáneo no es sino la parte correspondiente de la línea blanca. Es espesa, resistente, fuertemente tendida y está formada por fascículos tendinosos entrecruzados en todos sentidos.

El anillo umbilical está como tallado en la línea blanca y se encuentra circunscripto por fascículos fibrosos provenientes de la aponeurosis de los músculos anchos del abdomen. Tiene una forma entre redondeada y cuadrilátera cuyo diámetro mide de ocho a diez milímetros. Sus dos tercios inferiores están tapados por la especie de músculo fibroso que resulta de la fusión de la piel del ombligo con el uraco y los vasos superficiales. Por el contrario, su tercio superior en una extensión de dos o tres milímetros queda libre (excepto en algunos sujetos que presentan una lámina aponeurótica que va del borde su-

perior del anillo a la cicatriz y asegura el cierre del orificio) y en este punto el tejido celular sub-cutáneo está casi en relación inmediata con el tejido celular sub-peritoneal. Es por este verdadero punto débil del ombligo constituido por la parte superior del anillo umbilical que se producen casi siempre las hernias que son el objeto de la presente tesis.

Detrás de la capa aponeurótica se encuentran dos planos: el tejido celular sub-peritoneal y el peritoneo.

El tejido celular sub-peritoneal es al nivel del ombligo, delgado, poco desarrollado y con poca grasa. En él se encuentran las fascias umbilicales de Richet, los vasos umbilicales y el uraco. La primera de estas formaciones que se encuentran en los dos tercios de los sujetos es una lámina fibrosa que cuando está bien desarrollada está formada por un sistema de fibras transversales que se aplican a la cara externa del peritoneo parietal y se pierden lateralmente en la cara posterior de la vaina de los rectos, estando separadas de la cara profunda de la línea blanca, por un espacio que encierra grasa y el cordón fibroso de la vena umbilical. Hacia arriba remonta hasta cuatro o cinco centímetros por encima del ombligo confundiéndose a ese nivel con la línea blanca y la vaina de los rectos a los cuales se adhiere íntimamente. Hacia abajo termina por un borde generalmente muy neto que no se adhiere a la línea blanca ni a la vaina de los rectos, sino que forma un repliegue que levanta el peritoneo al nivel de la parte media del anillo um-

bilical, algunas veces al nivel del borde inferior de este anillo y excepcionalmente más abajo aún.

Como vemos el borde superior de la fascia umbilicalis se adhiere a la vaina de los rectos mientras que el borde inferior queda libre; pero debemos hacer notar que a veces es la disposición inversa la que se observa: la fascia umbilicalis es adherente abajo y libre arriba.

La fascia umbilicalis forma con la cara profunda de la línea blanca una especie de canal: el trayecto inguinal que naturalmente falta cuando lo propio le sucede a la fascia transversalis que contribuye a formarlo y que estará abierto hacia arriba o hacia abajo según las disposiciones anteriormente anotadas, que puede asumir la fascia transversalis.

Este canal tiene particular importancia por lo que se refiere a cierta variedad de hernias umbilicales, que se caracterizan por el hecho de que el intestino sigue su trayecto para llegar al exterior y que se dirigirá hacia arriba o hacia abajo según que el canal esté abierto en su parte superior o su parte inferior.

En el tejido celular sub-peritoneal caminan los vasos sanguíneos y nervios profundos de la región umbilical como asimismo los linfáticos profundos que terminan en los ganglios del grupo ilíaco externo situados inmediatamente por detrás de la arcada crural.

El último plano de la región umbilical está formado por el peritoneo, que es una dependencia de la hoja parietal que tapiza la pared anterior del abdomen. La serosa se extiende por detrás del

uraco y de las dos arterias umbilicales dejándose levantar ligeramente por estos tres cordones. Recubre también a la vena umbilical y como ésta abandona la pared del abdomen para dirigirse hacia el hígado arrastrando consigo al peritoneo, resulta de ello la formación de un ancho repliegue conocido con el nombre de hoz de la vena umbilical que va del hígado al ombligo y que es por otra parte, la porción inicial del ligamento suspensor del hígado.

CAPITULO II

Hernias umbilicales en general

Definición.—Llámase hernia umbilical a todo tumor en relación con el ombligo consecutivo a la salida de las vísceras por el orificio umbilical, ya porque éste quede abierto en el embrión, ya porque después de obliterado sea patológicamente distendido o abierto en el feto o después del nacimiento.

Se dividen estas hernias en congénitas y adquiridas, según que se hayan desarrollado durante la vida intra-uterina o que se formen después del nacimiento. Como se vé, el término de congénitas tiene aquí una acepción que no es la que generalmente se le da, pues excluye de la categoría de congénitas a ciertas hernias umbilicales que si bien se producen después del nacimiento obedecen a disposiciones anatómicas que el niño traía ya consigo al nacer.

Hernias umbilicales congénitas.—Las hernias umbilicales congénitas que son como hemos vis-

to las que el niño trae consigo al mundo al nacer son susceptibles también de una división, fundada en el hecho de que aparezca en el embrión antes de la formación definitiva de las paredes del abdomen, o a que se formen durante el período fetal, cuando la pared abdominal ha terminado su desarrollo, y en este caso, resulta de que la cicatriz umbilical se ha dejado forzar y da paso al intestino que sale a través de este punto débil. Llámense a las primeras, de estas hernias, hernias umbilicales congénitas del período embrionario y a las segundas, hernias del período fetal.

Hernias congénitas del período embrionario. — Tienen como carácter fundamental no presentar saco hernario ni envoltura célula-cutánea, por lo que más podrían ser consideradas como ectopías viscerales, que como hernias propiamente dichas. Datan de los tres primeros meses de la vida intra-uterina, época en que la cara ventral del embrión es incompleta, y se confunde con la vesícula blastodérmica. El embrión está adosado a esta vesícula por un pedículo atravesado por un orificio, el ombligo cutáneo por el cual pasan la vesícula umbilical y, a partir de la tercer semana, la vesícula alantóidea. La vesícula umbilical o saco vitelino comunica con el intestino del embrión por el canal vitelino, canal ampliamente abierto durante el primer mes, y cuya sección transversal lleva el nombre de ombligo intestinal. Entre el ombligo intestinal y el ombligo cutáneo existe un espacio anular ancho hacia adelante; y reducido hacia atrás a una estrecha

hendidura por la cual pasa el pedículo de la vesícula alantóidea. El canal vitelino va cerrándose al mismo tiempo que, el ombligo cutáneo se estrecha cada vez más, quedando aquél separado del borde anterior de éste, por un espacio libre que pone en comunicación la cavidad pleuro-peritoneal con la vesícula blastodérmica. El pedículo alantóideo y los tres vasos umbilicales englobados en una masa de mesodermo se han soldado, ya antes, al borde posterior del orificio umbilical.

Más tarde los dos pedículos, el vitelino y el alantóideo se atrofian, el ombligo se suelta a la masa conectivo vascular y al iniciarse el período fetal de la vida intra-uterina el ombligo no es sino un pequeño espacio circular atravesado por los vasos placentarios rodeados por la masa mesodérmica.

Anatomía patológica y patogenia. — Las causas que presiden al proceso patológico de esta malformación no han podido hasta el presente, ser dilucidadas por los numerosos autores que de ello se han ocupado. La obliteración del orificio umbilical y el desarrollo paralelo de la pared abdominal, se encuentran detenidos en el embrión y de ello resulta pérdidas de substancia que son tanto más grandes, cuanto antes se ha producido la detención del desarrollo.

Habitualmente el espacio en que la pared abdominal falta, está ocupado por una membrana transparente que desgarrada algunas veces deja ver sus bordes festoneados adheridos a las vísceras herniadas. Esta membrana es el único re-

vestimento que separa del exterior las vísceras lo que explica que—los casos raros por otra parte, que citábamos hace un momento de desgarradura de ella,—sean compatibles con la vida. Está constituida por tejidos no organizados, sin estructura ni base perceptible y consta de dos láminas separadas por tejido mucoso o gelatina de Warthon.

La lámina externa se confunde al nivel del rodete que circunscribe la base de la hernia con los tegumentos de la pared y la interna con el peritoneo parietal.

Por lo que se refiere a la naturaleza de esta membrana de envoltura Jaboulay, cree que ella representa un vestigio del amnios y de la *membrana inferior reunions de Rathke* reforzando de este modo las opiniones ya emitidas por Cruveilhier y Duplay y en contra de los autores que sostienen que la lámina externa de la membrana, está constituida por el amnios, y la interna por el peritoneo.

El volumen y el aspecto de estas hernias varían considerablemente según la naturaleza de los órganos que encierran y las dimensiones del orificio de la pared, habiendo casos en que la detención del desarrollo ha sido precoz en los cuales la fisura de las paredes abdominales se extiende desde el mango del esternón a la sínfisis pubiana dando paso a la casi totalidad de las vísceras abdominales. Pero generalmente la eventración, no es completa y se extiende desde el ombligo hasta un punto más o menos elevado de la mitad superior de la línea blanca o

tiene dimensiones aun menores y se limita a la base del cordón y reposa sobre el ombligo directamente o por medio de un pedículo. El contenido de estas últimas hernias no está representado más que por unas pocas ansas delgadas y algunas veces, por el ciego que contrariamente al intestino delgado contrae adherencias con las envolturas. En ciertos casos el ansa delgada herniada presenta un inflamamiento ampular que no es sino el resto del pedículo de la vesícula umbilical que a veces puede revestir la forma de un canal que viene a abrirse en el vértice de la hernia formando así un ano que puede dar paso a las materias intestinales o simplemente una pequeña fistula que deja escapar cantidades insignificantes de líquido.

Hay observaciones en que el oxónfalo embrionario, estaba constituido exclusivamente por el divertículo de Meckel dilatado en una vasta ampolla abierta en el ombligo.

Se ha señalado en ciertas hernias, la persistencia del pedículo de la vesícula alantóidea, ya en forma de prolongamiento fistuloso abierto en uno de los lados del tumor, ya en forma de una gran cavidad urinaria en contacto de la hernia. Este pedículo alantóideo viene abrirse, conservando su permeabilidad en el interior del cordón, por fuera de la hernia, en un pseudo pene umbilical provisto en su extremidad de un orificio tapizado de mucosa como el meato urinario.

Estas hernias presiden y son causa de malformaciones que coexisten con ellas, tales como la extrofia parcial de la vejiga y la imperforación

de la uretra, la atrepsia del intestino grueso y la imperforación del recto. Es también frecuente encontrar en el mismo sujeto deformidades que obedecen a las mismas causas generales que el onfalocele como ser: ausencia de soldadura sobre la línea media dorsal, espina bífida, meningocele, tumores sacro-coxígeos, pie bot, polidactilia, etcétera.

Hernias congénitas del período fetal

Estas hernias tienen como carácter distintivo estar revestidas de un saco peritoneal, debido a que se producen después del tercer mes de la vida intra-uterina, época en la que el orificio umbilical está ya definitivamente obliterado por un peritoneo parietal.

Por lo que se refiere a las otras envolturas, están constituidas por los elementos del cordón: la gelatina de Warthon y el revestimiento amniótico además de los vasos umbilicales cuya disposición explica el trayecto de las hernias. Las arterias y la vena no dejan entre sí sino un espacio estrecho, limitado también por el uraco y el contorno del anillo umbilical, espacio que está ocupado por los elementos embrionarios de la gelatina de Warthon, los que forman una vaina a las arterias que espesándose constituyen una túnica adventicia que fija las arterias a la parte inferior del anillo. La vena que no está rodeada por una vaina como las arterias atraviesa el anillo muy aproximada a éstas y es, poco a poco

englobada también, en su semi-circunferencia inferior por la túnica adventicia.

Scarpa ha hecho notar que introduciendo un dedo en el abdomen de un feto, y empujando de atrás a adelante se siente que el ombligo presenta una resistencia menor que las partes vecinas y el dedo puede hundir en él, al peritoneo formando una especie de embudo hernario que aumenta, si con la otra mano, se tira del cordón. Si esta experiencia se hace en un feto de cuatro meses, el punto que se deja deprimir más fácilmente por el dedo es el centro de la cicatriz. Los vasos se reparten por iguales en la periferia, dividiendo al cordón en segmentos iguales y la hernia sale por el centro del ombligo. En un feto de más edad y después del nacimiento el punto débil de la cicatriz está en la semi-circunferencia superior y es por este sitio que saldrá la hernia rechazando los vasos hacia abajo y a la izquierda. Se explica esto porque después de los cuatro meses el paquete vascular se fija al borde inferior del anillo.

En general, el tamaño de las hernias fetales no alcanza grandes proporciones y las partes contenidas son: intestino delgado en mayor o menor cantidad, algunas veces una porción de intestino grueso, y en casos más raros un lóbulo de hígado. Ahlfeld ha encontrado la persistencia del pedículo de la vesícula umbilical, lo que indica cierta asociación entre las hernias embrionarias y las fetales pues es difícil admitir que el hígado pudiera salir, una vez la cicatriz umbilical cerrada; y por otra parte la persistencia del conduc-

to vitelino no se puede explicar de otro modo que, por un defecto que se remonta al período embrionario.

Poco se ha conseguido en las diversas tentativas hechas para explicar la patogenia de estas hernias fetales. Las diversas teorías presentadas carecen de fundamentos reales y no puede ninguna de ellas dilucidar todos los casos. Aparte de la causa predisponente invocada por Ahlfeld se reconocen causas determinantes. Scarpa ha tratado fundándose en la experiencia que hemos citado hace un momento, de explicarlo por tracciones ejercidas sobre el cordón y el arrollamiento de éste alrededor del feto. Cruveilhier, lo atribuye a la compresión que determina en el abdomen una actitud viciosa del feto. Pero como habíamos dicho la luz no ha sido hecha todavía en este asunto, falta una teoría que satisfaga por completo al espíritu.

Sintomatología y evolución de las hernias

Cuando las hernias congénitas tienen un tamaño enorme y resultan de la detención del desarrollo casi total de la pared abdominal, dejan de tener interés para el médico, pues generalmente solo se encuentran en fetos expulsados antes del término, y cuando se observan después del nacimiento es un accidente incompatible con la vida.

Los casos en que la malformación alcanza mayor tamaño, y que permitan al niño seguir viviendo ofrecen a la vista, en la región umbilical

y supra-umbilical un tumor globuloso ampliamente implantado sobre la pared abdominal, cuya base puede medir de quince a veinte centímetros de circunferencia, y que dan inserción al cordón umbilical ya por su vértice, ya por su parte lateral izquierda, ya por su parte inferior.

Las envolturas delgadas y transparentes dejan entrever los órganos que cubren.

Durante los esfuerzos producidos por la tos o los gritos del niño, el tumor aumenta de volumen y se pone tenso.

Las grandes hernias que acabamos de descubrir no son las más frecuentes. Generalmente las hernias *embrionarias y fetales* son mucho menos voluminosas y sus síntomas difieren poco, ya se trate de una u otra de estas categorías.

El tumor se limita aquí al ombligo y sus contornos, está contenido en el cordón umbilical, y se une al ombligo dilatado, por un pedículo más o menos marcado. Cuando la hernia es muy pequeña se limita a la base del cordón y corre peligro de pasar desapercibida y ser comprendida en la ligadura de aquél, en el momento del nacimiento y de ahí la costumbre de ligar el cordón a cuatro traveses de dedo del ombligo.

El intestino que algunas veces está fijo a uno de los divertículos del saco, de ordinario se encuentra libre en sus envolturas y como la vaina amniótica del cordón es transparente permite percibirlo a través de ella.

El diagnóstico del contenido de estas hernias no es tan fácil como a primera vista parece, debiéndose tener presente para reconocer el intes-

tino, *su sonoridad y el gorgoteo*, que se produce durante su reducción; y para la presencia de un lóbulo del hígado, la consistencia firme de una parte que siempre queda en este caso irreducible, la coloración oscura del órgano, que siempre puede verse, gracias a la transparencia de las envolturas y la apreciación del borde cortante de este órgano.

Se debe sospechar la presencia del estómago en el tumor cuando el niño presente trastornos digestivos tales como: náuseas o vómitos inmediatamente después de mamar.

En cuanto a lo que se refiere a la evolución de estas hernias, diremos que cuando no causan la muerte del feto por ulceración de sus envolturas y peritonitis, tienen tendencia a la regresión espontánea por un proceso de cicatrización que atrae los bordes del tumor hacia la línea media, dejando una cicatriz sólida y retráctil en el centro de la región umbilical.

Cuando la ulceración de las envolturas se limita a los puntos ocupados por los divertículos vitelino o alantóideo, resultan de ello fístulas cuya evolución difiere según los casos.

Las fístulas estercolares que son las más frecuentes y siguen a menudo a la ligadura del cordón, pueden explicarse por la persistencia del divertículo vitelino en el cordón; y tienen poca tendencia a cerrarse espontáneamente, cuando se establece una eversión considerable de la mucosa, caso que desgraciadamente es muy frecuente, por los esfuerzos que el niño hace, que tienden

a expulsar la mucosa intestinal a través del divertículo abierto.

Las fistulas urinarias lo mismo que las intestinales o diverticulares pueden también obliterarse espontáneamente, siempre que sean de pequeño tamaño y que las vías naturales estén ampliamente abiertas.

Hernias umbilicales del niño y del adulto

Las hernias umbilicales en el niño presentan una evolución particular y por ello haremos antes de entrar en su estudio anatómo-patológico, que en nada se diferencian de las del adulto, ciertas consideraciones generales sobre ellas. Se las observa con igual frecuencia en uno u otro sexo, pero sin embargo es digno de notar, que si en el sexo masculino la hernia infantil está en la proporción de 1:5, en el sexo femenino está en la de 3:5 explicándose éste por la mayor frecuencia de las hernias en el hombre.

Es generalmente después de la caída del cordón que se constata la presencia de la hernia infantil, en forma de un pequeño tumor que trasmite la impulsión que producen en el niño los esfuerzos y gritos. Este tumor del volumen de una avellana, contiene casi siempre, un ansa delgada y es fácilmente reducible. El estrangulamiento es sumamente raro y los trastornos funcionales poco acentuados, siendo la tendencia general de estas hernias, la regresión espontánea y la curación por consolidación de la cicatriz, al mismo tiempo que la línea blanca aumenta su

resistencia y el anillo umbilical se encierra dejando así al niño una pared sólida y un ombligo normal.

Sin embargo, hay casos en que las hernias infantiles persisten y el cirujano debe entonces dirigir su tratamiento en contra de ellas.

Etiología

La hernia umbilical es más frecuente en la mujer que en el hombre, en la proporción de 4 : 1 y presenta la particularidad de estar casi siempre asociada en el hombre a la hernia inguinal; y al estado aislado en la mujer. Con la edad aumenta la proporción de hernias umbilicales en la mujer, mientras que es necesario remontarse a la infancia en el hombre para encontrar el origen de la mayor parte de las hernias umbilicales desarrolladas en él, pues aun la del hombre adulto no es a menudo sino una hernia que ya existía al estado virtual y que se ha acrecido debido a una circunstancia ocasional.

El embarazo tiene una innegable influencia para la producción de estas hernias en la mujer, y hasta puede ser considerado la principal causa determinante, sobre todo cuando es repetido; al lado de él, los tumores abdominales, los quistes del ovario, los fibromas uterinos y todas las causas que aumentan la presión abdominal y la distensión de la pared, favorecen el desarrollo del onfalocele.

En el hombre en cambio, la hernia umbilical debe ser relacionada a la hernia inguinal con-

génita, que casi siempre la acompaña y atribuida a la inoclusión de un canal peritoneal que en este caso sería el canal umbilical, en el cual se insinuaría el intestino a consecuencias de un esfuerzo.

Anatomía patológica y patogenia

La hernia umbilical del adulto, es diversamente considerada desde el punto de vista de su patogenia; según los distintos autores. Para unos es una simple variedad de eventración producida a través del anillo umbilical distendido progresivamente, es decir, que constituiría el tipo de una hernia de debilidad. Para otros estas hernias se formarían a través de un verdadero canal preformado que presentaría un trayecto y dos orificios realizando el tipo común de las hernias del intestino.

Ateniéndose a la descripción esquemática que se hace de la cicatriz umbilical del adulto, es decir, un orificio más bien cuadrilátero que redondeado de dos milímetros de luz, situado en la línea blanca y cerrado hacia afuera por la piel y hacia adentro por el peritoneo que no se presenta a ese nivel modificaciones en su consistencia o en su espesor, ni adherencias especiales, deberemos naturalmente considerar, que si el onfalocelo se produce por ese orificio no ha seguido canal ninguno en su trayecto; y se trata por lo tanto, de una simple eventración.

Pero según Hugo Sachs, en la cara externa del peritoneo existen en el setenta por ciento de los

casos, un sistema de fibras transversales de refuerzo, emanadas a derecha y a izquierda de la aponeurosis común hacia la cara profunda de los músculos rectos. Estas fibras intermitentemente asociadas a la serosa pasan en puente sobre la línea blanca de la cual quedan separadas, por un espacio lleno de tejido celular. Representa la fascia umbilical de Richet; y se pierden por arriba en la línea blanca y en la vaina de los rectos, sin delimitar orificio alguno. Por abajo presentan un borde cortante que levanta el peritoneo y forma un pliegue saliente a veces un verdadero divertículo, entre la fascia umbilical y la línea blanca. Ya habíamos dicho al tratar de la anatomía del ombligo, que el borde inferior podría llegar a distintas alturas con respecto al anillo umbilical, y este quedar entonces, ya cubierto completamente en la fascia, ya cubierto en parte por ella o completamente desprotegido, por no alcanzar la fascia, más que hasta su borde superior, caso este último, que naturalmente favorece la efracción del anillo por la hernia.

Pero según lo hemos manifestado, entre las fibras de la fascia umbilical y de la línea blanca, existe un espacio, el canal umbilical; que obliterado hacia arriba, abierto hacia abajo, o por el contrario, abierto arriba y cerrado abajo, puede dar lugar a que el intestino se insinúe en él, y venga a hacer saliencia en el ombligo, después de haber recorrido cierto trayecto en el espesor de la pared abdominal.

Constituirían estas hernias, el tipo descripto por Richet con el nombre de umbilicales indirectas.

que puede ser considerada como una transición entre los onfaloceles propiamente dicho, y las hernias ad-umbilicales.

En resumen, consideremos con Jaboulay, al nivel del ombligo y por orden de frecuencia:

1.º—Hernias directas, que pasan a través del anillo por distensión progresiva de la cicatriz;

2.º—Hernias indirectas, que pasarían por el canal umbilical de Richet;

3.º—Hernias directas, complicadas con una hernia de la línea blanca vecina al ombligo o con un divertículo sacular properitoneal.

Por lo que hace a la disposición del anillo se constata que es muy variable. En las hernias umbilicales indirectas, el orificio hernario es en general, de dimensiones restringidas. No sucede lo mismo en las hernias de debilidad, en las que la cicatriz umbilical y los contornos del anillo se distienden hasta el punto de admitir el paso de varios dedos. Por otra parte debido a la diversidad de los puntos de fijeza del contorno del anillo, a los órganos vecino, la hernia se presenta segmentada en dos, tres o más foliolos.

En las hernias indirectas, es a veces al principio imposible distinguir los dos anillos, en las extremidades del trayecto, que más tarde tienden a aproximarse y fusionarse en uno solo.

El saco existe siempre al principio adherido a la cara profunda de la piel, y más tarde, como su fusión con el contorno del anillo le impide deslizarse, siguiendo a la hernia que aumenta de volumen, se adelgaza y se rompe o se inflama, pudiendo pinzar en el primer caso una ansa in-

testinal que se insinúa por una fisura de la **serosa** desgarrada.

El cuello del saco lo constituye el anillo umbilical mismo, pudiéndose encontrar en casos de extrangulación otros puntos de estricción debido ya adherencias epiplóicas con el saco, ya a un arrollamiento de la vena umbilical al rededor de la hernia.

Los órganos que se encuentran en las hernias umbilicales son: el epiplón, el intestino delgado y el colon transverso con su meso-cólon, pudiendo en casos excepcionales, encontrarse también una parte del estómago y hasta del ciego.

Las pequeñas hernias son siempre reducibles en su totalidad, aunque muy rápidamente contraen adherencias, que son casi constantes en las voluminosas y viejas.

Sintomotología y diagnóstico

Los signos que revelan las hernias umbilicales no presentan caracteres particulares inherentes a ellas. Exponen a trastornos funcionales que son tanto más marcados, cuanto más voluminosa es la hernia, y consisten en desórdenes dispépticos, gastralgia, cólicos, etc.

Por lo que se refiere a los signos físicos tampoco ofrecen particularidad: un tumor al nivel de la cicatriz umbilical, que la estación vertical y los esfuerzos aumentan de volumen, mientras el decúbito-horizontal y la presión de fuera a adentro reducen con o sin gorgoteo. Sin embargo, cuando el sujeto es grueso y la hernia muy pequeña,

ésta puede no llegar a determinar relieve alguno, y ser necesario recurrir a la palpación y a la presión, dando lugar a una sensación de reducción, con gorgoteo, para ponerla de manifiesto. Una vez la hernia reducida, es posible introducir la extremidad del dedo en un anillo circular de bordes netos y cortantes a través de la piel de omblligo.

Para diferenciar las hernias umbilicales de las ad-umbilicales Richet ha propuesto tener en cuenta la forma del anillo umbilical que es redondeada, mientras que las hendiduras de la línea blanca son siempre alargadas, y el hecho de que los bordes del anillo umbilical son más gruesos y firmes que los de la hendidura de la línea blanca. Según Gosselin, en las hernias ad-umbilicales la cicatriz no se despliega y queda en su situación normal, o cuando se desplaza, lo hace del lado opuesto al tumor herniario.

Las grandes hernias de debilidad según los órganos que contengan presentan naturalmente síntomas variables, siendo de ordinario imposible determinar por el examen anterior, qué parte del tubo digestivo es la que se ha insinuado por el anillo. Apenas, si el estómago por su timpanismo y los vómitos inmediatos a las comidas puede revelar su presencia en la hernia.

Complicaciones

Las hernias umbilicales, cuando no son contenidas aumentan lenta y gradualmente de volumen y tienden por su propio peso a caer sobre el hipo-

gastrio. Y como casi siempre hay adherencias entre el saco y su contenido, los enfermos acusan diversos trastornos: sensación de peso, dolores, náuseas y vómitos, sin que por otra parte se constataran signos de extrangulamiento verdadero. Sucede a veces, que hernias en este estado pueden reducirse en su totalidad; pero de ordinario se las encuentra tensas, con edema de los tegumentos y dolores a la presión, presentando una irreducibilidad que se acompaña de constipación y falta de expulsión de gases por el ano. Y sin embargo, por el reposo y aplicación de hielo sobre la hernia todos estos accidentes desaparecen y la hernia vuelve a ser reducible. Se trata entonces de un atascamiento transitorio, debido a una torsión momentánea de las vísceras o un ligero proceso de inflamación del contenido de la hernia o a la formación de adherencias nuevas en el interior del saco.

Al lado de estos casos de atascamiento existen, aunque en pequeña proporción para las hernias umbilicales, casos de extrangulamiento verdadero.

CAPITULO III

Eventraciones

Describiremos con este nombre las diversas clases de hernias que se producen al rededor de la región umbilical y en la línea blanca, y cuya etiología, variada, analizaremos al tratar de cada una de ellas, lo que paso a hacer en seguida.

Hernias ad-umbilicales

Se conocen con este nombre las hernias que se producen por un orificio vecino del ombligo; pero netamente distinto del orificio umbilical.

J. L. Petit, creía que la cicatriz umbilical era muy resistente y admitía que la hernia umbilical salía casi siempre por los costados del anillo. Richter decía que la hernia salía por el anillo en los niños y por sus adyacencias en el adulto. Para Scarpa era al rededor del orificio que se hacía la hernia.

Hoy todo el mundo está conteste, en que la

hernia umbilical es la regla; la ad-umbilical es la excepción.

La hernia ad-umbilical no es, a menudo, sino una simple hernia grasosa. El orificio que le dá salida se forma por el relajamiento en los puntos débiles de las fibras aponeuróticas de la línea blanca, que al estado normal están llenas de pelotones de grasa. Está situada en la vecindad del ombligo y da sobre la línea media, ya a derecha o a izquierda del anillo umbilical.

Se ha citado a menudo, como causas inmediatas de estas hernias, los esfuerzos que se producen al vomitar o al ejecutar otros actos violentos, además de los traumatismos sobre la pared abdominal anterior.

Es opinión generalmente admitida, que esta hernia se produce en el adulto, cuando el ombligo está ya bien cicatrizado y constituye un punto perfectamente sólido de la línea blanca, y que tiene necesidad para producirse de la existencia del divertículo, cuyo peritoneo atraviesa la pared abdominal por disposición congénita, divertículos de los cuales ya hemos hablado al tratar de los onfaloceles congénitos. Aumenta progresivamente de volumen y después de un pelotón adiposo, se insinúa en ella el epiplón y hasta el intestino, constatándose, entonces, la existencia de un verdadero saco.

También es necesario señalar como causas predisponentes y que pueden en ciertas circunstancias llegar a ser causas determinantes de esta hernia, cuando los puntos débiles congénitos no existen, la distensión de la pared abdominal y la

formación consecutiva de rajaduras a consecuencia de la presión producida por ascitis, obesidad, etc., etc.

Es clásico admitir que una hernia entra a formar parte de la categoría de las hernias ad-umbilicales, cuando está situada en los alrededores de la cicatriz umbilical y a menos de dos centímetros de distancia de ella. Puede, por otra parte, dar lugar a una serie de síntomas que en nada se diferencian de las hernias umbilicales, epigástricas y de la línea blanca, siendo, entonces, su sitio el único dato que nos servirá para individualizarla.

Su diagnóstico es, por lo tanto, puramente anatómico, puesto que todas estas hernias empiezan y se desarrollan del mismo modo, siendo necesario para establecerlo un examen local minucioso, sin tener mucho en cuenta el signo de Richter, que establece que, siendo el anillo umbilical redondo, la hernia umbilical también debe ser redonda, mientras que la hernia de la línea blanca es de forma alargada, por serlo también la hendidura en la línea blanca.

Hernia de la vaina del músculo gran recto

Para la producción de estas hernias es necesario que previamente uno de los músculos rectos mayores del abdomen haya sufrido una disociación en sus fibras, lo que frecuentemente tiene lugar a consecuencia de una confusión de la pared anterior del abdomen.

Es conveniente hacer notar, que después de

estas contusiones y como lo ha puesto en evidencia Larrey, es casi siempre el gran recto y raramente el grande y pequeño oblicuo el que se desgarran; y según este autor la rotura del músculo tendría lugar sobre todo en la parte infra-umbilical en la región en que la cara posterior de los músculos está desprovista de aponeurosis, lo que tiene lugar en el quinto inferior del músculo, pues, como sabemos, en sus cuatro quintos superiores la vaina del gran recto existe hacia atrás, constituida por la reunión de la aponeurosis del transversario y de la hoja posterior de la del pequeño oblicuo.

Por lo que se refiere al diagnóstico de esta hernia diremos, que está rodeado de grandes dificultades y son frecuentes los casos de esta afección que han sido confundidos con tumores de la pared abdominal.

Hernias epigástricas

Las hernias epigástricas están situadas sobre la línea blanca, en la parte de esta línea que se extiende desde el ombligo hasta el apéndice xifóide del esternón, ya sobre la misma línea blanca, ya un poco a los lados de ella y más frecuentemente a izquierda que a derecha. Lo más frecuente es que se encuentre una sola hernia, pero hay casos en que se ven una, dos, tres y hasta cuatro hernias superpuestas sobre la línea blanca, cada una con su orificio propio y que además de ello presentan la particularidad de poder ser reducidas independientemente unas de otras.

El volúmen de las hernias epigástricas es sumamente variable.

Cuando son pequeñas forman un relieve apenas apreciable en la superficie del abdómen, y que en sujetos obesos apenas pueden reconocerse por una palpación cuidadosa. Cuando son más voluminosas pueden adoptar una forma globulosa que tiene tendencia, en ciertos casos, a pediculizarse y a caer como una bolsa sobre las regiones del abdómen situadas por debajo de su orificio de salida.

Si se examina una de estas hernias, se vé que solamente están recubiertas por la piel y por el tejido celular sub-cutáneo.

Se forman a consecuencia del relajamiento de los fascículos aponeuróticos, que contribuyen a la formación de la línea blanca, en los puntos en que estos fascículos dejan entre sí espacios, que al estado normal están ocupados por pelotones de grasa.

Estos espacios de forma losángica al principio, se transforman, más tarde, a consecuencia de la distensión producida por la salida de las vísceras, en un verdadero anillo fibroso de forma aproximadamente circular.

Terrier, que las ha estudiado, divide estas hernias según su constitución en cuatro grupos:

1.º—Hernias grasosas simples que pueden o no arrastrar consigo al peritoneo.

2.º—Hernias grasosas acompañadas de un saco peritoneal con una hernia epiplóica.

3.º—Hernias epiplóicas simples sin hernia grasosa, y

4.º—Hernias intestino-epiplóicas.

Para el estudio de las hernias grasosas de la línea blanca se deben tener en cuenta las mismas circunstancias que para las hernias propiamente dichas de esta región, pues sus caracteres son sumamente parecidos. Cuando son pequeñas están la mayor parte de las veces constituidas por una masa adiposa, que puede ser relacionada a un verdadero lipoma herniario netamente limitado del tejido celular sub-cutáneo y unida por un pedículo más o menos estrecho al tejido celular sub-peritoneal. Si tomando con una mano esta hernia grasosa, ejercemos una tracción que determina el arrastre a través del orificio herniario de la parte adyacente del peritoneo, que presenta entonces, una especie de depresión infundibuliforme que se insinúa en el anillo fibroso, que ha dejado pasar al lipoma. No es raro ver un divertículo peritoneal, de paredes muy delgadas y cavidad muy estrecha, en el centro del lipoma herniario, divertículo que puede algunas veces encerrar un poco de epiplón adherido o no a él. A la inspección, no es posible poner de manifiesto la presencia del prolongamiento peritoneal; es necesario abrir el tumor, para ponerlo en evidencia.

Además de estas hernias pequeñas, que son las que hemos descripto, existen otras más voluminosas, constituidas por un saco que se parece mucho al de las hernias umbilicales del adulto, saco que presenta paredes muy espesas revestidas algunas veces de grasa; y que presenta un pedículo y a veces un cuello netamente determinado. El contenido de estas hernias se reduce casi

siempre al epiplón. Sin embargo se ven casos de ellas en los cuales el intestino particularmente el cólon transverso acompaña al epiplón. La presencia en estas hernias del estómago citada por algunos autores, parece no haber sido rigurosamente comprobada y debe probablemente tratarse únicamente de observaciones fundadas en los trastornos funcionales que estas hernias producen.

En lo que concierne a la predilección que estas hernias tienen por uno u otro sexo, las opiniones están muy divididas. Según Malgaigne serían más frecuentes en la mujer que en el hombre. Según otros autores la proporción de hernia de la línea blanca sería diez veces mayor para el hombre que para la mujer. En lo que están de acuerdo casi todos los autores, es en que la hernia de la línea blanca está casi siempre asociada a otras hernias; y coexistiría a menudo conexiones orgánicas del estómago, cáncer y estrechez del píloro, úlcera, etc. No sería difícil, que el adelgazamiento en estos últimos casos, fuera la causa productora de las hernias en los sujetos que padecen aquellas enfermedades.

Los esfuerzos por vómitos, los traumatismos que pueden dar lugar a la rotura de las aponeurosis, son otras tantas causas que pueden obrar determinando la aparición de una de estas hernias.

Basta por otra parte, examinar la constitución anatómica de estas hernias para tener una idea exacta sobre su modo habitual de desarrollarse. Los pelotones de grasa sub-peritoneal, situados

cerca de los espacios lacunares que presenta la línea blanca, se enúclean a través de esos espacios, arrastrando consigo al peritoneo que se adhiere a ellos, y determinando de este modo, la formación de un infundibulum peritoneal que el empuje de las vísceras transforma poco a poco en una hernia verdadera.

Como caracteres de las pequeñas hernias epigástricas, constituídas, sea por un pequeño lipoma herniario conteniendo epiplón o intestino, son los de un pequeño tumor blando, sensible y aún doloroso a la presión, que no presenta casi impulsión, de crepitación particular; y que deja en su lugar una pequeña perforación excavada en los planos aponeuroticos de la línea blanca, y en la cual puede introducirse el dedo, empujando hacia adentro la piel. Cuando esta hernia aumenta de volumen reviste toda la apariencia de las hernias ordinarias, y se parece exactamente a una hernia umbilical de la que por otra parte, se diferencia por su situación. Hay hernias tan pequeñas que apenas pueden ser puestas de manifiesto por la renitencia que la palpación determina en un punto dado; por la sensibilidad en ese mismo punto y por la sensación de reducción, seguida de una depresibilidad particular consecutiva a la ligera saliencia que percibía los dedos.

Estas pequeñas hernias epigástricas determinan muy a menudo trastornos funcionales de gran intensidad: dolores gastrálgicos, locales e irradiados a los hipocondrios, acompañados de trastornos dispépticos y vómitos, trastornos que desaparecen al ser reducida la hernia. Debido a lo

pequeño de estas hernias es bien difícil a veces descubrirlas y establecer la etiología de ciertas gastralgias y dispepsias rebeldes. La predominancia de los desórdenes gástricos en este síndrome, había hecho admitir la existencia de gastroceles epigástricos; pero la experiencia ha demostrado que simples hernias grasosas en la línea blanca pueden dar lugar a todos estos síntomas.

Constrastando con estas pequeñas hernias muy dolorosas y que producen graves desórdenes funcionales existen otras que tienen una evolución silenciosa y no se manifiestan por síntomas funcional alguno, aún cuando lleguen a tener un gran volumen.

Las hernias de la línea blanca están poco sujetas a extrangularse, sin embargo bueno es hacer notar, que cuando se produce el extrangulamiento, puede revestir suma gravedad por la rápida gangrena del saco herniario y de su contenido. Se hacen algunas veces irreductibles a consecuencias de adherencias que se producen entre el epiplón y la cara interna del saco.

Por lo que hace al diagnóstico de estas hernias, diremos, que solamente presenta dificultades cuando son de muy pequeño volumen, pues como ya habíamos dicho, siendo difícil poner en evidencia por la palpación la hernia, y atribuyendo erróneamente los trastornos funcionales a otras causas cualquiera, la hernia puede pasar desapercibida durante un gran lapso de tiempo. Sin embargo un examen minucioso y atento nos permitirá evitar el error.

Una vez reconocida la hernia, nos queda por

determinar su constitución anatómica, lo que no es nada fácil. En las hernias voluminosas la presencia del intestino y del epiplón será fácilmente constatada; pero muy a menudo en presencia de una pequeña hernia es imposible saber si ella es simplemente grasosa o si encierra alguna parte de piritoneo o de epiplón. Los signos locales y los síntomas funcionales a los que dan lugar estas diversas variedades de hernias son los mismos.

El aumento de volumen de estas hernias después de las comidas, los trastornos gástricos que se producen enseguida y el clipeo que se observa después de la ingestión de líquido, han hecho creer en la existencia de hernias del estómago, pero nunca esta creencia fué abonada por datos demostrativos.

Hernias infra-umbilicales

No es frecuente en la región infra-umbilical de la línea blanca encontrar hernias análogas a la de la región epigástrica. Lo que se encuentra generalmente son enormes eventraciones infra-umbilicales que se observan tan a menudo en las mujeres cuyas paredes han sido distendidas por el gran número de embarazos. Los síntomas que presentan estas eventraciones se deben en gran parte a los desplazamientos viscerales que los acompaña: prolapso uterino, enteróptosis, etc.

Son las que se producen a consecuencia de las cicatrices de la incisión de la línea blanca infra-umbilical, y que deja después de la laparatomía.

La frecuencia de estas hernias tiende a disminuir desde que se ha substituido a la sutura que unían en masa los dos labios de la herida por la sutura que reúne plano por plano las partes constituyentes de la pared abdominal. La supuración de la incisión abdominal contribuye a su formación. La eventración cicatricial presenta una cavidad limitada por un saco, que adhiere a la cicatriz, muy delgado y con bridas que lo tabican.

Causan dolores abdominales y pueden ser sitio de extrangulación.

Laparoceles

Entendemos referirnos con este título de acuerdo con la mayoría de los autores, a toda hernia que sale a través de la pared anterior o paredes laterales del abdomen, fuera de la línea media o de los anillos inguinal y crural.

Desde el punto de vista de su etiología dos son las causas que pueden dar lugar a su producción: una cicatriz o una rotura completa o incompleta de la pared abdominal. Las hay también de origen espontáneo. Los traumatismos, las heridas penetrantes del abdomen, dejan preparado el terreno para que este accidente se produzca, así como también las causas de orden quirúrgico, cicatrices de operación, practicadas sobre el abdomen. Otras causas de debilitamiento de la pared abdominal, tales como supuraciones, pueden producir el mismo resultado así como los embarazos múltiples, la ascitis, tumores intra-abdominales, etc.

Desde el punto de vista anátomo-patológico, es necesario hacer una distinción absoluta entre las hernias traumáticas o cicatriciales, y los laparocelos espontáneos.

Las primeras se producen en cualquier lugar por la solución de continuidad accidental de los planos aponeuróticos de la pared; están limitados por un contorno fibroso muy neto, y sus envolturas constituidas por la cicatriz que se ha dejado distender, son muy delgadas.

Con el tiempo, y a medida que el tumor aumenta de volumen, el peritoneo adyacente a la cicatriz es arrastrado a través del orificio aponeurótico y constituye con el pedículo un saco distinto. La cavidad herniaria puede presentar adherencias con las vísceras que contiene y está tabicada por bridas cicatriciales.

Los laparocelos espontáneos se producen en un sitio constante que corresponde al borde externo del músculo recto mayor del abdomen en la unión de la aponeurosis del músculo transverso con la hoja posterior de la vaina del recto. A través de las fibras del transverso existen orificios vasculares que son los que pueden originar un pasaje a las vísceras.

La hernia puede ser intra-parietal, contenida en el espesor de la pared abdominal y recubierta por la aponeurosis de inserción del gran oblicuo, o puede ser superficial y comunicar con la cavidad abdominal por un anillo fibroso abierto en las aponeurosis de la pared. El saco adhiere muy a menudo a este orificio fibroso formando un cuello que puede algunas veces el contenido de la

hernia y cuando ha sufrido una gran distención se hace tan delgado que no puede ser aislado de los tegumentos.

El contenido de estas hernias está principalmente formado por el epiplón acompañado del ciego, el colon y el intestino delgado.

Cuando estos laparocelos son muy pequeños y intesticiales, escapan a un examen pues aun cuando sean superficiales pueden ocultarse en el espesor de las capas sub-cutáneas. Se revelan entonces por trastornos funcionales y por un dolor que tiene como caracteres los siguientes: aumentar en los accesos de tos y durante los esfuerzos y desaparecer cuando el sujeto se coloca en decúbito-dorsal, pues en este caso por la simple acción de la gravedad, la hernia se reduce espontáneamente. Ese dolor puede ser despertado por la presión, practicando la palpación metódica del abdomen, si se aumenta la presión al nivel de la hernia se sentirá una renitencia particular, acompañada después de una sensación de reducción con cierto gorgoteo.

Queda entonces abierto el camino para que el dedo pueda ser introducido y penetrar dentro de un orificio, del cual percibe con toda claridad el contorno. Si se quita ahora el dedo y se hace inclinar al enfermo hacia adelante, invitando al enfermo a hacer algún esfuerzo, se podrá sentir aplicando la mano, la impulsión característica que produce la hernia al salir.

Más fáciles de reconocer son los grandes laparocelos, que presentan por otra parte, los caracteres de las hernias abdominales. Es necesario,

sin embargo, hacer un exámen minucioso para poder precisar, si son intersticiales o superficiales y cerciorarse, entonces, al reducir una hernia ventral que parece superficial que no ha sido empujada en un inflamamiento del saco contenido en un desdoblamiento de la pared abdominal.

CAPÍTULO IV

Estrangulación de la hernia

El estrangulamiento herniario es uno de los accidentes más formidables de la evolución de las hernias, que se caracteriza por la constricción del intestino y del epiplón, cuando éste existe, efectuada en el interior del trayecto herniario, constricción que es permanente, dificulta la circulación sanguínea y detiene el curso de las materias fecales y de los gases y no tarda en determinar, si no se practica su reducción, accidentes de perforación y de gangrena de las tunicas intestinales y necrosis epiplóicas.

Toda hernia puede estrangularse y es digno de mención el hecho de que, cuanto más pequeña sea una hernia, mayores probabilidades tiene de sufrir este accidente. También tienen mayores probabilidades de estrangulación las hernias que de ordinario quedan reducidas, pues esa reducción permanente permite a los anillos o al cuello condensarse y estrecharse. Las dos condiciones ordinarias de la estrangulación son: 1.º el

empuje brusco de un ansa intestinal a través de un orificio estrecho, por un esfuerzo; 2.º el aumento súbito del contenido de un ansa herniada.

Las hernias umbilicales, cuando adquieren cierto volumen tienden a caer por su propio peso sobre el hipogastrio, el cual, por su parte, en las mujeres obesas deja ver sus paredes relajadas caer formando una especie de delantal. Sucede entonces y ello es principalmente debido a las consecuencias de adherencias, que se establecen entre el saco y su contenido en estos casos, que los enfermos acusan en ese momento una sensación de peso y dolores que sobrevienen por accesos que se acompañan de vómitos y de náuseas. Todo esto sin que sea posible aún por el exámen más atento constatar los signos que permiten diagnosticar un estrangulamiento verdadero y aún puede darse el caso de que tales hernias sean pasibles de reducción total y contención permanente por medio de un vendaje adecuado. No es esto lo más frecuente, pues de ordinario, al mismo tiempo que estas grandes hernias se hacen más dolorosas, se ponen tensas como empastadas, aparece edema de los tegumentos, a su nivel se hacen muy sensibles a la presión y no es posible disminuir su volumen, cualquiera sea la maniobra que para ello se ponga en práctica.

Apresurémonos, sin embargo, a manifestar que esta irreducibilidad es solamente temporaria, a pesar de lo cual se acompaña a menudo de constipación absoluta y supresión de pasajes de gases por el ano, lo que hasta cierto punto po-

dría hacer creer que se tratara de un estrangulamiento. Pero si se somete a tales enfermos a un reposo absoluto con aplicación de hielo sobre su hernia se ve que al mismo tiempo que los fenómenos dolorosos retroceden, el curso de los gases y de las materias fecales se restablece y la reducción parcial de las vísceras es posible. Reconoce entonces que se trataba tan solo de un atascamiento pasajero, que pudo ser debido a una inflamación, moderada por las partes contenidas en la hernia; a la formación de nuevas adherencias en el interior del saco o a una torción accidental y temporaria sufrida por algunas ansas de las contenidas en el interior del saco.

Nos hemos detenido describiendo este atascamiento por ser particularmente frecuente en las hernias umbilicales, en las cuales siempre debe esperarse una evolución favorable después de los síntomas alarmantes anteriormente mencionados, lo que naturalmente no excluye el deber, en presencia de tales accidentes de una expectación atenta y estar prontos para intervenir, si el caso lo requiriera.

El estrangulamiento de las hernias umbilicales ha sido negado por algunos autores, Broca y Mugnier entre otros. Todo lo que se puede admitir es que no sea muy frecuente; pero su existencia real y verdadera ha sido ya evidenciada y no puede ponerse en duda.

La poca frecuencia con que se observa este accidente en la práctica, obedece más que a otra cosa a la relativa rareza de la hernia umbilical misma, frente a las hernias inguinales y crurales.

Sumamente complicada es la patogenia del estrangulamiento de las hernias umbilicales.

A menudo en las hernias de pequeño volumen, el obstáculo está situado en el cuello del saco o de otro modo, en el anillo umbilical. Otras veces en las hernias canaliculadas la estricción que sufre el intestino se opera en el trayecto del canal umbilical. En las grandes hernias, el estrangulamiento tiene lugar con la misma frecuencia en el anillo que en el interior del saco.

En estos estrangulamientos las causas de la irreducibilidad son múltiples. Son a veces las bridas inflamatorias, las que producen una obstrucción por acotadura o por vólvulos. Otras veces son tracciones sobre el intestino operadas por el epiplón adherente al saco o el pinzamiento de un ansa en un agujero del epiplón, o en una rajadura o divertículo del saco. Varias de estas causas pueden intervenir reunidas para la producción del accidente.

Como se comprende, el aspecto clínico de estos diversos tipos de estrangulación varía con las causas que los producen. En las hernias de pequeño volumen, sean o no canaliculadas, es común el estrangulamiento agudo por pinzamiento lateral, que determina vómitos fecalóides precoces, anuria y trae la gangrena rápida del intestino, todo lo que se acompaña con un estado general sumamente grave del sujeto, que impone un severo pronóstico, si la intervención no es rápida y acertada. Tratándose de hernias de mayor volumen a los trastornos mecánicos que se observan en las hernias pequeñas, se agregan

otros síntomas que llaman la atención: signos inflamatorios de atascamiento, empastamiento profundo, aspecto lustroso de los tegumentos y edema de los mismos, al mismo tiempo que se observa que la evolución de los accidentes no se hace de una manera tan rápida, y la supresión definitiva de las materias y de los gases solo tiene lugar varios días después de haber el enfermo acusado fenómenos dolorosos en su hernia. Este establecimiento progresivo de la obstrucción que termina por un estrangulamiento, consecutivo, es la característica de las grandes hernias umbilicales, cuyo saco encierra mucho epiplón y que ya eran desde hacía mucho tiempo parcialmente irreducibles. El enfermo que ya ha sufrido muchas veces esta crisis de peritonitis herniaria no se alarma, y casi diremos que no se preocupa de ella, cuando una nueva se establece se limita a poner en práctica los medios usuales por los cuales él hacía de ordinario ceder a la obstrucción, y no es sinó cuando él ha visto la insuficiencia del tratamiento que él pone en práctica (grandes lavajes, aplicaciones de hielo, reposo, etc.), que él se decide a acudir a los auxilios de un cirujano.

Es frecuente observar en estos casos que la hernia es poco tensa y el anillo está solo moderadamente apretado, siendo posible reconocer un punto máximo de dolor y cierta disposición particular de las ansas intestinales que permiten darse cuenta, que el obstáculo está dentro del saco. Este diagnóstico de localización es el único que resulta posible, pues sería aventurado pre-

tender distinguir los trastornos consecutivos a la peritonitis herniaria, de los que sobrevienen en el curso de una oclusión por adherencias o acodadura por bridas, aunque en este último caso nos llamaría la atención la agudeza e instantaneidad con que se establecen los fenómenos de la obstrucción. Naturalmente que esta distinción tampoco tiene gran importancia, dado que en uno como en otro caso, la intervención es de rigor en toda hernia irreducible y dolorosa, máxime cuando se acompaña de obstrucción, estaría netamente indicada.

Fuera del estrangulamiento que venimos de tratar, otras complicaciones pueden sobrevenir a consecuencia de alteraciones diversas del saco y de los tegumentos, que están siempre estrechamente adheridos a él, haciendo que cada alteración del saco repercuta sobre la piel y recíprocamente, toda alteración de la piel, repercuta sobre el saco. Así, por ejemplo, las escoriaciones de la piel determinadas por un vendaje mal colocado y por el frote repetido de los vestidos, pueden terminar por producir una ulceración del saco herniario y determinar una rotura de la hernia, accidente que también puede producirse por un adelgazamiento progresivo de las envolturas de las vísceras herniadas que salen bruscamente en un esfuerzo que provoca su brusca distensión.

Estos casos son de ordinario fatales, pues cuando el cirujano acude el contenido del saco se ha infectado y una peritonitis limitada al saco o generalizada a todo el abdómen le impide intervenir.

Esta infección del saco tiene mayores probabilidades de producirse cuando la perforación se ha producido de afuera a adentro, consecutiva a una ulceración cutánea.

CAPÍTULO V

Tratamiento quirúrgico de las hernias umbilicales

Por parecerme oportuno, y antes de exponer el método que yo preconizo, pasaré en revista los diversos modos de actuar de diferentes cirujanos en presencia de casos de hernias umbilicales y eventraciones.

El tratamiento operatorio de las hernias umbilicales, así como el de toda hernia en general, comprende tres tiempos sucesivos, a saber: 1.º la abertura del saco herniario, 2.º tratamiento de su contenido y 3.º la obturación o mejor dicho la obliteración del orificio o del canal herniario. Sin embargo, a causa de muchas particularidades que se encuentran, y casi de una manera constante, en el transcurso de la operación se ve obligado el cirujano muchas veces a variar el esquema que antecede.

Para simplificar este estudio clasificaremos los

diferentes procedimientos operatorios en tres grupos:

Primer grupo: procedimientos que respetan el ombligo fibroso o avivan solamente sus bordes: Onfalectomía parcial.

Segundo grupo: procedimientos que sacrifican completamente el anillo umbilical: Onfalectomía total.

Tercer grupo: procedimientos operatorios particulares de restablecimiento de la pared abdominal.

Como al comienzo de este capítulo, decía y me proponía recorrer los procedimientos quirúrgicos que más se han empleado, así lo haré, empezando por el:

Primer grupo (onfalectomía parcial)

Procedimiento de Lawson-Tait.— Ante todo este autor pasa en revista los diferentes métodos empleados hasta entonces y los critica a la vez, especialmente el procedimiento de suturas sub-cutáneas, que se encuentra descripto en la obra de Wood.

Lawson-Tait dice: Yo he deliberadamente abierto muchos sacos herniarios umbilicales o periumbilicales; yo he reducido el intestino, he seccionado el epiplón adherente; he avivado los bordes del anillo o anillos herniarios, he suturado estos bordes por hilos de seda continuo. He, así, ejecutado el cierre completo del saco y del anillo.» Según su autor los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

Procedimiento de Socin. — Para aquél que deseara conocerlo minuciosamente a este procedimiento, lo remito a la tesis de Mestral (De l'opération de la hernie, Lausanne, 1881), donde se lo halla bien descripto. En pocas palabras lo expondré, pero no sin antes advertir que poco se diferencia del de Lawson-Tait.

Socin, después de haber disecado y aislado completamente el saco, lo extirpa en totalidad. Si este contiene epiplón lo reseca después de haberlo dividido en muchos segmentos que él liga con hilo de seda, aviva enseguida el anillo umbilical, practica la sutura del anillo fibroso; este plano de sutura es intermediario entre el surget peritoneal y la sutura cutánea.

Procedimiento Lucas Championnière. — La incisión puede ser practicada a elección del operador, a condición de que una de sus extremidades descubra ampliamente el pedículo, es decir, el orificio herniario. La incisión puede ser curva o recta, pero la curva descubrirá un espacio más considerable y permitirá a menudo una excisión discreta de la piel distendida y exuberante.

En muchos casos es menester penetrar en el saco con mucha prudencia, pues de lo contrario se correría el riesgo de perforar una ansa intestinal, accidente desgraciado y fácil de cometer, tanto más, si se tiene en cuenta lo común que son las adherencias intestinales al saco herniario.

Dentro yá del saco, la disección de las vísceras debe llevarse a cabo con la mayor atención, debido a las múltiples e íntimas adherencias que existen, de suerte que no pocas son las veces,

que se le exige al cirujano un vasto caudal de experiencia, tanto que tiene en muchas circunstancias que recurrir a toda suerte de artificios. Una vez que se desprenden las adherencias, se tiene en la mano un saco más o menos grande, se lo desprende con cuidado de la perifería del anillo fibroso, y se le hace sufrir tracciones como al saco de la hernia inguinal para destruir, por encima del cierre que va a ser hecho, toda depresión, todo infundibulum. Entonces se procede al cierre del saco con la ayuda de un grupo de hielos separados, el pedículo seroso formado se reseca todo lo que está fuera de los hilos. Siendo como lo está, destruída la hernia, se trata ahora de consolidar la pared abdominal; para esto es necesario reunir las partes serosas que constituyen la perifería del anillo.

Con buenos catguts, pasados con una aguja y que atravesarán bien toda la pared abdominal, servirán para esta reunión. Championnière aconseja siempre sutura a puntos separados.

Para dar mayor solidez, Championnière pasa algunos puntos de sutura por encima de aquellos que han sido dejados en su lugar, puntos éstos, que no atraviesan toda la pared abdominal y que sirven para mantener a aquellos que están por debajo.

La piel será reunida por puntos de sutura superficiales y profundos, colocados alternativamente, afrontando bien los bordes de la piel y de las partes profundas.

Procedimiento de Berger.— El procedimiento del profesor Berger, poco difiere del de Lucas Cham-

pionnière, siendo casi idénticos. Berger disecciona minuciosamente el saco, sobre todo al nivel de su unión con el anillo umbilical. Se libera completamente y le sigue la ligadura del saco exactamente a nivel de su parte más profunda, acarrearía una desaparición completa del infundibulum peritoneal, que, si él persistiera, favorecería la recidiva.

Procedimiento de Routier. — Este procedimiento puede ser resumido en cinco principales tiempos:

1.º—Incisión de la piel, tejido celular sub-cutáneo y abertura del saco.

2.º—Reducción inmediata del epiplón y del intestino, si ellos no presentan adherencias. Si hay adherencias se las rompen con el dedo; si no pudiesen ser rotas, se secciona el epiplón previamente ligado, y se dejan unidas al intestino las partes donde asientan las adherencias.

3.º—El epiplón estando bien pediculado se le liga en masa, si el pedículo es pequeño, con un hilo de catgut; si el pedículo es demasiado grande se lo atraviesa con la aguja curva de L. Championnière, armada de un hilo doble, y se hace una ligadura en cadena. Después con las tijeras se reseca el epiplón del lado de afuera de la ligadura y se reduce el pedículo, después de constatar que se ha hecho la hemostasia.

4.º—Se cogen los bordes del saco con dos pinzas de forcipresión y se lo disecciona con cuidado hasta más allá de su cuello, de la misma manera que el epiplón; después se reduce su pedículo.

5.º—Se hace un solo plano de suturas, abra-

zando todo el espesor de la pared abdominal y comprendiendo el peritoneo.

Como es fácil darse cuenta, en todos estos procedimientos el operador hace una incisión mediana de la piel y abre el saco sobre la línea media; ella respeta el ombligo fibroso y **no** hace más que avivar los bordes; es la onfalectomía parcial, que tiene la ventaja de facilitar la reunión de los labios del orificio herniario, pues que ella respeta los tejidos fibrosos.

Ahora pasaremos a tratar los casos de onfalectomía total, comenzando por Condamin.

Segundo grupo (onfalectomía total)

Procedimiento de M. Candamín.— Condamin fué el primero que practicó la ablación completa del anillo fibroso umbilical, tratando de aumentar la solidez de la pared abdominal. Este procedimiento fué publicado por el autor en el año 1892 en los Archivos provinciales de cirugía, después en la tesis de su discípulo Casteret; se resume en dos términos:

Onfalectomía, sutura en tres planos:

1.º—Incisión para-umbilical doble, rodeando la totalidad del pedículo herniario, remontando y descendiendo a tres o cuatro centímetros por encima y por debajo del ombligo. Después de la incisión de la piel dirigirse lateralmente sobre el desdoblamiento de la aponeurosis de los rectos hasta que los bordes de ellos sean visibles, y continuar la disección para quitar el peritoneo.

que forma el saco y tapiza la cara profunda del anillo.

2.º—El ombligo siendo levantado, si se trata de una hernia simple; o bien liberar el epiplón y las adherencias intestinales, si se trata de una hernia estrangulada; se regulariza la superficie de sección y se pasa dos gruesos hilos metálicos en las dos extremidades de la incisión.

3.º—Un ayudante tirando de estos dos hilos, se comienza la sutura del peritoneo, si la separación transversal no es muy considerable; si no se le hace preceder del pasaje de hilos profundos, que servirán para aproximar las superficies cruentas:

a) Sutura del peritoneo en surgets a puntos atravesados; de tensión del hilo de seda en la extremidad inferior de la herida por el procedimiento de Condamín.

b) Sutura del segundo plano, interesando, si es posible, las dos aponeurosis anterior y posterior de los rectos, pero sobre todo la hoja profunda que constituye los tendones transversos de los músculos de la pared abdominal. El mismo procedimiento de sutura que para el peritoneo.

c) Sutura de la piel a puntos entrecortados con hilos metálicos; si esta capa es muy espesa, hacer alternativamente un punto profundo y un punto superficial. Aplicación de un apósito después de un vendaje compresivo.

Este procedimiento es bueno por una parte: por la resección amplia del ombligo fibroso, que abre simultáneamente las vainas de los músculos rectos del abdómen, por la sutura músculo-

aponeurótica y particularmente por el afrontamiento de la capa aponeurótica profunda.

Procedimiento de M. Hartmann: Hartmann practicó en el año 1892 la onfalectomía y la sutura en tres planos. El fué inducido a éste procedimiento quirúrgico por series de hemorragias, debidas a fuertes adherencias epiplóicas al cuello del saco. Desde entonces, en toda intervención, él comienza por hacer una incisión lateral sobre la pared fibro-muscular del abdomen; de este modo se puede seguir el epiplón de la cavidad abdominal hacia el saco herniario, se puede reseca así, tan alto como sea posible hacia su porción adherente, se termina enseguida la excisión del anillo y se hace una sutura de tres planos.

Procedimiento de Le Dentu: 1.º—Incisión de los tegumentos.—La incisión debe ser longitudinal, mediana, al tumor y se extiende francamente de un punto circunferencial vecino de la base del tumor a un punto diametralmente opuesto. Es preciso practicar este primer tiempo operatorio con mucha prudencia, especialmente sobre el punto saliente del tumor, donde la piel se encuentra amenudo poco espesa. La incisión del tejido celular sub-cutáneo se hace capa por capa, hasta que el bisturí race la pared del saco.

2.º—Abertura del saco.—La pared del saco se tira ligeramente con una pinza, la abertura es hecha con un bisturí. El orificio es practicado, enseguida el saco es hendido en todo su largo por una incisión paralela y sub-yacente a la incisión de los tejidos, si se está en presencia de un saco único; si el saco principal se encuentra

con sacos secundarios sobreagregados, o divertículos, estos sacos accesorios deben ser también ampliamente abiertos como el saco principal.

3.º—Resección del epiplón: El intestino se reduce si está herniado, es necesario resecar la masa epiplóica. Tirando hacia afuera las partes reconocibles profundas del epiplón, es más fácil de distinguir la masa epiplóica en los casos difíciles, donde el aspecto se encuentra modificado por la edad de la hernia y por la multiplicidad de adherencias a la capa grasosa de la pared del saco. Se expone enseguida el delantal epiplóico, se practica en la vecindad del orificio umbilical aberturas en el espesor del epiplón y en los intersticios de los vasos. Estas aberturas son hechas, sea con los dedos, sea con la ayuda de pinzas de forcipresión. El número es variable, según la extensión y el espesor del epiplón herniado. Se liga aisladamente cada uno de los trozos epiplóicos, sea con catgut, sea con seda; después se hace una ligadura, estrangulando a cada punto epiplóico a alturas diferentes.

Se termina el tratamiento del epiplón resecando por fuera de la ligadura y reduciendo sucesivamente cada colgajo en la cavidad abdominal a través del anillo umbilical.

4.º — Onfalectomía: Para practicar la resección del anillo umbilical, es necesario descubrir el círculo fibroso del anillo; es preciso entonces, comenzar por la disección del saco, disección amenudo laboriosa, a causa de las adherencias del saco a la piel.

El saco siendo bien aislado, la pared fibro-

muscular es puesta al desnudo en la región supra, e infra-umbilical sobre todo. Después, el operador introduce el índice izquierdo, levanta este anillo y rechaza al mismo tiempo al intestino; con dos separadores, los ayudantes hacen que el campo operatorio se encuentre bien iluminado.

Teniendo como guía el índice izquierdo, dirigido hacia abajo sobre una de las partes laterales del anillo, ataca la mano derecha provista de tijera, la circunferencia fibrosa del ombligo y reseca un triángulo parietal de borde curvilíneo a base adyacente al ombligo y a vértice infra-umbilical. La resección de un triángulo superior se practica de la misma manera, pero en sentido inverso, completa la onfalectomía.

Se tiene así una abertura teniendo la forma de un losange alargado o mejor de una elipse. La parte resecada comprende no solamente la circunferencia fibrosa del anillo, sino que también una porción de la pared infra y supra umbilical. Esta rección conduce a reunir los labios de una herida de laparotomía, el anillo umbilical estando suprimido.

5.º—Sutura de la pared.—Ella es ordinariamente trabajosa, a causa del espesor frecuente del tejido celular sub-cutáneo. Se reúne al principio por medio de un surget con catgut N° 4 y la aguja de Hagedorn, la más gruesa, el peritoneo parietal, el músculo recto y sus dos aponeurosis anterior y posterior. Los dos labios de este plano deben ser íntimamente adosados; a este fin Le Dentu pasa sus hilos a 1 1/2 centímetros y aún.

a 2 centímetros hacia afuera de los labios de la herida.

6.º—Sutura cutánea.—Se reseca al principio un colgajo cutáneo, semi-elipsoide alargado, de cada lado de los labios de la herida superficial, a fin de suprimir esa piel delgada que recubre al tumor herniario y de regularizar la incisión que devolvería irregular la presencia de la cicatriz umbilical. Gèneralmente Le Dentu termina dejando un drenaje, lo suprime más que en los casos donde el contacto de las partes afrontadas es de una intimidad perfecta.

Procedimiento de M. Casteret. — Cuando Condamín, hubo descripto su procedimiento quirúrgico, Casteret propuso un manual operatorio encerrando los cinco tiempos siguientes:

1.º—Incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo en la parte media de la elipse, circunscribiendo la cicatriz umbilical, según el procedimiento de Molière-Condamin;

2.º—Abertura del saco;

3.º—Reducción de las vísceras; ligadura del epiplón siguiendo el método anteriormente descripto de Lucas Championnière;

4.º—Avivamiento. Onfalectomía con abertura de las vainas de Condamín, Jeanel, de otro modo dice, la resección amplia del orificio fibroso;

5.º—Cierre de la pared. Sutura en tres planos.

Procedimiento de Chandelux. — Después de haber abierto el saco y tratado su contenido, Chandelux, reseca solamente el anillo fibroso, sin interesar las vainas de los músculos rectos.

Ante todo, él diseca minuciosamente el saco

en su parte externa, deja en libertad de las adherencias fibrosas que pudieran unir a la piel, al tejido conjuntivo sub-cutáneo o a la pared fibrosa del abdomen que debe ser descubierta sobre la circunferencia tendinosa del anillo umbilical.

Siendo el saco aislado por su parte externa, se procede lo mismo sobre su parte interna, se libera de las adherencias intestinales o epiplóicas, después se reduce su contenido a su integridad (intestino) al interior de la cavidad peritoneal, previa resección del epiplón.

Tercer grupo

Procedimiento de cura radical por un modo particular de reparación de la pared abdominal.

Primer procedimiento de Dauriac. — Entrecruzamiento total de los músculos rectos.

Prévia anestesia clorofórmica del enfermo, se hará sobre la línea media una incisión interesando la piel y el tejido celular sub-cutáneo. Esta incisión comenzará a cinco o seis centímetros por debajo del ombligo, y se terminará por arriba, en un punto situado a igual distancia. Disecciondo entonces la piel de los labios de la herida, se llegará a descubrir la vaina de los rectos que se la disecará con mucha atención de cada lado, de modo a liberarla en toda la altura de la incisión sobre su cara anterior. Esta vaina será abierta entonces a la derecha e izquierda, a lo largo de su borde interno. El músculo recto una vez descubierto será cuidadosamente separado de

la vaina, tanto por su cara anterior como por la posterior, de suerte tal, que el dedo del cirujano pueda contornear este músculo y ser llevado hacia afuera de la vaina.

Una vez que los músculos rectos han sido separados de su vaina en toda su extensión y llevados de ambos lados hacia afuera de su vaina, se los incidirá a estos transversalmente de un golpe de bisturí.

El cabo superior del recto derecho será suturado al cabo inferior del recto izquierdo y recíprocamente el cabo superior del recto izquierdo será suturado al cabo inferior del recto derecho. Algunas dificultades se presentan para realizar este tiempo. Pero después de muchas maniobras operatorias dice Dauriac: hemos conseguido llegar a la siguiente técnica operatoria. Se deberá tanto como sea posible hacer la incisión transversal del músculo a nivel de una de las intersecciones aponeuróticas que existen en el espesor del músculo.

Se podrá aún conservar adherentes por arriba y por debajo de la línea de incisión una bandeleta aponeurótica proveniente de la hoja anterior de la vaina de los rectos. Los hilos serán pasados en plena aponeurosis, y uno se dará cuenta que así están mucho mejor colocados. Una vez la sutura muscular hecha, no se tendrá más que reconstruir la vaina aponeurótica, suturando los dos labios de la incisión de la hoja anterior de la vaina. El surget se recomienda.

Cuando se ha terminado la sutura muscular se encontrará en presencia de una especie de X de

ramas muy aproximadas, constituidas por el entrecruzamiento artificial de los rectos.

Se tendrá formado así una especie doble cincha muscular, en la que el entrecruzamiento se encontrará precisamente a nivel del ombligo.

Para completar la operación y que sea imposible toda producción de hernia, a derecha o izquierda, o hacia al borde externo de los rectos separados de sus vainas.

Para esto, se sutura primero el borde externo de la X de entrecruzamiento de los rectos de cada lado al borde externo de la vaina abierta. Esta sutura mantendrá adherente cada músculo al lado externo de su vaina.

Obtenido este resultado, se aproximará por encima de la X muscular los dos labios de la incisión de la vaina que representa de una y otra parte el lado interno de la vaina.

Se reunirá por un suget esos dos labios y se podrá hacer la sutura hundiendo la aguja a través de la masa muscular sub-yacente. La solidez de la sutura será singularmente aumentada.

El entrecruzamiento de los rectos cambia muy poco la fisonomía de estos músculos y acrecentará la tonicidad de la pared abdominal. Este tratamiento se podrá aplicar en todos los casos de eventración cualquiera sea su asiento.

Segundo procedimiento de Dauriac. — Entrecruzamiento parcial de los músculos rectos.

Habiendo experimentado, dice Dauriac, algunos temores por eventualidades que pudieran sobrevenir si la sutura muscular no hubiera sido seguida de una reunión perfecta o si se produje-

ra un alargamiento de la cicatriz consecutiva a la consolidación, he imaginado una modificación a mi primer procedimiento. Héla aquí:

La incisión de la piel será igual a la del procedimiento primitivo, llegando a la vaina de los rectos.

Como precedentemente, también se abrirá sus vainas a bisturí sobre la hoja anterior y, en todo lo largo del borde interno. Se desprenderá cuidadosamente su cara anterior y posterior de los rectos de la vaina correspondiente, hasta la mitad del ancho del músculo.

Tomando de nuevo el bisturí, se hará en pleno músculo, y a igual distancia de los bordes una incisión vertical un poco menos larga que la incisión de la vaina. El músculo se encontrará así dividido en el sentido de su mayor diámetro en dos bandas de volumen igual, las que serán una interna y la otra externa. La bandeleta externa de cada músculo está destinada a quedar intacta y asegurará la continuidad muscular de cada recto. Ella quedará adherente a la parte interna de la vaina que no se habrá decolado a su nivel como había precedentemente recomendado.

La bandeleta interna será incindida con bisturí siguiendo una línea transversal que se encontrará a igual distancia de las dos extremidades de la incisión vertical. Se tendrá así dos colgajos musculares destinados a ser entrecruzados y suturados, colgajo superior izquierdo con colgajo inferior derecho y recíprocamente.

La sutura muscular será menester sea practicada con precauciones especiales. Es evidente,

que los hilos pasando por entre las fibras musculares verticales y paralelas si se hace una tracción algo brusca, no es nada difícil que los hilos se escaparan y disociaran las fibras paralelas. Creo que se podrá ensayar una especie de punto en cadena de ejecución fácil, que podría llamarse punto de doble cadena.

El empleo de este punto permitirá disponer sobre cada borde de la incisión y paralelamente a éste, una cadena de seda regularmente atada a su homóloga por una serie de W. Yo recomiendo tanto como sea posible, hacer las suturas a nivel de una de las intersecciones aponeuróticas de los rectos. La operación será completada por la reconstrucción de la vaina aponeurótica. Se suturará por encima de la X muscular las hojas aponeuróticas precedentemente desprendidas. Se comprende fácilmente que se transformará al nivel del entrecruzamiento de los rectos, la vaina primitivamente doble en una vaina única.

Nosotros no criticaremos el primer procedimiento del cual el mismo Dauriac reconoce su imperfección: aun el segundo, el de entrecruzamiento parcial de los rectos tiene muchas dificultades que surgen en el curso de la operación o ulteriormente para mantener la integridad de la cincha muscular umbilical.

Procedimiento de Lawson-Tait o de Tait-Zoenger.— El cirujano alemán en el curso de sus investigaciones personales sobre la cura radical de la hernia umbilical, tuvo en muchas laparatomías la ocasión de intervenir al mismo tiempo para practicar la cura de pequeñas hernias umbilicales.

Procede de la manera siguiente: Incisión del ombligo y del anillo umbilical. De cada lado, división de la lámina aponeurótica de la línea blanca en dos planos superficiales; esta división es practicada con la ayuda de una incisión profunda, cerca de un centímetro, incisión llevada sobre lo largo de la solución de continuidad fibrosa y siguiendo un plano paralelo al peritoneo parietal y a la pared. La herida que resulta y que ocupa el lugar del ombligo fibroso está formada por una sutura con seda (nada de catgut ni hilos reabsorbibles).

Este procedimiento consiste entonces en el desdoblamiento del anillo umbilical.

Se practica una exfoliación del anillo fibroso, exfoliación que se divide en dos planos:

Un plano fibro-peritoneal; un plano fibro-cutáneo.

Estos dos planos son reunidos en seguida respectivamente uno al otro por sutura de seda.

Si este procedimiento dá en ciertos casos un anillo duro, en otros casos es friable y poco vital. La aplicación de este procedimiento es entonces reservada a ciertos casos donde ha dado buenos resultados, practicados por las manos de Lawson-Tait y de Zoënger.

Procedimiento de Quénu. -- Los dos primeros tiempos: la reducción de la hernia y la disección del saco poco interesan por no presentar del resto nada especial. Nos conformaremos con resumir el procedimiento de la técnica de Roger y que su maestro Quénu es el que emplea.

para practicar la restauración de la pared abdominal.

Después de haber reintegrado el contenido de la hernia, disecado el saco y suturado el plano fibro-seroso de un lado al plano fibro-seroso del otro, sea por un surget, sea por puntos separados, Quénu hace una incisión lateral, circular o ligeramente elíptica a una pequeña distancia del anillo umbilical. Esta incisión pasa a una distancia tal hacia afuera de la línea mediana que ella cae sobre la vaina de los músculos rectos.

Una vez abierta la vaina, se obtienen dos labios aponeuróticos entre los cuales está colocado el músculo recto.

Los dos labios internos de la aponeurosis son reunidos el uno al otro, de suerte que, un segundo plano fibroso es superpuesto por encima del primer plano sero-fibroso, constituido por la sutura del peritoneo y por la hoja profunda de la vaina.

Los cuerpos carnosos de los músculos son en seguida desprendidos con los dedos sobre una cierta distancia de los dos lados. Los músculos libres entonces es fácil de llevarlos al contacto por sus bordes internos. Se fija en seguida por una buena sutura en surget los dos bordes internos de los músculos y para dar a su sutura muscular una resistencia a toda prueba, Quénu se sirve de una intersección aponeurótica que se encuentra constantemente a la altura de la cicatriz umbilical. En fin, a estos tres planos Quénu agrega un cuarto plano, suturando los bordes externos de las hojas anteriores o superficiales de la vai-

na de los músculos rectos; pues él sutura el tejido celular y la piel.

Se constata entonces por este procedimiento, delante del anillo, los planos siguientes:

Un plano fibro-seroso; uno aponeurótico; uno muscular; y uno cutáneo.

De este modo se obtiene una pared abdominal completamente reconstituida, y que por así decir, es copia de la natural.

Lo que no dice Roger es si este procedimiento es aplicable a todos los casos.

Procedimiento de Kaijser. — El Dr. Kaijser preconiza el siguiente procedimiento operatorio que según el autor nombrado le ha dado buenos resultados: Incisión de la piel transversalmente al nivel del orificio umbilical. Después de haber hecho la reducción del contenido de la hernia y la resección del saco, sutura del anillo transversalmente de tal manera que el labio inferior se adose al labio superior.

Procedimientos por redoblamientos

Procedimiento de Hartmann. — Prévio o no avivamiento más o menos largo de los bordes del orificio, comienza por colocar una hilera de anasas de hilos en U sobre uno de los lados del orificio, de modo que completamente el ansa forme saliencia del lado del peritoneo; entonces se hace salir todos los hilos a través del otro labio de la cara peritoneal a la cara aponeurótica, es decir, de dentro a afuera. Al unir todos los hilos se hace que cabalguen uno sobre otro labio apo-

neurótico, y por consecuencia se determina el redoblamiento de la pared. Cuando el borde libre del colgajo superficial hace saliencia, se lo fija por algunos puntos separados a la aponeurosis del colgajo profundo (semejante al procedimiento de Mayo).

Procedimiento de Sapiejko. — Este procedimiento puede ser representado esquemáticamente por un chaleco de doble faldas abotonado al borde interno y externo y recubierto de un sobretodo abotonado sobre la línea media. Las faldas del chaleco representan la posición de dos colgajos de la pared abdominal formados por el peritoneo, los músculos y la aponeurosis; las faldas del sobretodo representan los colgajos cutáneos. Lo que merece ser descripto es la posición de la primera línea de sutura que fija el borde del colgajo superficial. Para hacer esto el ayudante toma con unas pinzas de Museux el borde del colgajo superficial y apoya la palma de la mano sobre la piel haciendo abombar la superficie interna del colgajo en la cavidad abdominal, aproximándolo al operador. Este toma con dos instrumentos semejantes el colgajo profundo que debe ser fijado, al primero lo pone en contacto de la cara peritoneal del colgajo superficial siempre manteniéndolo por el ayudante, y fija el todo, por una sutura continua con seda. Hecho esto se baja el colgajo superficial sobre el profundo y se sutura el borde libre a la hoja anterior de la vaina del músculo recto por una sutura continua.

La piel exhuberante se reseca en elipse, la cara profunda de la que queda es desgrasada y se

termina la operación haciendo una sutura cutánea a puntos separados. Sapiejko concede una gran importancia al desgrasamiento de la piel, por ser gracias a esta operación que la piel debe adherir a la aponeurosis sub-yacente.

Procedimiento de Savariaud.—Primer tiempo.—Excisión de la piel que recubre la hernia y la línea blanca supra e infra-umbilical.—Debe ser generosa, sobre todo en altura. El rafe mediano será puesto al desnudo en una buena extensión. Como el borde interno de los rectos debe ser descubierta ampliamente para poder hacer cabalgar los bordes del orificio herniario, será preciso escindir ampliamente la piel en el sentido transversal; en consecuencia, la parte escindida tendrá la forma de una elipse. Parte de la grasa del labio externo de la incisión cutánea será incindida.

Segundo tiempo.—Incisión circunferencial del cuello del saco; desbridamiento del anillo; incisión amplia del saco; tratamiento de las vísceras a cielo abierto.—El anillo se incinde con la punta del bisturí en toda la circunferencia; el peritoneo se incinde en un segundo tiempo. Sobre el dedo que ha explorado el saco, se lleva la tijera y se abre el saco en toda su altura. Teniendo todo bajo la vista se tratan las adherencias. El epiplón se reseca después de hacer cinco o seis ligaduras. Fijarse si no hay ansas intestinales.

Tercer tiempo.—Sutura del anillo.—Se trata de superponer los labios del orificio aponeurótico y de mantenerlos en esta situación por dos hileras de suturas. Colocado a la derecha del enfermo

y con una aguja curva de Reverdín hace dos hileras de ansas en U concéntricas con seda N.º 2 o 3. La primera fila consta de cuatro ansas. Estas ansas se colocan a cuatro o cinco milímetros del borde del orificio, distantes una de otra de doce a quince milímetros, y abrazando ocho a diez milímetros entre el punto de entrada y salida del hilo. Procediendo así está terminada la primer fila de ansas. La segunda fila se aplica en el intervalo dejando entre ansa y ansa; pero más distantes del borde del anillo (15 a 20 milímetros), se colocarán 3 a 4 ansas. Para todas estas operaciones se protege el intestino con la mano izquierda interpuesta entre él y la pared.

La aguja atraviesa la pared de fuera a adentro volviendo a salir de dentro a afuera, encontrándose la curva del ansa en la cavidad peritoneal.

Después de haber pasado las ansas, toma las dos extremidades de cada una con una pinza Péan; y para no confundirlas las dos series de ansas se las separa con una gasa esterilizada. En un segundo tiempo el operador pasa a la izquierda del enfermo. Se comienza por llevar los hilos de la primera hilera, haciéndolo salir en el borde opuesto a 15 o 20 milímetros para que así cabalguen. Se realiza con la aguja recta de Reverdín y de fuera a adentro. Con pinza Péan se toman las extremidades de las ansas dos a dos. Todo dispuesto así se tira de las extremidades de las ansas al mismo tiempo de modo que el borde izquierdo cabalgará sobre el derecho, quedando cerrado el orificio, no queda más que anudar bien los hilos. Falta ahora la segunda hilera que se

hará lo mismo que la primera pero los hilos se colocarán en el labio izquierdo a unos cuatro o cinco milímetros.

Cuarto tiempo.—Aproximación de los bordes internos de los músculos rectos.—Se colocarán por arriba y debajo de los hilos algunos hilos en U que plegarán la aponeurosis y disminuirán su anchura.

Siendo el pániculo adiposo muy espeso se colocarán unos puntos profundos con catgut a fin de evitar espacios muertos. Un doble surget al catgut fino nos parece estar todo indicado. Será conveniente colocar un drenaje en ambas extremidades o solamente en la interior de la herida cutánea.

Procedimiento de los hermanos Mayo de Rochester. — En este procedimiento se practica una incisión grande transversal de forma elíptica, esta incisión comprende la piel con la extirpación del ombligo y zona adyacente del tegumento, de la grasa, de la aponeurosis del epiplón si está adherente. Se ensancha a cada lado el anillo aponeurótico hasta que se llega abiertamente a los bordes de los músculos rectos. Se practica entonces una superposición o colgajo de la aponeurosis junto con el peritoneo por medio de puntos de colchonero, de modo que la porción o colgajo inferior de la aponeurosis quede debajo y la porción o colgajo superior por fuera o delante. El borde del colgajo superior se fija luego sobre la superficie anterior del colgajo inferior por medio de una sutura continua, después de lo cual se sutura la piel. Los hermanos Mayo dicen que

en un 31 por ciento sobre un total de 200 casos operados que han podido seguirlos, no han tenido más que una sola recidiva y eso parcial.

Al poco tiempo de que los hermanos Mayo hicieron conocer su procedimiento se describió por Blake de New York un nuevo procedimiento, que consiste en una superposición vertical de dos colgajos laterales.

Aunque Blake ha obtenido buenos resultados es superior el procedimiento de los Mayo.

No hace tanto tiempo que Graser describió un nuevo método quirúrgico para operar grandes hernias umbilicales, teniendo muchos puntos de contacto con los procedimientos de Mayo y Blake. La incisión de la piel y aponeurosis es la misma que la de los Mayo. Lo que sí que Graser disecciona a más los músculos abriendo sus respectivas vainas y une los dos músculos verticalmente, cerrando después la aponeurosis y la piel en sentido transversal. Este modo de operar en teoría tiene ventaja a los anteriores procedimientos; pero es complicado para realizarlo y a más no se practica la superposición autoplástica de las aponeurosis, que es tal vez lo más importante de la operación de la cura radical de las hernias umbilicales.

Procedimiento de Rockay. — Comprende dos tiempos: 1.º—Cura radical de la hernia y 2.º—la cura de la grasa.

Para abordar el tumor umbilical se lo circunscribe por dos incisiones curvilíneas, alargadas según el gran eje del cuerpo y que dá acceso sobre ella por la periferia. Reducido su contenido y

avivados los bordes del anillo se unen por un surget al catgut.

Terminado esto se traza por debajo del pliegue a resecar una incisión uniendo las dos espinas ilíacas, yendo en profundidad hasta la aponeurosis. De cada extremidad derecha e izquierda de esta incisión se hace partir otras dos oblicuas de abajo hacia arriba y de fuera a adentro, por encima del rodete grasoso a resecar y se detiene a cuatro traveses de dedo de la línea media. Después una incisión en V invertida, de la que el vértice está por arriba del ombligo, las reúne. Por todo cinco incisiones que forman «una media estrella a cuatro ramas». Después unión.

Procedimiento de Delaunay. — Se hacen dos incisiones curvillíneas que dan acceso a la hernia, en presencia de su contenido se reduce el intestino y se reseca el epiplón, después de haber hecho una sólida ligadura en cadena, el pedículo es reducido. Se puede entonces levantar la piel y la masa epiplóica que le adhiere. El anillo es escindido y se practica una sutura en pisos de la pared, dando una cicatriz mediana. Esta incisión se prolonga hasta el pubis. A cuatro traveses de dedo, de cada lado de ellas, otras dos incisiones verticales y paralelas a la primera colocada dos centímetros por encima del ombligo va hasta la arcada de Fallopio. En profundidad comprende, piel y tejido celular hasta la aponeurosis. Los colgajos así delimitados son disecados. Al nivel del hipogastrio se hace una otra incisión que va de una espina ilíaca ántero-superior a la otra. De cada una de sus extremidades

parte una incisión desembocando en la solución de continuidad mediana. Se delimita así dos nuevos colgajos triangulares que se disecarán.

Dos surgets en catguts; uno vertical y otro transversal estrechan la herida.

Procedimiento de Bullitt —Para descubrir el saco, se hace una incisión de seis pulgadas de largo, hecha a dos pulgadas por encima del ombligo, el saco es disecado, abierto y el intestino y el epiplón reducidos. Se procede al cierre del anillo. Esta incisión transversal es prolongada hasta los flancos. Un segundo corte por encima del ombligo y reuniendo las extremidades de la primera en los dos flancos. En profundidad ellas van hasta la aponeurosis anterior de los músculos rectos. El colgajo de piel y de grasa comprendido entre estas dos incisiones de un espesor de muchos centímetros es disecado y levantado. Un surget al catgut aproxima los planos profundos. La sutura de la piel se efectúa a la ayuda de puntos con seda a muchos centímetros de intervalo.

Un largo surget al catgut sirve como último afrontamiento.

Técnica empleada por Weinhold. —La hernia se circunscribe por sus tres cuartos por dos incisiones oblicuas, que delimitan un óvalo. El largo se calcula de tal manera que la herida que queda después de reunida, ocupe el lugar de la línea blanca y esté colocada a un través de mano de la sínfisis pubiana.

De la extremidad de estas líneas se hace una incisión que forma con ellas un ángulo obtuso de cada lado abierto hacia afuera y se prolon-

ga en los flancos hasta el rodete grasoso a resecar. En este momento es levantado el vientre hacia arriba por un ayudante que lo mantiene con las dos manos y las extremidades de los flancos son reunidas por una línea transversal tirada a un través de mano hacia arriba de la sínfisis. Toda la parte circumscripita por esta gran incisión es levantada con la grasa.

Se tiene cuidado de seccionar la masa adiposa siguiendo una línea oblicua, de modo que el borde de la piel depase la sección grasosa.

Se sutura la aponeurosis y la piel en muchos planos, pero de manera a obtener una T invertida.

Técnica de Desjardins. — La incisión tiene la forma de un losange, del que los ángulos están formados por el esternón y el pubis; los otros dos se hallan sobre una perpendicular levantada sobre las dos espinas ilíacas ántero-superiores. Disección del colgajo rasando la aponeurosis y circunscribiendo el ombligo. Incisión de la pared músculo-aponeurótica siguiendo el procedimiento de Condamin. Hemostasia; ligadura a la seda fina, cierre del anillo. Sutura de la piel con hilos de plata y seda. En caso que exista hernia lo mismo puede ser aplicado este procedimiento.

Los procedimientos que he descripto de Rockay; Delaunay; Bullitt; Weinhold y Desjardins tratan más que de procedimientos quirúrgicos de las hernias umbilicales, de la restauración de la pared abdominal por resección extensa de los tegumentos y de la grasa sub-cutánea y el plegamiento de las aponeurosis superficiales considerado como complemento de la cura radical de la

hernia umbilical. He querido solo mencionar algunos de los procedimientos, para este último caso por la íntima relación que tienen con las hernias umbilicales; pues no en pocos casos se los encuentra a la vez.

Existen muchas más técnicas operatorias, como ser: la de Oehlecker, Schultz, Jolly, Kelly, Morestín y otros, pero que no pasaré en revista, por creer suficiente con lo anteriormente expuesto.

Procedimiento que hemos seguido en el Servicio de Cirujía del Hospital Teodoro Alvarez y que hemos visto practicar repetidas veces al Dr. Alejandro Caballos.

La cura operatoria (radical) de la hernia umbilical ofrece grandes dificultades, cuando a la separación de los rectos se reúne el exceso de tejido adiposo de la pared ;tejido que se acumula principalmente en la parte media anterior y sirve como de guía al crecimiento de la hernia, pues, tironea por medio de los ligamentos que se reúnen en el ombligo, el peritoneo sub-yacente. La sutura longitudinal de los rectos ha demostrado ser insuficiente, pues, los músculos son delgados y flácidos, ceden fácilmente a la presión intra-abdominal. Los procedimientos autoplásticos ofrecen demasiado dificultades para que pueda recomendárseles en todos los casos.

Lo principal para el tratamiento de estas hernias umbilicales es constituir una faja a expensas de la piel y la aponeurosis de los músculos anchos; esta faja debe mantener en tensión toda la pared abdominal levantando y sosteniendo la

pared situada por debajo de la línea del ombligo. En esta forma las vísceras abdominales son rechazadas por la tensión de la pared y esta no ofrece puntos débiles.

Nos llimitamos solamente a exponer el procedimiento, o mejor dicho la combinación de diversos medios que en los casos de gran adiposis de la pared del abdomen y de separación longitudinal de los rectos, hemos usado en diversas enfermas con excelentes resultados, que si bien no hemos podido comprobarlo después de muchos años, lo hemos revisto al cabo de un tiempo variable, pero suficiente para juzgar de la bondad del método.

Se procede de la siguiente forma:

Anestesia general.

Primer tiempo.—Incisión losángica partiendo de un punto situado sobre la línea mamaria y a dos traveses de dedo por encima de la espina ilíaca ántero-superior, se dirige al costado opuesto a la misma altura después de describir una curva cuyo diámetro varía con el volumen de la hernia y que comprende a esta en su concavidad.

Del punto correspondiente, en el costado opuesto al sitio de iniciación se traza otra incisión curva de concavidad dirigida hacia arriba y de diámetro igual a la anterior, cuya convexidad llega por lo general hasta cuatro centímetros por encima del pubis y que forma con la línea superior un losange. Se disecciona hasta la aponeurosis de los músculos anchos y se reseca la piel y el tejido graso correspondiente en toda la extensión del losange y se hace hemostasia.

La resección de la piel puede hacerse por simple tracción y desprendimiento conjuntamente con bastante grasa.

Se secciona transversalmente la aponeurosis por encima del saco hasta el peritoneo, se hace lo mismo que debajo del saco y lateralmente.

Se reseca el epiplón que por lo común está adherido. Se sutura con catgut y surget continuo la sección del peritoneo haciendo de modo que esta sutura sea horizontal, por encima de ella se sutura la aponeurosis en la misma forma y con el mismo material.

Tercer tiempo.—A dos centímetros de la línea de sutura se pasa un punto de seda que pasa por encima de esta línea en su parte media, y toma un pliegue de la aponeurosis por debajo de la misma línea y vuelve a pasar por encima de ella de modo a constituir un punto en U con la convexidad dirigida hacia abajo, y se anuda.

A distancia de dos centímetros se coloca el otro punto en U con la convexidad dirigida hacia arriba y así sucesivamente se colocan nuevos puntos en toda la extensión de la brecha dejada por la resección de la piel.

Por encima de esta línea de puntos en U que se ha formado un pliegue se vuelven a colocar otros más separados para reforzar la pared. Estos puntos deben hacerse con material no fácilmente reabsorbible. Hemos empleado la seda y no hemos tenido que lamentar supuraciones o eliminación tardía.

En algunas enfermas hemos tenido que colocar quince a veinte puntos de seda y por encima

una hilera de puntos de refuerzo colocados en la misma forma.

Nuestra experiencia se refiere a seis casos de gran abdomen y grandes hernias.

En todos hemos tenido excelentes resultados que hemos podido observar constantemente al cabo de dos años.

Juzgamos esta manera de actuar: sencilla, rápida y segura y que ofrece garantías para resultados ulteriores.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y observaciones

CONCLUSIONES

En nuestro concepto la ventaja de este procedimiento consiste:

1.º)—En que el reforzamiento se efectúa no solo en el sitio de la hernia, sino que se refuerzan las paredes lateralmente, lo cual mantiene la tensión abdominal en forma uniforme y hace desaparecer la flacidez de la pared. Este método se ha usado para el tratamiento de eventraciones operatorias con el mismo resultado.

2.º)—Es de ejecución fácil.—Hemos podido comprobar que es fácil de realizarlo porque se ha efectuado en sujetos de un panículo adiposo espeso en los cuales estas operaciones a causa de esa circunstancia se hacen difíciles para otros métodos. Lo mismo se ha llevado a cabo con relativa facilidad en personas cuyos intestinos hinchados tratan de hacer hernias dificultando a otros métodos.

3.º)—Es procedimiento rápido.—Decimos esto porque en solo diez o quince minutos se obtiene la refacción de la pared.

4.º)—Se aplica a todos los casos sin excepción.—Esto es una gran ventaja, pues la mayoría de los métodos operatorios que he descrito anteriormente tienen excepciones.

5.º)—Seguridades contra las recidivas.—Esta afirmación la hacemos de acuerdo con lo que hemos podido comprobar en nuestros operados.

Como lo hemos visto aplicar en el servicio de cirugía del Dr. Ceballos y con tan buen resultado, no vacilamos en aconsejarlo con intención de generalizar su uso.

Las observaciones que a continuación se refieren llevan de operadas desde un mes a diez y ocho meses, encontrándose en espléndidas condiciones.

Observaciones clínicas

OBSERVACION I

M. S. de J., 48 años, casada, 5 hijos.

Hospital San Roque, servicio de Cirujía de Urgencia. Julio 17 de 1915.

Antecedentes personales. — Tiene una hernia umbilical del tamaño de una mandarina desde hace seis años, siempre se reducía fácilmente. Desde hace dos años padece de mal de Bright.

A consecuencia de un esfuerzo se le estrangula la hernia diez y ocho horas antes de ingresar al Hospital.

Ingresa con 110 pulsaciones, timpanismo, vómitos abundantes, defensa generalizada del vientre, edema en las viernas, etc. Se diagnostica estrangulamiento herniario y siendo imposible reducir la hernia se decide operar.

Operación.—Bajo anestesia al éter el doctor Ceballos procede en la forma en que hemos descrito al mencionar el procedimiento; la incisión de la

piel va de un flanco al otro, reseca piel y grasa, reseca el saco, y reseca 20 centímetros de intestino.

Satura los bordes del anillo y luego refuerza la pared colocando tres series de puntos de seda en forma de U y de modo a envaginar cada línea de sutura. La enferma sigue perfectamente bien.

A los dos años esta enferma es operada por obstrucción intestinal a causa de acodadura de una ansa delgada (en el hospital Rivadavia por los doctores Twaite y Ceballos) y se comprueba la resistencia fibrosa de la pared que en ningún punto ha cedido.

OBSERVACION II

María L. de C., 54 años, viuda, 7 hijos.

Hospital Teodoro Alavarez. Enero de 1916.

Antecedentes personales.—Sarampión en su infancia. Desde hace próximamente tres años, padece de una hernia umbilical del tamaño de una cabeza de feto, siempre se ha reducido pero por prescripción médica se decide dejarse operar.

Al ingresar a este Hospital se examina desde el punto de vista clínico, no presentando sus órganos internos nada de particular.

Se procede a operar con anestesia general al éter.

Se opera siguiendo en un todo el procedimiento antes descripto. La incisión de la piel es exactamente igual a la que mencionamos anteriormente;

se reseca el colgajo de piel con la grasa adjunta, con el saco se procede en la misma forma que hemos indicado. Se termina la operación de la manera que hemos dicho.

La enferma lleva un año y meses de operada y se puede observar que la cicatriz que presenta es firme, resistente y no presenta ningún punto débil.

OBSERVACION III

J. R. de L., 43 años, casada, española, 8 embarazos.

Hospital San Roque. Marzo de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Los padres fallecieron a avanzada edad, tiene 6 hijos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Difteria y coqueluche cuando chica, muy constipada ha sido siempre. Desde hace 2 años es portadora de una hernia umbilical que no le preocupaba mayormente porque siempre era posible su reducción; pero pocas horas antes de entrar a este Hospital se enferma presentando: vómitos alimenticios y porráceas abundantes, defensa general de su vientre, falta de deposiciones, dolor en el tumor umbilical, timpanismo; y lo más característico que su hernia ahora es irreductible. Con semejante cuadro se hace diagnóstico de estrangulamiento herniario procediéndose acto continuo a operar con anestesia general al éter.

El procedimiento seguido es el mismo que preconizamos, se resecó piel, grasa, se desprendió las adherencia y se resecó epiplón.

Los bordes del anillo se suturaron, la pared es reforzada en la misma forma que decimos. A los varios días es dada su alta siguiendo perfectamente bien.

OBSERVACION IV

E. C. de R., 50 años, casada, italiana, 6 hijos.
Hospital Alvarez.

Anetecedentes personales.—Toda su vida ha sido sana, no habiendo presentado más que ligeros trastornos gastro-intestinales.

Ingresa a este Hospital con una gran hernia umbilical, deseando la enferma ser intervenida, pues, algunos trastornos le causa ese tumor. Se opera bajo el cloroformo. Se sigue el procedimiento que es el objeto de esta tesis y se restablece la pared abdominal en la forma que indicamos. Se termina la operación con toda felicidad. La enferma es dada de alta sin haber presentado nada de anormal.

Varios meses después la hemos revisto teniendo hasta ese entonces una cicatriz firme.

OBSERVACION V

S. E. de A., 47 años, casada, argentina, 6 hijos.
Estado actual.—Corazón, pulmones, hígado, etcétera, bien.

En la región del ombligo presenta una hernia umbilical del tamaño de una cabeza de adulto, perfectamente reducible. Se opera en un sanatorio; anestesia general. Incisión de la piel en lo-

sange, se disea ésta y el tejido celular sub-cutáneo los que son resecados. Se llega al saco y se lo reseca con mucho cuidado, se desprenden las adherencias epiplóticas, se suturan los bordes del anillo, reñuerzase a la seda con puntos en forma de U envaginando cada línea de sutura.

Después de operada la enferma ha seguido bien.

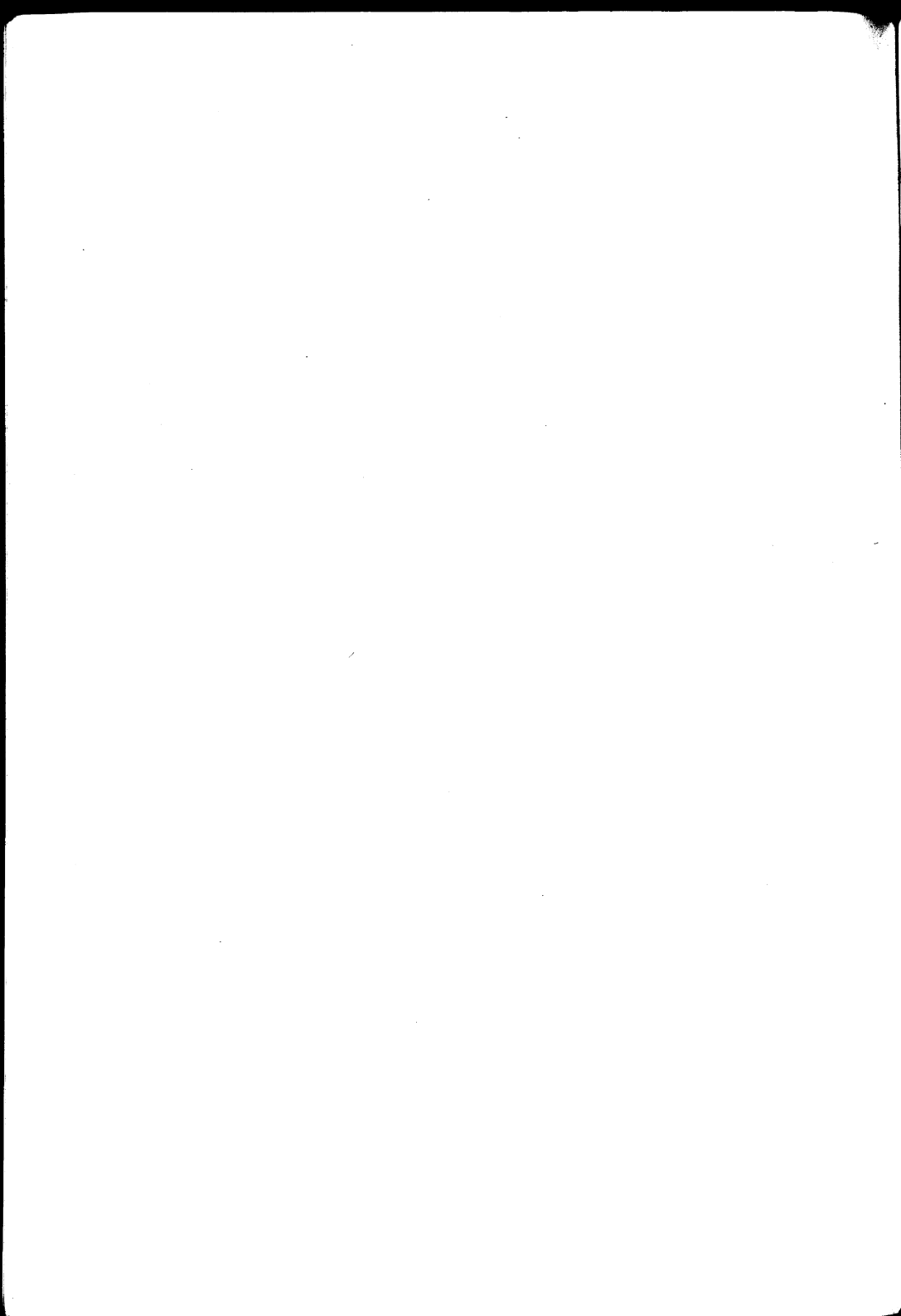
OBSERVACION VI

C. M. de B., 42 años, casada, argentina, 5 hijos.

Antecedentes personales.—Sarampión en su primera edad, fiebre tifoidea a los 24 años. Sus embarazos han sido buenos lo mismo que sus partos.

Enfermedad actual.—Presenta una hernia umbilical que la enferma por consejos médicos desea hacerse operar.

Los tiempos que se emplearon en esta operación son los mismos que indicamos antes, por lo que voy a omitir su descripción por no tener diferencia alguna con los que se han seguido en los otros casos. La enferma se dió de alta en muy buenas condiciones de salud, su cicatriz es perfecta.



Bibliografía

Alaux.—De la cure radicale des hernies ombilicales accidentelles chez l'adulte. Thèse Montpellier. 1899.

Allemand.—Thèse de Lyon. 1896.

Aribat.—Thèse de Paris. 1901.

Bacri.—Cure radicale de la hernie ombilicale. Thèse de Paris. 1892.

Banks.—Medic. Times and Gazette, juillet 1884.

Barrier.—De la cure radicale des hernies ombilicales. Thèse Paris. 1888.

Baughmann.—Umbilical hernio-laparotomy and hernio enterectomy. The Med. and Surg. Reporter. 1895. t. LXXIII.

Bayer.—Prager med. Wochens, 1891.

Beaumelou.—Thèse, Lyon. 1895.

Bennet.—The Lancet, Septembre 1891.

Berger.—France med. 20 mars 1891.

Berger.—Tr. de chirurgie de Duplay y Reclus, t. VI, 1892.

Biondi.—Cura radicale dell'onfacocele. Chir. Milano, t. III 1895.

Bouchut.—Maladies des nouveau-nés et des enfants. 1852.

Bouilly.—Gaz. Med. de Paris, Juillet 1880.

Brodier.—Thèse Paris. 1893.

Bullett: Annals of Surgery, Novembre 1910.

Cahier.—Rev. Chir. 1896, t. XVI.

Cailleux.—Thèse Paris, 1903.

Calbet.—Ibid. Mars 1891.

Casteret.—De la cure radicale des hernie ombilicales de l'adulte, et en particulier de l'onphalectomie avec la suture à étages. Thèse Lyon, 1892.

Chabrely.—Journ de Med. de Bordeaux, aout 1890.

Championnière.—Cure radicale de la hernie ombilicale avec une série de 29 cas (18 ombilicales, 11 épigastriques). 8.e Congres Franç. de Chir. Lyon, de Med. et de Chir, prat. 1895.

Cooper.—Oeuvres chir. pg. 341, obs. 301.

Condamin.—De l'onphalectomie et de la suture à trois étages. Arch. prov. de chirurgie, septembre 1892.

Dauriac.—Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzins. Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et des eventrations. Thèse Paris, 1896; et Gaz. des hôpitaux, 1894.

Deanesby.—La curabilité de la hernie à tous âges par l'opération Bright, Med. Journ., 17 Juin 1905.

Dejardin.—Cure radicale de la hernie ombilicale et l'eventration, Am. Soc. belge de Chir. 1897-98, t. V.

Delaunay.—Sur un procédé opératoire de la her-

nie ombilicale, 12.e Cong. Franç. de Chir., Paris 1898.

Demars et Mark.—Progrès Médical, 5, IV, 1891.

Demoulin.—Rap a la Société de Chir. 15 Mai 1912.

De Saint-Germain.—Traité de Chir. infantile, Paris, 1884.

Desault.—Oeuvres chirurgicale, II, p. 315.

Desjardins.—Société des chirurgiens de Paris. Paris chirurgicale, 26 mai 1911.

Dujarier.—Bull. et Mim. de la Société de chirurgie. Paris 15 mai 1912.

Duplay.—Thèse d'agregation. 1866.

Duplay et Reclus.—Traité de Chirurgie, t. VI pg. 746 a 805.

Eschenbach. — Archiv, de Langenbeck. t. LXXXVI.

Estor.—La hernie étranglée chez le mouroison de moins de deux ans. Revue de Chirurgie, 1912.

Forgue.—Patología externa.

Garnier.—Des accidents des hernies ombilicales. Thèse de Paris 1877.

Gastou.—De l'intervention chirurgicale dans le cas de hernies ombilicales adhérentes, thèse Paris 1892.

Gautier.—Thèse Paris 1895.

Gersuny.—Eine methode der Radikaloperation groser Nabelhernien, Centralb. f. Chir. 1893.

Girard.—Journal de Méd. de Sedillot. t. XLI pg. 275 et Mémoire sur la hernie ombilicale des enfants, Journal, gén. de Médecine, Juillet 1811.

Girodollet.—Thèse de Paris 1869.

Godlec.—Medical Times, 9 Juin 1883.

Gosse lin.—Leçons sur les hernies abdominales 1865.

Gourdet.—Congrès de Chirurgie, 1905.

Grémillon.—Thèse de Paris 1894-95.

Guénod.—Thèse Bâle, 1881.

Haas.—Thèse de doctorat. Strasbourg 1868.

Hayd.—The international journal of surgery, t. XXII, 1909.

Heaton.—Boston medical, and Surg, Journal, 31 mai 1877.

Hertzfeld. Thèse de Königsberg, 1892.

Herzog. Loc, cit.

Jaboulay.—La hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte, Lyon, méd. 1893, t. LXXIV.

Jolly.—Bull de la Soc. Anat. 1867.

Kaijser.—De l'incisión et de la suture dans la cure des hernies ombilicales: Hygua; sep. 1902; Stockolm. Semaine Médicale, 1893.

Kauke.—Centralbl. für Chirurgie Supplement an N.º 20. 1882.

Keen.—Tratado de Cirujía. Tomo IV. pg. 77 y siguientes.

Kelly.—Annals of. Surgery, mai 1910.

Kloman.—New York med. Journal, 25 avril de 1891.

Kurz.—Die excisión der Bruchpforte bei der Radikaloperation eines grossen Nabelbruchs, Centr. f. chir, 1894.

Laffon.—Thèse Paris, 1869.

Larrabrie.—Hernie congenitale de l'omblic; rupture du sac avant la naissance; cure radicale pratiquée sept heures après la naissance; guérison,

Bull et mem. Soc. de Chirurgie, 1891, t. XVII.

Lacasse.—Thèse de Paris 1906.

Lawson-Tait.—British med. Journal, 1883 et 1891.

Le Dentu et Delbet.—Cirujía clínica y operatoria, t. VII.

Lee.—British med. Journal, Novembre 1863.

Lieffring.—De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale. Touraine Médicale, 1901.

Loupie.—De l'opération de la hernie ombilicale étranglée. Thèse de Paris 1880.

Lucéne.—Journal de Chirurgie, mai 1910.

Luton.—Mouvement médical, 1876; Arch. gén. de Médecine, 1880.

Macdonold.—Operation for umbilical hernie at birth Amer Journ of obstet, Janvier 1890.

Manley.—Améric, Journ, assoc. Juillet 1890; Medical news, Juin 1892.

Mardull.—Art. ombilic du Dict de Med. et de Chirurgie pratique 1877.

Marsh.—On the meth. of operating for umbilical hernia por radical cure ov when strongulation has occured, British, Med. Journ, 1899. t.I.

Martin.—Journ de méd de Sedillot t. XLI.

Max.—La clinique. Bruxelles 1891.

Mayo.—Annals of Surgery. The American med association, 25 Juil 1903.

Bale (Lausanne).—1899.

Meunier.—Thèse Paris, 1899.

Mollière.—Leçons de clinique chirurgicale, 1898.

Monod et Vauverts.—Traité de technique opératoire, 1902. t. II.

Moreau.—Bull. de la Soc. anat. 1844.

Morestin.—Congrès de Chirurgie 1905. Bull et méin de la soc. de chir. 7 furier 1912 y 15 de mai de 1912. Journal de Chirurgie, doc. 1911.

Morestin A.—Thèse Paris 1912.

Murnford.—Boston med. and surg. Journal 1911.

Moury.—Thèse Paris 1900.

O'Neill.—British med. Journ 1891.

Orliac.—Des hernies ombilicales congenitales. Thèse de Paris 1877.

Ostermayer.—Bemerkung zun artikel des hern der Gersung «eine methodo der Radikaloperation grosser nobelhernien» in diessum Blatt, 1893.

Péraire.—Congrès de Chirurgie Paris. 1904.

Peyrot.—Eléments de pathologie externe 1889.

Pilkington.—Lancet 1890, t. I.

Quénu.—La cure radicale de la hernie ombilicale, Gazette méd. de Paris 1893.

Reclus.—Clinique et critique chirurgicale.

Rey.—Thèse de Lyon 1894.

Richard.—Du mode de formation des hernies ombilicales. Thèse de Paris 1876.

Robin.—Mein. de l'academie de médecine, t. XXXIV.

Roger.—De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de Quénu. Thèse Paris 1895.

Rogier.—Thèse Paris 1898.

Roochroft.—The Lancet 1884. Annals of Surgery t. VI.

Ruge.—Langenbeck'S Archiv, 1910.

Sachs.—Dié facia umbilicalis Arc. f. foth, Amt. t. CVII.

Sapiezko.—Revue de Chirurgie, 1900.

Savariaud.—Procédé de cure des hernies ombilicales par doublement XIVE. Congrès franç de Chirurgie, Paris 1901.

Scarpa.—Traité pratique des hernies 1812.

Schwalbe.—Berlin Klin Wochenschr 1887-89.

Sebileau.—Traitement de la hernie ombilicale. Semaine med. 1896.

Segond.—Thèse d'agregation, 1883.

Schultz.—Mittheilungen ans den Greizgebieten, 1908

Schallenberg.—Bull of. the John Hopkins Hospital 1911.

Songer.—Zur radikaloperation grosser nichteingeklemter nabelbrü, ceh Centralbl. f. Gynck 1890, t. XIV.

Socin.—Verbaudl d. deutsch; Gesellschaft f. chir. Berlin 1880. t. VIII.

Steele.—British med. Journ 1862.

Stoker.—Congrès de Dublin; British med. Journ. 1883.

Tait.—On the radical cure of exomphalos, British med. Journ 1883.

Tariel.—Thèse de Paris, 1894.

Tavel.—Revue méd. de la Suisse romande, 1904.

Terrier.—Quelques remarques sur la cure radicales des hernies ombilicales non étranglées, Goz. hebd. de méd et de Chirurgie, 1898.

Testut et Jacob.—Anatomía topográfica.

Tillmanns.—Deutsche Zeitschn f. chir. XVIII.

Vidal de Cassis.—Thèse d'agregation 1848.

Vienne.—Contribution a l'étude des hernies ombilicales congénitales et de leur traitement. Thèse de Paris 1894.

Walravens.—Société belge chirurgie 1901.

Walther.—Congrès de chirurgie, 1905.

Waren.—Revue des sciences médicales 1882.
Journal de méd. et de Chirurgie, pratique 1880.

Weinoild.—Zentrablatt, f. Gyn, 1909.

Weir.—New Yorck med. Record. 1887.

Wimmer.—Th. Leipzig, 1868.

Wood.—Lectures on hernia, Londres, 1885. British med. Journ, 1885.



Buenos Aires, Abril 9 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Avelino Gutierrez y al profesor suplente Dr. Francisco P. Castro 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».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Abril 30 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3253 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Deben operarse todas las hernias umbilicales en la infancia?

M. Herrera Vegas.

II

Qué clase de suturas (material) debe emplearse en las hernias umbilicales dado que la línea blanca es tejido tan poco apto para la confección de una pared resistente?

Avelino Gutiérrez.

III

Causas de residivas de las hernias.

Francisco P. Castro.

11

12

13

