Duplicado del nº 10019

FACULTAD DE MEDICINA.

13.-

19850
duplic

TESIS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
BUENOS AIRES

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES,

Para obtener el grado de Doctor en dicha Facultad,

POR

MANUEL GREGORIO MUÑIZ.

DE LAS HERNIAS INGUINALES.

BUENOS AIRES.

IMPRENTA DE LA TRIBUNA, Calle de la Victoria No. 15.

1856.

T61
MFN 1245
Base galeno

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

Catedráticos.		Asignaturas.
Presidente.....	Dr. D. Francisco Javier Muñiz.....	Partos, enfermedades de mujeres y niños, y Medicina Legal.
Vice-Presidente..	" " Juan José Montes de Oca.....	Clínica Quirúrjica y operaciones.
	" " Martin Garcia.....	Nosografia Médica y Patolojia General.
	" " Teodoro Alvarez.....	Nosografia Quirúrjica.
Tesorero.....	" " Salustiano Cuenca.....	Anatomía y Fisiolojía.
	" " Luis Gomez.....	Materia Médica, Terapéutica, Farmacolojia é Hijiene.
	" " Nicanor Albarellos.....	Física y Química Médica.
	" " José M. Bosch.....	Clínica Médica.

Secretario.

Dr. D. José Pereira Lucena.

Sostitutos.	Asignaturas.
Dr. D. Ventura Bosch.....	Partos, &a.
" " Manuel A. Montes de Oca....	Clínica Quirúrjica.
" " Leopoldo Montes de Oca.....	Nosografia Quirúrjica.

PADRINO DE TESIS,

El Sr. Dr. D. Teodoro Alvarez.

Sra. Da. Nieves Reyna de Muñiz.

Madre querida:

A vuestros cuidados, y á vuestros esfuerzos debo mi posicion presente; os ruego acepteis este pequeño trabajo en prueba de mi reconocimiento.

A los Sres.—

Dr. D. Pedro D. de Vivar y D. Máximo del Mármol.

En señal de aprecio y franca amistad.

Manuel G. Muñiz.

Señores—

Este es el momento en que debo daros la última prueba que exigis y aun há poco que he salido de las aulas, dejado de atender vuestras sábias lecciones y observar vuestra bien conocida práctica: asi es, que nada nuevo, nada práctico encontrareis en mi disertacion.

Sin embargo, vuestra indulgencia es la que solo ha podido animarme á dar un paso mas y tratar un punto que inteligencias superiores á la mia lo han dilucidado ya.

Dificil empresa por cierto, y tanto mas, cuanto que tengo que luchar con mi inesperiencia y poca capacidad: asi es que no será poca suerte, que contando con tan pocas fuerzas consiga vencer tantas dificultades.

De las hernias inguinales. Al tratar de esta afeccion seguiré el órden siguiente: Definicion de la enfermedad; Descripcion del anillo y conducto inginal; Variedades; Etiologia y nociones sobre el saco herniario; Sintomatologia y accidentes que pueden sobrevenir en esta afeccion; El curso, duracion y sus terminaciones; Diagnóstico; Pronóstico; Caracteres anatómicos, y finalmente el Tratamiento.

DE LAS HERNIAS INGUINALES.

Definicion—En general, se da el nombre de hernia á un tumor blando, elástico, sin cambio de color en los tegumentos, situado en la circunferencia de alguna de las cavidades esplanicas y formado por la dislocacion y salida total ó parcial de alguna de las visceras contenidas. Pero, como segun la abertura que dá salida á los órganos dislocados han recibido nombres particulares—decimos que hernia inguinal, *es aquella en que las visceras que la forman se escapan ó salen por el anillo inguinal.*

Algunos autores han dado el nombre de *bubonocele* á esta hernia cuando se mantiene en la ingle, y el de *oscheocele* cuando desciende al escroto; pero solo son grados de una afeccion idéntica.

Del anillo y conducto inguinal.

Entre la espina y la sinfisis del pubis la aponeurosis del músculo oblícuo esterno se divide en dos *tiras ó pilares* casi paralelos, ó á lo menos muy lijeramente divergentes, los cuales dejan entre sí una abertura oval ó triangular, llamada *anillo inguinal*, destinada á dar paso á los vasos espermáticos en el hombre y al ligamento redondo en la muger.

La direccion de su gran diámetro es oblícua de arriba abajo, y de fuera adentro; su base corresponde al intérvalo que separa la espina de la sinfisis del pubis; su vértice, que está limitado por lo regular, corresponde al ángulo de separacion de los dos pilares, ángulo algo desfigurado por algunas fibras aponeuróticas que parten de la espina iliaca anterior y superior, y formando arco, cuya conversidad mira hácia abajo, vienen á cruzarse con los pilares, en el punto donde estos principian à separarse uno de otro; sus lados interno y esterno están formados por el pilar correspondiente, de los dos pilares el uno es esterno ó inferior y el otro interno ó superior.

El pilar *esterno*, que no es mas que la porcion directa del arco femoral, se ata por delante á la sinfisis del pubis, por cuyo motivo algunos anatómicos consideran al ligamento de Gimbernat, como porcion refleja del pilar esterno.

El pilar *interno*, mas ancho que el esterno, se fija en la sinfisis del pubis, cruzándose con el del lado opuesto.

El anillo inguinal es el orificio *esterno ó cutáneo* de un conducto de una pulgada á dos y media de largo, oblicuamente dirijido de arriba abajo, de fuera adentro y de atras adelante, situado en el espesor del borde inferior de la pared anterior del abdomen y destinado á dar paso al cordon espermático en el hombre, y al ligamento redondo en la muger, el cual toma el nombre de *conducto inguinal.*

Este conducto está esencialmente constituido por un *canal* que resulta de la reflexion hácia adentro y arriba de la aponeurósis del músculo oblícuo esterno, cuyo borde posterior se continúa con la fascia trasversal, y el anterior con la aponeurosis de dicho músculo: por consiguiente, se pueden considerar en él—una pared anterior formada por la aponeurosis del músculo oblícuo esterno; una pared inferior, formada por la reflexion de la aponeurosis dicha; una pared posterior constituida por la fascia trasversal; y una pared superior, ó mas bien una ranura prolongada, resultado de la union de los bordes inferiores de los músculos oblícuo menor y trasverso.

El orificio peritoneal ò interno del conducto inguinal, que corresponde casi á la mitad del espacio comprendido entre la espina anterior y superior del ilion y del pubis, está cubierto por el peritóneo, y ofrece un borde fibroso, cóncavo y formado por la fascia trasversal, que como veremos mas adelante, es el que causa ó produce la estrangulacion del intestino en las hernias de que trato: á su lado interno serpea la arteria epigástrica, y por este conducto, baja primitivamente el téstico contenido en el abdomen y la hernia llamada oblícua ó esterna. Tal es el mecanismo de la formacion del anillo y conducto inguinal.

Variedades.

Hay dos especies de hernias inginales: segun la direccion que siguen las visceras al salir por el anillo, asi es, que se han llamado *oblícuas* aquellas en que siguen la direccion del anillo ó *esternas*, porque su pedículo está situado por la parte de afuera de

la arteria epigástrica; y otras *directas*, porque pasan directamente de atras hácia adelante por la separacion de los músculos oblícuo y trasverso y por el anillo inguinal, ó *internas*, porque el cuello del saco herniario que las envuelve (del que hablaré mas adelante) està situado al lado interno de la arteria epigastrica.

De estas dos especies, la primera es mas comun, pues la segunda es bastante rara: tambien pueden ser congénitas é intersticiales. Ademas, pueden sobrevenir algunos accidectes, "de que me ocuparé en otro lugar," y en este caso, ser la hernia irreducible, reducible, estrangulada, &a.

Etiolojía.

Las causas de las hernias inguinales son las mismas que las de las hernias abdominales en general, es decir: hay dos órdenes de causas; unas que obran como predisponentes, relajando las paredes abdominales, y otras que obran como determinantes, aumentando la presion de dichas paredes contra las vísceras que contienen, y obligando á estas á resbalar y á escaparse por los puntos que menos resistencia les ofrecen.

Al primer órden corresponden, todos los estados morbosos ó fisiológicos que, como la hidropesia, la preñez, la vejez, los tumores y úlceras abdominales, la gordura exesiva, y sobre todo, la cesacion repentina de estos diversos estados, la cual deja muy relajadas las paredes abdominoles y ensanchadas sus aberturas, la debilidad congénita del anillo inguinal, el uso del aceite, la manteca, &a.

En el segundo órden, pueden contarse los esfuerzos necesarios para levantar pesados fardos, los saltos, la carrera, el canto, el baile, los gritos, el vómito, la tos, el parto, la defecacion, el montar á caballo y otras.

En algunas familias, parece transmitirse de padres á hijos esta enfermedad ó mas bien la disposicion que da lugar á ella, al paso que en ciertos sujetos aparece espontáneamente y sin que se sepa á que poderla atribuir. En los hombres, los cuales tienen el conducto inguinal mas ancho, son mas frecuentes que en las mugeres, y señaladamente en aquellos que, por su profesion, tienen que estar en pié y hacer esfuerzos violentos en esta situacion.

Las clases ricas y acomodadas, están mucho menos espuestas á esta afeccion que las pobres; tambien se dice ser mas frecuentes en las personas altas que en las de baja estatura y mas en el lado derecho que en el izquierdo.

Como se ha dicho antes, fórmanse las hernias inguinales, unas veces con lentitud y otras de repente, y las partes que la componen al salir por el anillo, empujan y arrastran con sigo una porcion del piritoneo, el cual, prolongándose, las envuelve y constituye esta membrana, lo que se ha llamado *bolsa ó saco herniario*, el cual presenta: primero, un orificio de comunicación con la cavidad del peritoneo, el que està rodeado de mayor espesor y se llama *cuello:* segundo, una parte opuesta al orificio á la que se ha dado el nombre de *fondo;* y tercero, un cuerpo ó parte media.

Este saco presenta varias configuraciones, siendo las principales, la forma de esferoide, la cilíndrica y la cónica. Su cara interna, lisa y lubrificada por la cerosidad, está en contacto con las vísceras dislocadas, y su cara esterna se adhiere con bastante fuerza al tejido celular que la rodea. Sus paredes tienen mas espesor cuando es efecto de simple dislocacion del peritoneo, que cuando es debido á la distencion de esta membrana, aunque por lo comun obran en la formacion del saco herniario, asi la dislocacion como la distencion. Los frotes seguidos, las contusiones, &a. pueden ocasionar la irritacion é inflamacion de este saco.

Sintomatología.

Los síntomas comunes de la hernia inguinal son los siguientes: obsérvase en el sitio del anillo un tumor redondeado, blando, mas ó menos elástico, indolente, sin cambio de color en la piel, y cuyo volúmen se aumenta al tocer ó al hacer algun esfuerzo; disminuye ó casi desaparece con el reposo, la situacion horizontal, la presion, y presenta cierto carácter especial segun está formada la hernia por el intestino ó por el epiplon: en el primer caso se observan ordinariamente dolores, cólicos, y de cuando en cuando algunos vómitos; cuando el enfermo tiene borborigmos, se propagan estos hasta el tumor, y aun á veces se pueden ver y percibir con el tacto los movimientos de los gases en su interior; su volúmen crece en este caso y durante la digestion, su consistencia es alternativamente elástica, blanda y pastosa, ó firme, segun que contenga gases ó materias líquidas ó sólidas; su reduccion se verifica con facilidad y de golpe, produciendo el ruido llamado *zurrido*; por último, su superficie es lisa: en el segundo caso su superficie es desigual, no hay dolor, se reduce poco á poco, no produce ruido ninguno, su consistencia es siempre la misma, su volúmen es menos variable, y regularmente cuando el enfermo se po-

ne de pié, esperimenta una tension que se estiende desde el tumor hasta la region epigástrica.

Cuando la hernia inguinal es *esterna* y lento su curso, ocupa por algun tiempo la longitud del conducto inguinal, y se presenta con la forma de una tumefaccion poco elevada, situada por encima del arco crural, estendida oblícuamente desde junto á la espina iliaca anterior y superior hasta el anillo inguinal blando, sin alteracion de color en la piel, y mas adelante cuando ha vencido el paso del anillo, el tumor tiene una figura piriforme, oblícuamente prolongado de arriba abajo y de fuera adentro, cuya estremidad gruesa corresponde al escroto, y el pedículo al anillo, teniendo ademas todos los caracteres generales de las hernias. Si esta clase de hernia es *congenita*, uno de sus caracteres principales es, que las vísceras que la forman, en vez de estar dentro de un saco herniario particular, se hallan en la túnica cerosa del órgano secretorio del semen. En general, en este caso las vísceras llegan mas pronto al fondo del escroto que las comunes, porque siguen al tastículo, el cual tambien llega mas pronto al mismo paraje cuando nada impide su curso, son mas cilíndricas y casi siempre contienen una cantidad grande de cerosidad clara.

Cuando la hernia inguinal es *interna*, los caracteres que presenta son: no estenderse nunca oblícuamente desde la espina iliaca anterior y superior hácia el pubis como sucede en la esterna, se manifiesta en forma de un tumor redondeado, globuloso, y no cilíndrico, está situada mas hácia adentro; para salir, eleva el pilar interno del anillo, no llega á la parte inferior del escroto, á menos que sea muy antigua, y es facil de reducir por medio de una presion hecha directamente de delante atras; ademas despues de su reduccion, deja percibir que la abertura que las trasmite afuera á las partes dislocadas, comunica directamente de delante atras, con la cavidad abdominal, y enfin se halla situada por la parte de adentro de los vasos espermáticos

Cuando es *intersticial*, tiene por carácter propio el desarrollarse en el espesor de la pared abdominal, y se efectúa á consecuencia de una estrechez y resistencia considerable del orificio inferior del conducto inguinal, por lo que el tumor no puede salir fuera de esta abertura. Es mas comun observar esta especie de hernia en la mujer que en el hombre, y esto consiste en la diferencia de longitud que presenta el conducto inguinal en los dos sexos, como queda dicho en otro lugar.

En esta afeccion, tambien suelen presentarse otros síntomas, los cuales son el efecto de los accidentes que pueden sobre-

venir y de los cuales voy á ocuparme. Ellos son, la irreducibilidad, el atascamiento y la estrangulacion.

Primero: decimos que es irreducible una hernia cuando como el mismo nombre ya lo indica; los órganos que la componen no pueden ser repuestos en su situacion natural en cualquier posicion que se coloque al enfermo y qualquiera que sea la presion que en el se ejerza. Una hernia inguinal puede no estar estrangulada, ni atascada de materias fecales, y sin embargo no poder reducirse. Esto sucede cuando se ha descuidado, y las partes que han dejado su sitio aumentan su volúmen considerablemente, ó por que dejenere el epiplon ó el mesenterio, ó por antiguas adherencias celulares entre las visceras y el saco; en algunos casos las bridas membranosas sólidas, resultado de inflamaciones antiguas, son las que retienen y enlazan las vísceras salidas del vientre. Tambien puede ser irreducible en su totalidad ó en parte y en muchos casos es muy dificil reconocer la causa que la hace irreducible.

Segundo: llamamos á la hernia *atascada*, cuando se acumulan en la asa intestinal que ha salido fuera del vientre, materias alimenticias y fecales; accidentes estos, que solo se observan en las que son formadas por intestinos. El atascamiento no se declara por lo comun, sino cuando la hernia es antigua, voluminosa é irreducible. Puede dimanar de los simples progresos de la enfermedad y del obstáculo siempre en aumento que los órganos dislocados esperimentan en el ejercicio de sus funciones, y señaladamente en la facultad de hacer volver al abdomen las materias que reciben; á veces procede de que llega al asa intestinal que está afuera, un peloton de lombrices ó algun cuerpo voluminoso y refractario á la accion de los órganos digestivos. En todos estos casos, las materias alimenticias ó fecales detenidas, van acumulándose en el asa de intestino que forma el tumor, crece este en volúmen y se pone tenzo y pesado, se suprime la evacuacion de las heces, el vientre se meteoriza, sobrevienen cólicos, hipo, náuceas, y luego vómitos de materias, primero mucosas, despues biliosas y últimamente fecales; en fin, despues de pasado mas ó menos tiempo, ó se vácia espontáneamente el tumor, y siguen á esto cámaras abundantes, con lo que se disipan todos los accidentes ó bien se inflaman y se declaran todas las sintomas de la estrangulacion: de lo que resulta que en estos casos la inflamacion no es mas que un efecto del atascamiento.

Tercero: llamamos *estrangulacion*, al resultado de la cons-

triccion hecha por el contorno del conducto inguinal en el cuello del saco herniario.

Este accidente suele ser efecto de que el volúmen de los órganos dislocados crece rápidamente ya sea porque un esfuerzo haya añadido nuevas partes á las que estaban dentro del tumor, ó ya por alguna inflamacion acaecida en estos órganos.

Se anuncia algunas veces este accidente por una sensacion de tirantez y de contriccion que se estiende desde el tumor hasta la cavidad abdominal; pero, en general, los síntomas que le anuncian aparecen de pronto. El tumor se pone resistente, duro, terso, doloroso y se hace irreducible: el dolor y la dureza, muy notables en el parage de la estrangulacion, se estienden principalmente á toda la parte del tumor, situada por debajo de este sitio: por encima la resistencia cesa de pronto, pero el dolor sube disminuyendo insensiblemente hasta el abdomen, se presenta el estreñimiento, el vientre se pone doloroso á la presion, sobrevienen dolores cólicos, hipo, náuseas y vómitos, el rostro está pálido y fundido, la frente se cubre de un sudor frio, el pulso se pone pequeño, vivo y concentrado, se perturban las facultades intelectuales y el enfermo se siente muy debilitado.

Curso, Duracion y Terminaciones.

La marcha, duracion y terminaciones de las hernias inguinales, se hallan sujetas á muchas circunstancias, y de ahí la dificultad de poderlas determinar de un modo general.

Diagnóstico.

En algunos sujetos las hernias inguinales conservan por mucho tiempo los caracteres que he indicado en el capítulo sintomatología; pero en la mayor parte, estos caracteres se alteran poco á poco, á consecuencia de las modificaciones orgánicas que padecen las partes que las constituyen, modificaciones que dependen de la irritacion lenta causada por la compresion de los cuerpos esteriores, de la incomodidad que sufren estas partes, de la accion de los vendajes mal hecho ó mal aplicados, &a. Estas mutaciones son suficientes para esplicar todos aquellos cambios que sobrevienen en los caracteres distintivos del tumor, y dan á conocer las dificultades que á veces suelen presentarse en el Diagnóstico. Por otra parte, varios son los tumores que presentan grandes analogías con esta enfermedad y que por consi-

guiente hacen embarazoso el diagnóstico: tales son, el hidrocele, el sarcocele, el hidrocele enquistado del cordon, el varicocele, el infarto inflamatorio del cordon, los bubones, los abcesos por congestion, &a.; sin embargo, estas dificultades no siempre son insuperables, pues prestando un poco de atencion y con el auxilio de los signos conmemorativos se conseguirá distinguir bien á la hernia inguinal de cualquiera otra afeccion.

Pronóstico.

El pronóstico en las hernias inguinales es mas ó menos grave, segun el volúmen y antigüedad del tumor, segun su simplicidad y complicacion, segun las vísceras que la forman, y por último, segun que la hernia sea, reducible, irreducible, &a.

Anatomía Patológica.

Los caracteres anatómicos de las hernias inguinales esternas recientes, en el hombre son los siguiguies: al salir al esterior las partes que la forman, dilantan el conducto inguinal y ensanchan sus orificios, conservando el primero su oblicuidad y forma; el cuello del saco herniario está situado al lado esterno de la arteria epigástrica; las partes dislocadas están envueltas por todas las túnicas que rodean al cordon espermático, las cuales están encerradas en su túnica propia, es decir, procediendo de fuera adentro, la piel del escroto, el dartos, la espansion de la fascia superficialis, la túnica formada por el cremaster, la túnica fibrosa propia del cordon y el saco herniario; estas túnicas están separadas unas de otras por capas de tejido celular y en el espesor de la cubierta general que ellas mismas constituyen, van serpenteando las arterias genitales para llegar al escroto y á la raiz del pene.

En las hernias ordinarias, la estrechez circular en que termina por encima del testículo, la tùnica propia del cordon, sirve de límite inferior de la hernia, y por eso se halla separada y situada por encima del órgano secretorio del semen. En las que son congénitas, no existe este lìmite, y el testículo se halla confundido dentro del tumor. En todas, los vasos espermáticos están situados hàcia atras y afuera, y las vísceras se deslizan à lo largo de ellos y hácia adelante. Cuando la hernia es muy antigua suelen hallarse estos mismos caracteres, pero las túnicas están casi siempre engrosadas ó alteradas, y en la mayor parte de los casos,

ademas de este engrosamiento, se encuentran entre los vasos y los órganos y disposicion del conducto inguinal algunas mutaciones como voy á decir.

Cuando la hernia ha crecido mucho, se encuentran separados unos de otros los vasos que constituyen el cordon espermático, y estos en vez de estar en la parte posterior del saco, se hallan á sus lados y á veces en la parte anterior; cuando el cuello del saco herniario no ha adquirido pronto rigidez, el pedículo de la hernia está ensanchado por haber cedido los orificios del conducto inguinal; el orificio interno cede por su lado interior y queda mas próximo á la arteria epigástrica y el esterno por su lado esterior; el conducto inguinal se acorta á proporcion de la dislocacion que sufren sus orificios, de modo que cuando esta llega á su mas alto grado, este conducto, por haber perdido toda su oblicuidad, atraviesa directamente de delante atras la pared anterior del abdomen, y por consiguiente, no tiene mas longitud que la del grueso de esta pared; lo mismo sucede en el cuello del saco herniario, en términos que á veces solo se reduce á una estrechez cortante y circular, única que separa su cavidad de la del peritoneo, y finalmente la arteria epigástrica se halla aveces aplicada inmediatamente á su lado inferior é interno.

En la muger, esta clase de hernias, nunca llega á ser tan voluminosa como en el hombre, y cuando hace progresos se aloja en el espesor del gran lábio: sus cubiertas no son gruesas y tan numerosas; nada hay que sea anàlogo al dartos ni á la túnica eritroides; las túnicas suministradas por las fascias superficialis y trasversalis son mucho menos notables, y junto con el tejido celular subcutáneo y la piel constituyen todas las cubiertas esteriores del saco.

La hernia inguinal interna, no está contenida en la vaina propia del cordon, no se junta con este hasta su paso por el anillo, se aplica á su lado esterno y algo posterior, y se sitúa entre su túnica propia y la fascia superficialis, á la que levanta quedando cubierta por ella, y por consiguiente el cordon espermàtico conserva su forma redonda.

Cuando la hernia progresa hácia el escroto, se desliza á lo largo del lado interno y posterior del cordon, y llega detras de la túnica vaginal del testículo, formando aveces una proeminencia por debajo del nivel de este. El cuello del saco que la envuelve está abrazado por el anillo inguinal, al cual franquea igualmente con el cordon espermático, y mas á la parte posterior atraviesa

por la abertura del músculo transverso y oblícuo abdominal, dejando á su lado esterno, el orificio interno del conducto inguinal, y casi toda la longitud de este mismo conducto. Tambien corresponde á su lado esterno la arteria epigástrica, y este vaso nunca pierde su situacion por efecto de los progresos de la enfermedad.

Tratamiento.

Para el método curativo de las hernias inguinales las principales indicaciones que se presentan son las siguientes: reducir las partes dislocadas, mantenerlas en este estado y procurar en cuanto sea posible la obliteracion de la abertura que les ha dado paso.

Para llenar estas indicaciones, hay varios métodos, segun que la hernia este libre, ó fija por un esceso de volúmen de las partes dislocadas ó por adherencias, ó segun que esté atascada ó estrangulada.

En el primer caso es menester proceder inmediatamente á la reduccion, que cuando es libre la hernia se consigue mediante la operacion á que se ha dado la denominacion de *Taxis*, para la cual deben observarse las reglas que esta requiere.

En el segundo caso, es preciso hacer primero que cesen las causas que se oponen á que pueda efectuarse inmediatamente la reduccion para despues poderla practicar. Para mantener reducida la hernia es menester hacer uso de bragueros ó vendajes herniarios, los cuales, si han de satisfacer completamente su objeto, deben estar asegurados con bastante fuerza, para que no puedan descomponerse, y ejercer en la parte esterior de la abertura de la hernia una compresion bastante fuerte para que pueda oponerse eficazmente à la reproduccion de la afeccion, pero sin que pueda contundir los tegumentos, ni debilitar el contorno de la abertura aponeurótica sobre que obra. Para que esta compresion sea eficaz, debe obrar en direccion opuesta al orificio esterior del conducto inguinal, esto es, de abajo arriba y de fuera adentro cuando las vísceras se dirijen oblicuamente de arriba abajo y de dentro afuera &a. En general, una mediana compresion es suficiente con tal que sea bien dirijida, pues una compresion violenta, cualquiera que sea la fuerza que se emplee queda infructuosa cuando obra oblícuamente.

En los casos en que el enfermo sufra largos y frecuentes

ataques de tos, ó se vea obligado á hacer violentos esfuerzos, como los que exijen las retenciones de orina, el parto &a., debe quitarse el vendaje todas las noches, pues mientras el enfermo permanece en cama, la posicion que guarda favorece mas bien la entrada que la salida de la hernia, y al mismo tiempo esta intermitencia en la compresion, alivia la piel é impide que sobre venga una inflamacion por efecto de una compresion continua.

Al uso de estos medios simples, es á lo que los cirujanos han llamado *curacion paliativa* de esta afeccion.

Para obtener la curacion radical de la hernia inguinal se han empleado diferentes métodos: de los cuales unos consisten en el uso de tópicos irritantes, astringentes ó cáusticos, que se aplican á la piel con la idea de propagar su accion hasta la abertura herniaria; otros en acciones del todo mecánicas; otros son verdaderas operaciones quirúrgicas, por cuyo medio se obra directamente sobre los tejidos que contribuyen á dar paso á las víseras para obliterar este paso; otros consisten meramente en una posicion tal, que pierden los órganos su tendencia á dirigirse hácia afuera, y en fin, algunos métodos compuestos de varios de estos.

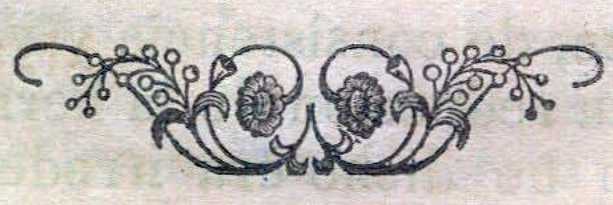
En el caso de atascamiento de la hernia inguinal, deben prácticarse las tentativas de reduccion aun cuando antes de sobrevenir este accidente haya sido ya irreducible la hernia, porque aun entonces tiene por objeto repartir con igualdad los gases y demas materias que atascan el asa de intestino, y hacerle pasar á la parte del tubo digestivo que se ha quedado en el abdomen.

Cuando con este medio se ha de obtener un buen éxito, se esperimenta una sensacion en el tumor, de un cierto ruido, disminuyendo entonces este, de consistencia y volúmen, y efectuándose en el acto la completa reduccion de la hernia, ó su vuelta al estado primitivo, si como he dicho era irreducible antes del atascamiento. Algunos casos hay sin embargo en que no se consigue hacer disminuir el volúmen y tension del tumor, y menos hacerlo entrar en la cavidad abdominal en cualquiera posicion que se coloque al enfermo; en este caso se debe hacer uso de otros medios, siendo los principales, los purgantes á dosis refractas y particularmente el sulfato de magnesia, las lavativas de igual naturaleza, las de agua fria, &a., suelen tambien ser muy útiles estos enemas hechos con un cocimiento de tabaco; se puede obrar tambien directamente sobre el tumor con aplicaciones astringentes y fomentaciones frias; el ópio y la belladona se han empleado tambien tanto al esterior como al interior.

En el caso de estrangulacion, preciso es atacar la causa de dicho accidente y combatir al mismo tiempo sus efectos, tales como el dolor, la inflamacion, &a.

Para llenar estas indicaciones, débese segun las circunstancias recurrir á la *Taxis*, á las emiciones sanguíneas generales y locales, baños tibios, lavativas de tabaco, á los anti-espasmódicos, á los tópicos emolientes y resolutivos aplicados á la parte, y finalmente, si con estos medios no se logra obtener un buen éxito, es necesario hechar mano de la operacion de la *herniotomia*, la que cuanto antes se practique tanto mayor probabilidad ofrecerà de buen éxito; debiendo seguir á esta los cuidados consecutivos que se hacen necesarios, tales como vendar de un modo conveniente la herida, restablecer el curso de las materias de los intestinos, prevenir ó combatir la inflamacion de las vísceras abdominales y otras.

Desearia haber podido terminar este trabajo con algunos casos que he tenido ocasion de observar en la Clínica del Dr. D. Juan J. Montes de Oca; pero no conservando los apuntes de ellos, me queda este vacio.



PROPOSICIONES ACCESORIAS.

1.ª El enfisema pulmonar es *causa ó efecto* del asma.

2.ª Si las afecciones nerviosas abandonadas á la naturaleza terminan por vicios del organismo ¿ el asma como terminará ?

3.ª Causas de distocia.

4.ª De la hemorragia antes, durante y despues del parto.

5.ª Estructura y funciones de la piel.

6.ª Cicatrizacion de las heridas de los huesos.

7.ª Efectos terapeúticos del hierro.

MANUEL G. MUÑIZ.

Está conforme al reglamento.

Teodoro Alvarez.