FACULTAD DE MEDICINA

LA HERNIOTOMÍA

TÉSIS

PARA EL DOCTORADO

POR

IGNACIO PIROVANO

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, PERÚ, NÚM. 107.

1872

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

PRESIDENTE..... Dr. D. Juan José Montes de Oca.
VICE-PRESIDENTE..... « Nicanor Albarellos.
SECRETARIO (Provisorio). « Santiago Larrosa.

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía y Fisiología.....	Dr. D. Manuel A. Montes de Oca.
Materia Médica, Terapéutica, Farmacología é Higiene	« Adolfo E. Peralta.
Nosografía Quirúrgica.....	« Teodoro Alvarez.
Clínica Quirúrgica, Operaciones.	« Juan José Montes de Oca.
Nosografía Médica.....	« Manuel Arauz.
Partos, enfermedades de mujeres y niños.....	« Pedro A. Pardo.
Patología general, Anatomía patológica y Medicina legal	« Nicanor Albarellos.
Clínica Médica.....	« José M. Bosch.

SUSTITUTOS

Anatomía, etc.....	Dr. D. Santiago Larrosa. [cicio.)
Materia Médica, etc.....	« Pablo Santillan (en ejer-
Nosografía Quirúrgica.....	« Leopoldo Montes de Oca.
Nosografía Médica.....	« Luis Tamini.
Clínica Quirúrgica	« Daniel Iturriós.
Partos, etc.....	(Vacante.)
Patología, etc.....	« José T. Baca.
Clínica Médica.....	« Pedro A. Mattos.

Disector en Gefe

Doctor D. Daniel Iturriós.

Padrino de Tésis

Doctor D. Santiago Larrosa.

NOTA — El padrino de Tésis no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia solo se considerará como un acto de honor para el ahijado.

(*Reglamento de la Facultad.*)

DEDICO ESTE TRABAJO

Á MI QUERIDO PADRE

(Ars naturam imitat)

HIPP.

Señores :

Hace seis años que vimos un enfermo de hernia estrangulada; era un agonizante, en el que, ante un cuadro de síntomas formidables tambien vimos agotarse toda una terapéutica; nuestra atencion que en aquellos solemnes momentos no se separaba de aquel desgraciado, no pudo ménos que impresionarse al ver que el bisturí del cirujano hizo cambiar completamente aquella escena de muerte.

Entusiasmados por las maravillas que nos presentaban las ciencias naturales y los axiomas de las ciencias exactas que acabábamos de dejar, aquel hecho nos hizo vislumbrar un horizonte médico tal cual esperábamos; creimos por un momento que la enfermedad era un problema capaz de ser resuelto por el médico ó el cirujano.

Contemplando ántes al hombre ïntelijente, que por su sabiduría llegaba á los conocimientos sublimes de la creacion; al hombre que traspasando los inmensos espacios del universo llegaba á la composicion de las astros; que destruia á su antojo las obras que la naturaleza habia colocado en el mundo, las murallas de granito y arenas de fuego que en otros tiempos separaban la barbarie de los pueblos, para hoy unir su civilizacion con vínculos de hierro; contemplando á ese mismo hombre audaz que se atrevía hasta interrogar

la creacion, buscando en lo invisible lo que su ciencia le reveló faltaba para el equilibrio planetario, creimos contemplar entónces otra obra de la sabiduría humana, y creimos tambien que la resolucion del gran problema nosológico era de su dominio.

La realidad en su desnudez, no tardó en presentarse y ella vino á convencernos que la naturaleza para ser intelijente, tuvo que ser necesariamente fatal y que contra esa fatalidad infalible se estrellaba la intelijencia poderosa y creadora del hombre.

Los progresos del siglo descubrieron el velo que ocultaba los misterios de la creacion.

Quisimos proseguir el camino que nos trazaron nuestros padres, que infatigables procuraban hallar el secreto de la panacea universal y quedamos estasiados al contemplar las combinaciones admirables que componen la legislacion del universo y de esta manera llegamos indirectamente al conocimiento de una verdad: que la vida orgánica era infaliblemente transitoria.

La naturaleza tiene que matar para mantener en equilibrio el órden cosmológico y para esto la creacion dió la vida á la organizacion con el gérmen de la muerte, la rodeó de mil peligros dándole por punto final, una testura de limitada existencia, porque las especies no viven sinó con la destruccion de las otras.

Así es señores, que el hombre enriqueciendo su gran intelijencia, llegó al conocimiento de grandes verdades; consultando su orígen y conociendo el objeto de su fin llegó á conocer su historia y el orgullo humano cayó avergonzado; se vió que era un pigmeo que irremediablemente tenia que legar su organizacion á las organizaciones que vendrian mañana.

Porque el hombre figura en la historia del mundo,

como uno de tantos eslabones que deben componer el encadenamiento que constituye la vida general. Tal vez en el cereal de que hoy se alimenta, de que hoy trata de aumentar ó recomponer su fibra, se encuentran los elementos que pertenecieron á sus mas remotos antepasados. Porque el animal vive del vegetal; este existe por el mundo mineral; el mineral tiene necesidad de que muera el reino orgánico, de que se mineralice, para sustentar nuevas organizaciones.

Así vemos pasar insensiblemente de un reino á otro las tres entidades de la naturaleza, y ese cambio recíproco, hacerse en un órden cuya contemplacion es el objeto de la mas sublime admiracion.

El óvulo que se fecunda en el seno materno, en que va materialmente á echar sus brotos por su admirable membrana blastodérmica para constituir un feto, en que va á formar sus raices representadas por una placenta, que debe implantarse en los tejidos fértiles del útero para poder nutrirse, crecer y desarrollarse como los vegetales, tendrá mas de un punto en que se pueda confundir su naturaleza.

Aun el niño que abandona el antro materno, para por primera vez penetrar en los dominios de la atmósfera, lleva en sí una organizacion sui generis.

En el hombre adulto la animalizacion será llevada á su mas alto grado, y aparecerá mas tarde le senectud, que con sus innumerables concreciones calcáreas, nos presentará al hombre que se mineraliza preparándose para pasar á otro reino.

Esa es la carrera insensible que ha trazado la creacion á su obra.

Para sostener la armonía universal creó las enfermedades, infundió el ódio entre las especies, tal vez

las plagas, las epidemias, no sean sinó medios de compensacion.

El mundo en sus primeras edades ha contemplado igualmente estas luchas, porque la metamórfosis de la materia ha proseguido en todos tiempos su inalterable carrera.

La Paleontología aprovechando de las maravillas del pasado que la Geología del siglo ha descubierto en las entrañas de la tierra, nos muestra que los seres organizados que existian ántes del género humano, vivian y desaparecian como ahora y la Osteología fósil mostrándonos tumores en diversas piezas de sus esqueletos, nos prueba tambien, que en aquellos remotos tiempos las enfermedades producian sus estragos.

La vida continuamente está asediada por la muerte, porque el ódio entre las razas y las enfermedades han sido una necesidad, y creadas para la subsistencia del orbe; las especies se ven por ellas plagadas, el hombre trata de oponerse á su curso, de evitar sus estragos y aplacar sus tormentos, porque la creacion tambien dotó á su obra de medios de compensacion, dió al tierno vegetal medios de proteccion, al débil animal recursos de defensa y de fuga y al hombre una inteligencia capaz de luchar y oponerse á aquellos ajentes destructores.

Comprender entre los enigmas de la creacion el rol jeneral que desempeña la enfermedad, debe ser del dominio de la medicina.

Con la primera dolencia nació aquella ciencia; ella quiso comprender las enfermedades y curarlas, persistiendo hasta nuestros dias en sus loables aspiraciones. Mas de una dificultad ha encontrado en llenar su objeto, porque des-

graciadamente el médico tiene que sostener incesantemente esa lucha con la fatalidad.

Por eso es que Sydenham, el gran jénio de la medicina, que con tanta sinceridad estaba poseido del objeto de su ciencia, la calificó diciendo que era la mas noble de las profesiones humanas y el mas triste de los oficios.

Pero establezcamos el principio de que el médico no es el que directamente obtiene la salud del organismo enfermo, que él solo emplea medios como adyuvantes que la observacion y marcha natural de las enfermedades le han indicado debe poner en práctica y tendremos entónces la medicina en su verdadero terreno.

Para esto detengámonos en la mas bellla de las obras de la creacion: en el hombre; estudiemos su naturaleza, examinemos los fenómenos intrínsecos y estrínsecos de que él es teatro, y ya que aquella usó de medios tan admirables y con tanta sabiduría dirijidos para no alterar el órden general, veamos los que emplea para cuidar de las alteraciones de la organizacion humana y conociéndolas tratemos de imitar esa naturaleza, y en sus obras identifiquémonos con ella, tratando en las aplicaciones terapéuticas, acercarnos en lo posible á sus procederes.

El mecanismo humano se halla tan hábilmente combinado, que cada órgano, cada aparato, tiene sus medios de proteccion. La vida humana tiene sus medios, sus ajentes para neutralizar, estinguir los ajentes morbosos. Porque el hombre que lleva consigo desde su fecundacion el gérmen de la muerte, ese hombre que está destinado á sacrificar su organizacion en holocausto de los que vendrán mas tarde, lleva consigo tambien la fuerza medicatriz, que latente hoy, estallará mañana para oponerse á lo que tienda á destruirla.

Capricho grandioso de la naturaleza, que al mismo

tiempo que dá la aptitud para la enfermedad, dá el modo de evitarla y de vencerla; así es que vemos en cada individualidad orgánica disponer de fuerzas que despliega para aniquilarlas ó hacerlas desaparecer. Combinacion admirable que al contemplarla se pierde el hombre, en un caos de pensamientos que solo pueden llegar á admirar mas la sabiduría de la naturaleza.

Pero los agentes morbosos son con frecuencia tan poderosos, que no siempre la accion orgánica es suficiente para rechazarlos.

Pugna de muerte que sostienen y de la cual uno ú otro saldrá vencedor. Pero como todo está previsto, la fuerza medicatriz apela á los elementos de los tres reinos que deben favorecerla en aquella lucha.

Para eso el hombre está dotado de una inteligencia activa, capaz de comprender un secreto, juzgarlo y saberlo utilizar en su provecho. A los animales de otra esfera, en cambio la creacion les dotó de un instinto, que los conduce al vejetal que debe producirles un alivio.

El juicio y el raciocinio del hombre ilustrado por los hechos de observacion, reemplaza aquel instinto y ellos han venido á revelarle, que la fuerza medicatriz tiene necesidad de la ayuda de los ajentes esteriores.

Un acceso de fiebre palúdica, es el desarrollo de una fuerza para rechazar la presencia de un principio perjudicial para el desempeño del funcionamiento normal. Por el aparato renal se eliminó la espórula que invadió la economía; un movimiento febril la desalojó de ella y se restableció la fisiología orgánica.

Pero las fuerzas del organismo fueron insuficientes para espulsar los gérmenes que habia abandonado aquel criptógamo, ó ellos solo serian ofensivos cuando su

desarrollo fuese completo y entónces la economía los trataria de eliminar repitiendo otro acceso.

El empirismo descubrió el medio para destruir aquellos gérmenes y la quinina fué estraida del reino vegetal para ayudar la fuerza medicatriz de la naturaleza.

Este es el croquis de las luchas de la organizacion y de la accion adyuvante de los ajentes exteriores.

De una casualidad nació en este caso el empirismo y en esto se fundó todo el edificio farmacéutico.

El indígena que atosigado por los males periódicos se lanzó al estanque de las cinchonas, juzgó su cura en la virtud de aquellos vejetales. El empírico lo esperimentó y esparció sus propiedades al mundo científico, el hombre del arte demostró su poder, pero quiso esplicar su mecanismo sin contar con la fuerza medicatriz de la economía, continuando con ese paso en convertir la terapéutica en el descrédito de la medicina.

La terapéutica debe estar solo fundada en la observacion y esperimentacion racional. En la observacion real, sanamente interpretada, nutrida con los conocimientos exactos que suministran las demas ciencias; en la esperimentacion ajena de las ideas preconcebidas é infundadas, de que están plagadas la mayor parte de las doctrinas, que componen la terapéutica del siglo.

La medicina operatoria, la parte mas exacta de la ciencia médica, ha llegado solo á adquirir tantos adelantos porque en sus propósitos, no se ha separado de esos dos grandes preceptos.

El hombre del arte que por primera vez contempló el ingenioso mecanismo de la naturaleza, obligando á un cálculo vesical á oradar el periné para abrirse paso hácia afuera, concibió la idea de la litotomía. Sorpren-

diendo á la naturaleza en su admirable trabajo, quiso en casos semejantes imitarla por la esperimentacion.

Porque el cirujano que introduce un litótomo en el seno de una vejiga que abriga un cálculo con el objeto de desalojarlo de la economía, no hace mas que reproducir un hecho, que en otras circunstancias se ha producido espontáneamente.

Aun repercutia en el mundo quirúrgico la autorizada voz del padre de la medicina, en que condenaba la operacion de la talla, cuando Guido de Chauliac y Fr. Jacques hacian renacer la operacion sometiéndola á un plan metódico.

Las adherencias que el proceso inflamatorio habia de antemano formado para impedir los accidentes inmediatos ó consecutivos, que determinaria la salida del cuerpo estraño, iluminaron aquellas inteligencias con lo que habia pasado desapercibido al gran Hipócrates.

El arte no se limitó á estraer el cálculo, el arte fué como la naturaleza previsor, el instrumento vulnerante fué solo llevado á ensanchar un canal natural, sin interesar otros órganos, sin determinar otras lesiones, que traerian consigo la muerte ó deformidades indelebles.

Cheselden produce la admiracion de toda una generacion al dar la luz á un ciego de nacimiento, haciéndole una pupila artificial, y aquel grande y modesto cirujano reconoció no haber hecho mas que un trabajo que la naturaleza no habia terminado durante el desarrollo embrionario.

Un abceso se abre paso espontáneamente hácia el exterior, hay abcesos profundos en que los esfuerzos naturales del organismo, son impotentes para dar sali

da á su contenido, allí entónces acude la medicina operatoria en ayuda de la fuerza medicatriz.

La cirugía de otros tiempos quiso generalizar demasiado su poder, creyendo en todas las circunstancias dar ancho paso al contenido de todo foco purulento. Esto podia ser permitido en los tiempos primitivos, en los que no se observó el trabajo de la naturaleza en los abcesos sintomáticos, que se abrian distantes del sitio morboso y si se observó no se comprendió que el fin era no permitir la entrada del aire que corrompería aquel foco, produciendo una série de fermentaciones pútridas que infeccionarian el organismo entero.

La cirugía moderna escuchó aquel hecho, comprendió aquel misterio y hoy abre los abcesos sintomáticos en el vacío neumático.

Petit debrida la estrangulacion de una hernia que encontró adherida al saco. Aquel gran cirujano en lugar de romper las adherencias para reducir el órgano lo que indudablemente produciria trastornos mortales, se limitó á abandonar á si sola la ansa intestinal.

Aquel silencio de Petit fué la elocuencia de lo que debia producirse mas tarde, el intestino fué desligándose, penetrando lentamente hasta ocupar su verdadera posicion.

La actitud del cirujano depende siempre de interpretar bien lo que pretende todo trabajo mórbido; pero esta habilidad del entendimiento humano no siempre es fácil, y como la resolucion de la ciencia es con frecuencia cuestion de vida ó muerte, aquella debe ser solo la espresion de su sana conciencia.

Hay procesos patológicos cuyo fin no es del dominio de todos adivinar y si lo ha sido de ilustres lumbreras que han aparecido en épocas memorables, debemos

solo de ellas imitar los actos racionales basados en la observacion y en la traduccion lógica, que puede llegar hasta nuestro alcance; de otra manera, debemos abstenernos, aunque corramos el riesgo de que la ignorancia nos acuse de ignorantes.

Enterrar un bisturí en las profundidades de un hemisferio cerebral intacto, para dar salida al pus que se sospechaba existir en la base del encéfalo, fué una operacion atrevida, que solo á un Dupuytren le fué permitido ensayar.

Cooper que ve algunas veces obliterarse la aorta y persistir la vida por una circulacion colateral, liga una vez esa arteria por una aneurisma de la iliaca primitiva y convierte aquella hazaña operatoria en un motivo mas para su admiracion.

Desgraciadamente estos dos hechos admirables en los dos primeros genios de la cirujía moderna, produjeron despues bastantes lágrimas á la humanidad.

No han faltado cirujanos (la historia lo atestigua), que trataron de imitar esos rasgos, que solo podian ser heróicos en un Dupuytren y un Cooper á quienes la humanidad debia inmensos beneficios y que pretendiendo identificarse con ellos, recibian en lugar de la admiracion de que habian sido objeto aquellos grandes hombres, la condenacion de todo el mundo científico y sus generaciones, como actos temerarios en que el hombre de ciencia y de conciencia debe siempre abstenerse.

Si Cooper y Dupuytren hubieran sospechado las consecuencias de su temeridad, hubiesen como Franco dado el consejo de no imitarlos ó se habrian abstenido de cometerla.

En fin comprendamos los secretos de la naturaleza, interpretemos los hechos que nos ha suministrado la

observacion, apliquemos esos mismos procedimientos y los adquiridos por la esperimentacion al alivio de la humanidad y nos encontraremos en el verdadero terreno, el cual veremos fructificar y dar los mas brillantes resultados.

I.

Herniotomía, su estadística, su objeto.

En los seis años de internado en el Hospital General de Hombres, hemos tenido ocasion de presenciar varias operaciones de esta naturaleza, de observar con detencion el cuadro sintomatológico que presentaban los pacientes, antes y despues de ellas, procurando hallar la etiología de sus complicaciones y de sus insucesos en muchos casos, para saber como podrian evitarse.

Árdua es la tarea de emprender un trabajo de observacion propia, que ofrece un campo poco vasto, mas cuando se dejan las bancas de la Escuela para recien penetrar en el terreno, en que solo la práctica encanecida forma el mejor emblema de los profundos conocimientos del arte y da mas autorizacion á la palabra.

Hemos visto algunos enfermos de hernia estrangulada, hemos presenciado siete operaciones, se nos han permitido hacer dos y con este pequeño cuadro hemos emprendido nuestra obra.

En nueve quelotomías hemos visto morir seis de los operados y esto nos ha demostrado que se trata de una operacion grave.

Si consultamos las estadísticas estrangeras, veremos que en el año 1861 solo en los hospitales de Paris

se operaron 99 individuos, de los cuales fallecieron 80; en el Hôtel Dieu se ejecutaron en el mismo año 58 quelotomías, y murieron 42 operados; Velpeau en 5 años operó 66 veces y se le murieron 41 individuos.

Malgaigne presenta una estadística mas favorable y sin embargo concluye diciendo, que la herniotomía es una de las operaciones mas mortíferas de la cirujía.

Podriamos mencionar otras cifras y otras opiniones, pero creemos que son suficientes las mencionadas; ellas hablan demasiado alto para probarnos que es un hecho notorio la gravedad de esta operacion.

Mortalidades enormes solo se observan en los hospitales, donde se acude tarde á buscar los auxilios quirúrgicos, despues de haber perdido un tiempo precioso en maniobras forzadas, mal dirijidas, que colocan los órganos en las peores aptitudes para su funcionamiento.

De seis operados que hemos visto morir, solo uno fué por una complicacion accidental, el tétano; los otros cinco lo fueron por los progresos de una peritonitis anterior á la operacion.

Y sin embargo la operacion de la hernia estrangulada, es la mas lejítima de las operaciones quirúrjicas. Existe un nudo que estrangula una anza intestinal, que detiene el curso de la sangre entre sus túnicas, que impide el libre camino de las materias fecales en su cavidad, que hiere de muerte el órgano estrangulado, amenazando estinguir la vida del organismo entero.

Cortar el nudo, destruir el vínculo constrictor, restablecer la circulacion y nutricion del órgano, para que se efectúe el movimiento peristáltico de su contenido, restableciendo el funcionamiento general; tal es el objeto que ella se propone.

Así es como á pesar de sus estadísticas desgraciadas, esta operacion ha conquistado todos los sufrajios como ha imperado en la práctica quirúrjica obteniendo tan insignificante oposicion.

El hombre del arte destinado á aliviar la humanidad doliente, no podrá desconocer jamás la lejitimidad de esta operacion; no podrá menos que intervenir ante una afeccion de esta naturaleza, en que la lucha natural del organismo es muchas veces impotente, para vencer una fuerza física de las mas manifiestas; no podrá menos que abandonar toda espectacion y repeticion de tratamientos que ya han fracasado y que harian perder un tiempo irreparable, lo que haria condenar su timidez operatoria ante los ojos del mundo científico y de su propia conciencia, como un acto de criminalidad.

Hay momentos durante los períodos terribles de estrangulacion porque pasan las hernias, en que los pacientes mas pusilánimes claman por la operacion.

Hay momentos en que se ve á una mujer jóven atacada de una afeccion de esta naturaleza, mujer de sensibilidad tan esquisita, que la sola vista del cirujano la aterra, pero que ve fracasar uno á uno los medios que se emplean para combatir su mal; esa misma mujer antes tan tímida, pide ahora á gritos en medio de sus mas grandes angustias, la intervencion del bisturí.

Esta decision espontánea que en estas afecciones no es rara, complementa notoriamente la justificacion de la operacion.

Hemos ya dicho que ella tiene sus vicisitudes, y en un individuo aunque se presente en las mejores condiciones, un buen resultado no podrá pronosticarse de

una manera absoluta. Peligros existen durante la operacion, peligros despues de ella.

Sin embargo, si hacemos un análisis de los diversos tiempos de que ella se compone, llegaremos á convencernos de una verdad, y es que el operador puede hasta cierto punto evitar las sérias complicaciones que sobrevienen y matan á la mayor parte de los operados.

Si es ciertamente difícil averiguar en todos los casos la causa de los insucesos, que á veces parece poner en conflicto el arte y la razon, su descubrimiento no es del todo imposible.

La causa de los peligros que comprometen sériamente la vida del operado, no es un misterio, y la observacion minuciosa nos hará ver la realidad. Conociendo la naturaleza y orígen de las complicaciones mortales, indudablemente llegaremos muchas veces á evitarlas. Tal es el objeto que nos proponemos llenar en este trabajo.

Como el éxito de la operacion en gran parte depende del tratamiento terapéutico preliminar y en determinar su oportunidad, hemos creido imprescindible antes de penetrar en su terreno ocuparnos de esas materias, lo que haremos en el siguiente capítulo.

II.

Hernia estrangulada—Taxis—Su tratamiento médico y oportunidad de la operacion.

Hernia es el tumor formado por la salida de una víscera ó parte de ella fuera de la cavidad que la contiene.

Al formar hernia los órganos se insinuan por aber-

turas naturales, que de antemano se han dilatado, ó que congénitamente han quedado beantes, ó por orificios artificiales como las heridas y ulceraciones.

Los intestinos y el epiplon, son los órganos que con mas frecuencia salen de la cavidad abdominal.

Los conductos inguinal y crural son los puntos predilectos para su salida.

Las hernias, ó son recientes, ó antiguas; y estas últimas serán ó no contenidas.

Ellas suelen determinar accidentes ó complicaciones que demandan una atencion y tratamiento especial.

Se hacen irreductibles, se atascan, se inflaman ó se estrangulan.

La hernia estrangulada viene acompañada de accidentes sérios bien determinados, y que comprometen la vida del paciente.

Las irreductibles, las inflamadas y las atascadas pueden llegar á presentar los síntomas de la estrangulacion y requerir entonces el mismo tratamiento.

Espuestos estos preliminares, veamos cual será la actitud del médico en presencia de una hernia, que presenta los síntomas de estrangulacion.

Hacer penetrar el órgano en su cavidad normal, es la primera indicacion que se presenta, y el taxis es uno de los primeros medios que para esto se debe emplear.

Este precepto no solo es conveniente sinó indispensable, y mas aun cuando la hernia es recientemente formada, pues por el efecto mismo del traumatismo interno ó por la distension forzada que ha sufrido el anillo ó el cuello del saco, puede determinarse un proceso flojístico que traerá una congestion y tumefaccion, y como resultado, una constriccion mayor y obliteracion absoluta del órgano herniado y presentar por lo tanto menos

probabilidades para la fácil entrada de la víscera á su cavidad.

Pero el taxis que á primera vista parece una maniobra tan sencilla, debe estar acompañada de algunos requisitos indispensables de los cuales depende muchas veces el buen suceso.

Esta operacion debe ejecutarse con arte, destreza y sobre todo con prudencia.

Lo primero que debe hacerse ántes de practicarla, es colocar al enfermo en la posicion mas ventajosa, para el relajamiento de las paredes blandas, de las cavidades que deben recuperar el órgano herniado.

La tension y rijidez de los músculos del abdómen se destruyen por la posicion horizontal, los muslos y las piernas en semiflexion, el tronco y la cabeza lijeramente elevados.

Esta es indudablemente la posicion mas apropiada para aquel objeto. Las aconsejadas en otro tiempo con tanto entusiasmo por Fabricio de ¦Aquapendente, Scharp y Winslow, están ya relegadas al olvido; pues la sana práctica las reprueba por ser posiciones penosas para el paciente é incómodas para el operador y sin conseguir mas ventaja que con la sencilla y cómoda posicion horizontal, como lo ha demostrado por sus numerosas observaciones Astley Cooper.

Las rodillas no deben juntarse como algunos aconsejan; esta posicion además de ser incómoda para la que debe tener el cirujano, es desfavorable para el relajamiento de los anillos.

Las esperiencias de anfiteatro nos demuestran que la abduccion del muslo aumenta los diámetros de los conductos inguinal y crural, poco es cierto, pero que

no dejará por eso de tener su influencia en el éxito del taxis.

Esta separacion de los miembros abdominales, tampoco debe exajerarse; si llegaran á formar un ángulo recto indudablemente aumentarian los diámetros transversos de los anillos, pero en cambio disminuirian los verticales, lo que sería en lugar de una ventaja un gran inconveniente para la reduccion.

Al colocar al paciente de esta manera, ha sido como lo hemos dicho, con el principal objeto de relajar las paredes abdominales; esto no siempre se consigue y vemos con frecuencia que algunos enfermos por mas recomendaciones que se les haga, contraen poderosamente los músculos del vientre.

Hemos observado algunas veces este fenómeno persistir con tal tenacidad, que creimos presenciar un acto reflejo, independiente del dominio de la voluntad.

Sería inutil decir que en tales casos uno debe abstenerse de una maniobra que precisamente tiene que dar resultados negativos; las inhalaciones anestésicas serán un poderoso recurso para vencer aquel inconveniente.

La anestesia debe llevarse hasta el colapsus, porque solo en ese grado la relajacion muscular es completa.

Se toma entonces el tumor herniario con la mano derecha colocando de lleno su superficie palmar en el fondo, al cual se comprime de una manera igual y sostenida; el codo debe formar punto de apoyo en el lecho, entre los miembros inferiores del enfermo; con los dedos de la otra mano se toma el pedículo y se hace una presion uniforme y estensa de manera á disminuir su volúmen y darle al mismo tiempo una forma cilíndrica.

La direccion de la fuerza comprimente debe tambien ser metódica. Será mas ó menos oblícua con relacion al plano ántero-posterior del cuerpo, siguiendo la oblicuidad de los conductos herniarios; por ejemplo, en la hernia inguinal oblícua externa, los esfuerzos deben ser dirijidos hácia la espina iliaca ántero superior siguiendo el trayecto de una línea oblícua de dentro afuera y no directamente hácia el abdómen.

El fondo de la hernia debe ser llevado hácia arriba en una direccion en que quede el eje del tumor perpendicular con el del cuerpo, de otra manera, las paredes de la hernia se aplanarian contra las del anillo y todo el esfuerzo producido allí se consumiría, sin trasmitirse el movimiento en la parte de víscera colocada dentro del canal.

Es tan importante este precepto, que estamos seguros que de las diez y ocho hernias que hemos reducido, las cuales siete presentaban síntomas manifiestos de estrangulacion, aquella direccion tuvo una gran parte en el buen éxito del taxis.

Hacen como cuatro años que á un pardo anciano, hallándose al servicio de la sala de crónicos, se le atascó una hernia inguinal antigua mal contenida; este accidente vino acompañado de síntomas alarmantes, no habiendo medios terapéuticos que no se empleara para evitar la operacion, que parecia ser necesaria. Aquel pobre hombre en uno de los intermedios de descanso que se le dejaba, tomó un ladrillo que de antemano habia hecho calentar y lo colocó sobre su tumor que habia doblado sobre el abdómen; á la noche cuando le fuimos á ver juntos con el practicante mayor de guardia, hoy Dr. Melendez, le encontramos aun en

aquella posicion y con su hernia que disminuia, desapareciendo por completo á los pocos momentos.

Indudablemente en este caso influyó favorablemente en la reduccion, mas la direccion que la temperatura y el peso que habian sido ántes empleados infructuosamente.

No echamos en olvido esta leccion vulgar y cuando mas tarde la vimos aconsejada por cirujanos eminentes como Nelaton, la pusimos en práctica debiendo siempre felicitarnos de ello, pues muchas veces como ya lo hemos dicho nos dió grandes resultados.

En el mes de Setiembre del año pasado entró á la sala de clínica quirúrgica para ocupar el lecho núm. 16, José Bellerini afectado de una epiplocele inguinal directa de diez dias de existencia, sin síntomas de estrangulacion, pero que le imposilitaba caminar.

Durante el tiempo que habia permanecido en la ciudad, algunos que no eran médicos habian ensayado el taxis por repetidas veces y sin resultado. El tumor no era doloroso á la presion, así es que tentamos reducirlo, no olvidando la direccion perpendicular; á la media hora la víscera penetró y á los dos dias el enfermo salió de alta. Referimos este caso por considerarlo de importancia, pues vemos que el taxis metódico fué feliz en una hernia de diez dias de existencia.

Domingo Bosetti entró el 22 de Marzo de este año para ocupar el número 20 de la misma sala, hacian dos dias que tenia una hernia inguinal oblícua externa derecha, acompañada de síntomas generales graves, que indicaban la existencia de una estrangulacion en el segundo grado. El taxis se habia ya ensayado por repetidas veces, inmediatamente procedimos á repetirlo llenando las mismas prescripciones, que ya hemos indicado; el intestino

penetró á los cinco minutos y el enfermo salió curado al tercer dia.

El 29 de Marzo último estando de guardia, fuimos llamados urgentemente por la religiosa de la sala de clínica, para atender un enfermo grave que acababa de entrar; era un militar francés llamado José Roman que ocupaba el lecho número 3, y que encontramos vomitando materias fecales; su aspecto esterior y los síntomas generales que presentaba nos reveló la enfermedad de que adolecia, hallandose esta en un período grave.

Tenia una hernia escrotal derecha voluminosísima de 24 horas de existencia.

Procedimos al taxis, pero la tension de las partes contenidas en su cuello nos impidió poner el tumor en posicion y la primera tentativa fué infructuosa. Procuramos por segunda vez tratando entonces de llevar lentamente hácia arriba el tumor; cuando no habia llegado aun á la direccion perpendicular la hernia desapareció y el enfermo dejó el hospital al sétimo dia.

Podriamos citar otros casos no ménos interesantes, pero ellos nos separarian demasiado de nuestro principal objeto; bastan los referidos para demostrar que la fé que tenemos en seguir aquella práctica está en algo fundada.

La reduccion no siempre se consigue, encontrándose con frecuencia dificultades, que dependen de diversas causas, como son la gran estrechez de la abertura por la cual pasa la hernia, la inflamacion del intestino, la gran distension por los gases ó los escrementos, ó la cantidad de órgano desalojado.

En estos casos, y si el enfermo acusa gran dolor al tumor, no debe persistirse en una maniobra que entonces podria ser peligrosa y que no haria sinó aumentar

la flogosis, producir la ruptura del intestino y aun ocasionar la gangrena.

No se deberá repetir el taxis, ántes de haber puesto en uso los medios propios para disminuir las fuerzas, relajar las partes que se deben reducir, y por lo tanto calmar el espasmo y el dolor.

Una sangría copiosa es un buen auxiliar, pues no solamente evitará en parte que la inflamacion del saco se propague hasta el peritoneo, sinó que la debilidad momentánea que puede llegar hasta el síncope, es muy favorable para la reduccion del tumor.

La sangría además desingurgitará las paredes del intestino, de la gran cantidad de sangre que por efecto de la estrangulacion tenia estancada en los capilares, disminuyendo por lo tanto su espesor.

Pero la sangría si bien es ventajosa cuando ella es general, puede ser peligrosa cuando es exagerada; las cantidades enormes de sangre que algunos autores aconsejan estraer, son ensayos atrevidos, que alguna vez pueden traer consecuencias fatales; diez y seis á treinta y dos onzas en varias veces y segun el estado constitucional del individuo, es una cantidad suficiente para esperar algun resultado sin que la economía se resienta.

Los efectos de la sangría serían mas eficaces, si ella fuera acompañada de un baño tibio prolongado. Tenemos mucha fé en el empleo simultáneo de estos medios, pues les hemos visto dar los resultados mas ventajosos, particularmente en las soluciones de contigüidad de algun tiempo de existencia.

El baño debe pasar de media hora y durante la cual estando el enfermo en la posicion horizontal deben hacerse lijeras tentativas de taxis.

Si este tratamiento hubiese tambien fracasado, se ad-

ministrará una lavativa formada por una lijera decoccion de una dracma de tabaco en diez onzas de agua.

El uso de este medicamento es considerado por algunos cirujanos, como el medio mas seguro despues de la operacion, para conseguir la reduccion. Nosotros lo hemos visto aplicar dos veces con éxito feliz.

Indudablemente el tabaco determina una debilidad general y el relajamiento, disminuye la circulacion, produce naúseas, sudores frios, síncopes, circunstancias que son favorables para la reduccion espontánea ó artificial.

Parco debe andar el cirujano en su administracion, pues no debe olvidar que maneja un vejetal que retiene un tóxico activo, que puede traer una hipostenia mortal.

Estos tratamientos pueden ser poderosamente auxiliados por la aplicacion al cuello del tumor de extracto de belladona blando, encima del cual se colocará una vejiga llena de fragmentos de hielo.

Esta solanéa tiene una propiedad sedante indisputable; los grandes dolores de la estrangulacion, ceden por su accion con mucha frecuencia, y es con ese objeto que le aconsejamos; pues no somos de la opinion de algunos autores, que emplean la belladona solo por su propiedad dilatadora.

Ese poder solo lo gozará en tejidos especiales eminentemente contractiles como el iris, y no en anillos ó cuellos puramente fibrosos.

El hielo produce la contraccion física de todas las partes de la region, tanto del pedículo del tumor como del anillo estrangulador.

La accion frigorífica produce la atrofia de la innu-

merable red sanguínea de que se compone el espesor de las paredes del pedículo y del intestino mismo, lo que no sucede así con los anillos y cuello del saco, que son mucho menos vasculares; circunstancia que hace que los puntos de contacto sean menos íntimos y que la aptitud del órgano para su reduccion sea mas favorable.

El hielo obra tambien como sedante y sobre todo como antiflojístico; puede hasta cierto punto prevenir la inflamacion del peritoneo, y aun la gangrena del órgano herniado, pero para procurar esto, es necesario que su accion sea continuada, así se conseguirá un efecto mas rápido y se evitará una reaccion.

Tal es en general, el tratamiento médico mas racional, á que debe un cirujano someter un enfermo de hernia estrangulada ántes de recurrir á la operacion.

Tratamiento que no viene á ser sinó auxiliar ó medio coadyuvante del taxis, que debe tentarse repetir siempre que el estado del tumor lo admita.

En el tratamiento médico de una enfermedad de esta naturaleza, el cirujano no olvidará que corre peligro en perder un tiempo precioso en tentativas, cuya eficacia siempre es dudosa.

Sin embargo no dejan de haber autores á quienes inspira tal repugnancia la operacion, que aconsejan medios que la sana razon rechaza.

Para unos la via salvadora principal se halla en la Farmacia, y en sus obras, la terapeútica herniaria es muy rica, descollando los principios medicamentosos mas raros.

Si hay enfermedad en el cuadro nosológico que mas requiera la intervencion quirúrgica es la hernia estrangulada, en que la vitalidad es estraña en el

accidente, pues allí no obra sinó una fuerza mecánica.

Otros por el contrario solo esperan vencer la dificultad con maniobras violentas.

El taxis forzado, aun en nuestros dias se ve preconizado; se habla mucho de sus ventajas porque los pocos casos que han sido felices y que solo pueden esplicarse por la resistencia vital y los poderosos recursos de la naturaleza son, los que se mencionan; sus deplorables efectos quedan en silencio, y nadie los conoce.

Así es que todo se espera del taxis, y se hace ensayo sobre ensayo para reducir la hernia, se reiteran diez y veinte veces las mismas maniobras, y si el operador no tiene la suficiente fuerza en su brazo pide el auxilio de su ayudante, porque el objeto es comprimir fuerte y por largo tiempo, para conseguir en la mayoría de las veces, que el tumor á fuerza de ser comprimido se ponga escesivamente doloroso, de tal suerte, que la simple cesacion de los esfuerzos hace probar al enfermo una sensacion de mejoría, haciéndole creer así como al cirujano, que una parte del tumor ha entrado, y esto es un nuevo motivo para que la maniobra prosiga hasta que los progresos rápidos de los accidentes le revelen los peligros del taxis forzado; y cuando se acude á la operacion queda desgraciadamente demostrado, que todo suceso es imposible.

Por fortuna, creemos que entre nosotros raro será el médico si lo hay, partidario de esta práctica condenable.

Los desastres de la quelotomía son debidos en gran parte á las tentativas violentas á que anteriormente se sujetan los enfermos.

En cinco autopsias que hemos hecho de individuos que habian muerto de aquella afeccion, tres veces hemos

encontrado el intestino fuertemente equimosado y en una desgarrado.

En dos operaciones que observamos, pudimos constatar que el gran epiplon se hallaba hecho papilla y que un fragmento de intestino delgado se hallaba dislacerado.

No olvidaremos de un enfermo que harán como dos años que entró al Hospital, para ocupar el núm. 9 de la sala de cirujía. Era un anciano que llegaba de un pueblo de campo, con una hernia escrotal izquierda, estrangulada de un dia.

Estando presentes el Dr. Larrosa y nuestro condiscípulo Araujo, cuando el enfermo nos enumeraba las violencias á que habia sido sometido su tumor, cayó repentinamente muerto.

La necropsia nos mostró que parte del colon ascendente se habia gangrenado y parte desgarrado.

Las maniobras prolongadas de taxis forzado á que se deja someter por los empíricos y charlatanes, la jente baja que entra á los hospitales, son tal vez la principal causa, como ya lo hemos dicho, de que en las estadísticas de las quelotomías efectuadas en esos establecimientos figuren tantas víctimas. Estamos seguros, que si se pudiera conocer el número de operaciones que se ejecutan en la práctica civil, los casos fatales serian escasos.

La temporizacion es tan condenable como el taxis forzado; pues debe contarse entre las séries de causas que produce los insucesos, la época tardía en que se decide la ejecucion de la operacion. Los órganos estrangulados sometidos á la influencia de una flogosis prolongada, ó privados por largo tiempo de los elementos para su nutricion, llegarán á la terminacion

gangrenosa, ó quedarán incapaces para recuperar sus funciones; ó esa misma flogosis invadirá por continuidad el peritoneo abdominal aumentando las consecuencias funestas y haciendo perder las últimas esperanzas que se tenian de que desapareceria el peligro con la cesacion de la estrangulacion.

Pero todos los recursos y medios terapeúticos han quedado impotentes, ¿qué hacer entónces? indudablemente solo queda la operacion, ella sola puede arrancar al enfermo de la muerte segura de que está amenazado.

Apreciar con exactitud el estado de las partes desalojadas y determinar con precision el límite mas allá del cual no se puede diferir la herniotomía sin peligro, es mas difícil de lo que puede suponerse.

Nunca habrá llegado momento mas oportuno para que el génio médico despliegue su buen criterio que en semejantes casos; desgraciadamente este privilejio de la intelijencia humana, no se aprende ni se enseña, él nace con el hombre y esta verdad que hemos aprendido de nuestro profesor de Patología General, la hemos ido palpando en el curso de nuestra enseñanza.

Al hipo le dan mucha importancia algunos cirujanos y lo tienen como un signo característico de la existencia de la gangrena. El enfermo á que ya nos hemos referido y que murió repentinamente, tenia el intestino gangrenado y sin embargo no presentaba aquel síntoma durante su vida.

Recordarán nuestros condiscípulos que Constancio Bonllum uno de los individuos operados que figura en nuestras últimas observaciones, acusaba aquel síntoma y que fué operado casi con la conviccion de hallar el órgano gangrenado; sin embargo el intestino se encontró apenas inflamado.

Así es que este signo tiene un valor limitado y tal vez inútil, pues aun en el caso de que la gangrena existiera, en regla general el cirujano cuando crea conveniente, no debe detenerse en efectuar la operacion; si el órgano se halla sin vitalidad, un ano preternatural puede evitar que desaparezca la vitalidad del organismo.

La gravedad y los progresos rápidos que en poco tiempo hace esta enfermedad, obligan al cirujano á no separarse un solo instante del lado del enfermo; el desarrollo sintomatológico será el barómetro cuya escala ascendente le indicará el momento en que debe tomar rápidamente una decision, que en estos casos es única: la intervencion del instrumento cortante.

Hay un signo á que dan mucho valor los operadores y al que igual importancia hemos visto dar á nuestros maestros, y este es la sensibilidad abdominal que parte irradiándose del pedículo del tumor hácia el ombligo.

Creemos efectivamente que este es un dato precioso que indica el momento oportuno para la operacion; pues él nos revela que la serosa abdominal va participando de la inflamacion, y que solo la destruccion del vínculo estrangulador puede impedir que se generalice. Pero no participamos de la opinion de otros, que condenan la operacion cuando la peritonitis ha estallado, invocando para esto que aquella no haria entonces sinó aumentar la inflamacion del peritoneo.

¿Se puede admitir que el tratamiento heróico de la peritonitis puede ser eficaz persistiendo la causa que la produce y la sostiene? Creemos que de ninguna manera y que solo destruyendo la causa, la accion medicamentosa llenará su poder y sus ventajas.

Suponer que la peritonitis aumente por haberse herido el saco y espuesto el intestino al contacto del aire, es una hipótesis, que nos ocuparemos en rebatirla mas adelante.

Así pues, desde que la sangría, los baños tibios, las lavativas de tabaco y la aplicacion local del frio han quedado sin suceso, la operacion debe ser hecha inmediatamente. Y todas las veces que no se pueda procurar con prontitud algunos de esos medicamentos, debe renunciarse á ellos mas bien que esponer á retardos que pondrian en peligro la vida del enfermo.

Solo podría diferirse la operacion en aquellos casos de hernia epiploíca, que si bien ofrece mas dificultad en la reduccion que una intestinal, no es tan peligrosa; su marcha es mas lenta, y su aparato sintomatológico menos violento.

La hernia reciente exije mas pronto la operacion que la antigua, pues esta se halla envuelta de tejidos ya relajados por influencia de las frecuentes dilataciones, y la reciente se forma en medio de partes que tienen una gran fuerza resistente; lo mismo en la edad tierna que en la edad avanzada se puede diferir mas la operacion que en la edad adulta en que las fibras son mas tenaces y la fuerza muscular mas poderosa.

En fin, si la fisonomía del enfermo se halla deprimida, si su mirada es ansiosa, si su pulso es pequeño y apenas perceptible, se debe renunciar á toda medicacion, pues son circunstancias en que no debe perderse un instante.

Poco tiempo esperaba el eminente Pott en recurrir á la operacion y con esa práctica aseguraba que solo perdía el dos por ciento de sus operados.

Así es que las esperanzas del buen suceso de la

herniotomía dependen en mucho de la direccion del tratamiento y determinacion del tiempo; y siendo esto último muchas veces dificil, mas vale pecar anticipándose en practicar la quelotomía que pecar retardándola.

III.

Preliminares y division del tiempo de la operacion.

La herniotomía es una operacion quirúrgica, que tiene por objeto destruir por medio de una incision, el vínculo constrictor que se opone á la entrada del órgano, é introducir hácia el vientre las vísceras que constituyen la hernia.

Esta operacion no es de las mas difíciles que cuenta el repertorio quirúrgico, y hasta podriamos afirmar que ella es fácil; la práctica que el anfiteatro nos ha suministrado, y las operaciones de aquella naturaleza que en el vivo hemos visto ejecutar y ejecutado, nos han convencido de esa verdad.

Algunos cirujanos sin embargo, afirman que ella es grave y dificultosa.

Traduciendo bien é interpretando mejor el significado de aquella opinion, veremos que indudablemente ella significa que la quelotomía es grave y difícil, porque despues de ella viene con frecuencia la terminacion fatal, como lo hemos visto por las estadísticas de los hospitales.

El mecanismo de la operacion metódicamente hecha es sencillo, y la muerte producida durante ese tiem-

po debe ser muy rara, al menos no lo hemos visto en las nueve operaciones que presenciamos, ni oido que les hubiera sucedido alguna vez á nuestros maestros, mientras que en una amputacion ó desarticulacion, que pasan por ser operaciones fáciles se corren mas peripecias y se encuentran muchas veces mas dificultades, y la presencia de la muerte no ha sido tan rara durante la ejecucion de ellas.

En una amputacion ó desarticulacion, hay necesidad de varias personas tan intelijentes como el operador mismo, y la buena ejecucion depende casi siempre de los buenos ayudantes; el que comprime, el que retrae la piel y las partes blandas, el que liga, si comete una falta, seguramente que la ejecucion será defectuosa y encontrará obstáculos. Vienen despues los accidentes imprevistos, como son la retraccion de los vasos, la enfermedad del hueso, la ulceracion interna de las partes blandas que harán perder mas tiempo y agotar mas las fuerzas físicas y morales del enfermo, y serán nuevos motivos de vacilacion para el cirujano; mientras que en la operacion de la hernia estrangulada todo consiste en el que opera, él solo obrará bien ó mal, él solo es responsable de todo lo que allí debe pasarse.

El traumatismo, incomparable entre una y otra operacion, es otra prueba de la diferencia de gravedad que existe entre ellas.

Así es que creemos que esta operacion es fácil y su gravedad solo depende de accidentes que en la mayor parte de las veces, son independientes de su buena ejecucion, accidentes que como lo veremos mas adelante pueden hasta cierto punto precaverse.

Conocer el sitio y la naturaleza del mal son pre-

ceptos tan necesarios y sabidos que nos parece inútil detenernos á probar su conveniencia. La conciencia de un buen diagnóstico dá mas seguridad en la ejecucion operatoria, que la incertidumbre en que uno suele hallarse; esto es incuestionable.

Conocer con exactitud la anatomía de la rejion que debe operarse, es otro precepto no desconocido por los operadores.

Saber á fondo el camino en que debe conducir el bisturí, las partes que debe lesionar y las que debe evitar, no solo son preceptos indispensables sinó obligatorios en el hombre de ciencia, en quien confia y á cuyas manos se entrega la humanidad doliente.

La herniotomía entra en la categoría de las operaciones de urgencia. Ella, como ya lo hemos probado, no puede ser diferida; haga frio ó calor, sea de dia ó de noche, llueva ó no llueva, en el momento dado se debe operar.

No deben detenerlo tampoco los motivos tan sérios en otras circunstancias, como el temperamento y el estado constitucional del individuo, lo mismo será el que esté estenuado como el robusto, el que ántes gozaba de salud como el tuberculoso.

Limitadas son las disposiciones preliminares que deben llenarse ántes de la operacion.

Pocas veces se tendrá necesidad de prevenir á los enfermos lo que se les va á hacer, y menos aun de recibir por parte de ellos una negativa; demasiado conocen su estado de gravedad y el recurso eficaz que les espera; generalmente ellos mismos piden la operacion.

Condicion es esta que coloca la quelotomía á la altura de las primeras operaciones de la cirujía y

donde el cirujano obtiene mas momentos de satisfaccion que en ninguna otra.

Que un moribundo le pida la vida para que diez minutos despues la entregue en medio de las lágrimas de regocijo y bendiciones de aquel infeliz, son motivos mas que poderosos para que el hombre del arte goce y se regocije; mas cuando está destinado por su noble profesion á encontrar á cada paso tantos desencantos y lágrimas de dolor.

Hay accesorios que son imprescindibles para la ejecucion de la operacion y que deben disponerse bien, ántes de toda maniobra.

Se preparará la pieza, que será la misma en que despues quedará el enfermo, se tratará de que se encuentre en las condiciones de hijiene necesarias y que para el momento de la operacion haya la suficiente luz.

Se colocará al enfermo sobre una mesa alta como de un metro, el cuerpo en una posicion horizontal, las espaldas un poco elevadas, las piernas pendientes hácia afuera de la mesa, los muslos un poco en flexion; la vejiga debe estar evacuada, y afeitada la parte sobre la cual debe practicarse la operacion.

El aparato instrumental es reducido; un bisturí recto y otro convexo, dos tijeras de igual forma, una pinza de ligadura y otra de diseccion, una sonda acanalada, una espátula de Vidal y un escalpelo abotonado, solo cortante en su cuarto inferior.

Un ayudante administrará el cloroformo, otro esplorará el pulso, un tercero se encontrará al lado del cirujano con esponjas finas y una vasija de agua fria, al mismo tiempo que dispondrá de una pinza de ligadura, y un cuarto alcanzará los instrumentos.

No debe ejecutarse la operacion sin provocar ántes la anestesia; una inmovilidad absoluta es necesaria, y esto solo se consigue por medio del cloroformo, y sus inhalaciones deben llevarse hasta producir el colapso. Hemos visto administrarle muchas veces en estas afecciones, tanto para las maniobras de taxis como en las quelotomías, y hasta ahora hemos visto que produjera fenómenos que revistieran alguna seriedad; tampoco hemos oido á nuestro profesor de clínica referir en sus lecciones algun caso desgraciado por aquella causa, y creemos haber leido hace tiempo en alguna parte aunque no tenemos la evidencia, que en el herniario existe cierta inmunidad por el cloroformo.

Llenados estos riquisitos, debe empezarse á efectuar la parte operatoria.

La operacion de la hernia estrangulada se divide en cuatro tiempos que por órden de sucesion son: 1° *La incision de la piel y cubiertas aponeuróticas;* 2° *La abertura del saco;* 3° *El debridamiento del ajente constrictor;* 4° *La reduccion de la parte herniada.*

Veamos ahora como se ejecutan cada uno de esos tiempos, cuál es el proceder mas metódico, cuáles son los peligros que presenta, y cómo en lo posible se pueden evitar los accidentes para obtener una operacion sin gravedad y con éxito.

IV.

Incision de la piel y de las cubiertas herniarias.

El primer tiempo operatorio constituido por la incision de las cubiertas herniarias entra en la clase de

las heridas no penetrantes del abdómen, es decir, que al punto de vista del enfermo es de una inocuidad casi absoluta.

El cirujano colocado entre los muslos del enfermo, toma el tumor con la mano izquierda y armado del bisturí convexo si la piel se halla tensa y adherente, la divide con una incision simple de fuera hácia adentro, teniendo cuidado de no penetrar profundamente. En caso contrario forma un pliegue con ella, dando una estremidad á un ayudante y la divide en un solo golpe desde su borde hasta su base. Pero si está bien seguro de su mano, debe preferir la incision simple que puede estenderse arbitrariamente.

La herida debe tener la direccion del mayor diámetro del tumor y una estension proporcionada á su volúmen. Sea grande ó pequeño el tumor, una simple incision lineal es suficiente casi siempre, pues en las hernias voluminosas en virtud de la tension de los tegumentos, una simple herida longitudinal es convertida en una superficie anchamente oval.

La incision en T ó en cruz solo debe reservarse para casos especiales como en algunas hernias crurales.

Si la incision que se ha hecho de la piel no es suficientemente grande, se aumentará por un corte de tijera, la que se habrá deslizado en la ranura de una sonda acanalada ó sobre la pulpa del dedo índice, de esta manera se hará menos dolorosa, para cuando vuelva á emplearse el bisturí.

No siempre la incision será vertical ú oblícua de arriba abajo, como sucede con las hernias escrotales; á veces el gran diámetro del tumor es transversal teniendo por lo tanto que darse á la herida esa direccion como sucederá con las inguinales directas,

oblícuas internas y sobre todo con las crurales, como lo hicimos en uno de los enfermos, que referimos en nuestra historia, y que presentaba una hernia crural derecha.

La incision comprenderá todo el espesor de la piel y deberá partir de un punto situado un poco arriba del sitio en que existe la estrangulacion. Este precepto ha sido formulado de la manera mas esplícita por Scarpa, Louis y Pott, á fin de poner la abertura abdominal á descubierto, lo que facilitará singularmente los otros tiempos de la operacion.

«Es una cosa de gran consecuencia, decia Louis, principiar la incision de la piel arriba de los anillos; y por falta de una gran incision, se ve algunas veces á los operadores mas espertos, demorar tanto en debridar el anillo que estrangula.»

Fácil es suponer la causa del inconveniente que en tales casos encuentran los operadores para debridar el anillo; pues el ángulo de la incision se encuentra muy abajo y llegar con el bisturí al anillo estrangulador se hace por lo tanto muy difícil.

Una buena incision, que pase superiormente el anillo, deja despues la parte herniada perfectamente á descubierto; deja bien espuesto el anillo y entonces hasta es inútil el uso de la sonda; un simple bisturí abotonado hace el debridamiento con facilidad sin el menor peligro, porque se ve sobre todo donde se está y lo que se hace.

Se prolongará la incision hasta el límite inferior del tumor, pues si no se toma esta precaucion se dejará una especie de fondo de saco donde el pus se acumularía y se alteraría en contacto del aire, pudiendo entonces dar nacimiento á complicaciones sérias.

Decir que la estremidad inferior de la incision debe llegar hasta el límite inferior del tumor, no quiere decir que en las hernias escrotales debe llevarse hasta su fondo. En esta parte se halla el testículo que como debemos suponer no forma parte del tumor.

Debido á esta falta de precaucion, á esta exagerada incision se han visto producir algunos accidentes, como ha sido el cortar los vasos espermáticos, cuando por casualidad ó anomalía se encontraban delante de la hernia.

La incision además debe dirijirse hácia adentro y así aunque la anomalía existiera se evitaría herir los elementos del cordon.

Tanto en las crurales como en las inguinales, aunque con mas frecuencia en estas últimas, la incision de la piel y del tejido celular subcutáneo divide tambien la arteria pudenda externa.

Evitar esta lesion es casi imposible, pues como sabemos ella se desprende de la femoral inmediatamente debajo del ligamento de Poupart y se distribuye á la piel del pene y del escroto, cruzando el cordon espermático cerca del anillo inguinal.

La herida de aquel pequeño vaso dá á veces una hemorrajia abundante. Este accidente no es alarmante, pues aquella generalmente se detiene por solo la compresion del vaso, por medio de los dedos de un ayudante.

En los casos en que la arteria fuera mas voluminosa que de costumbre, la simple torcion bastará para impedir la emision de sangre.

Una vez establecida la solucion de continuidad de la piel y tejido celular en una hernia inguinal, queda á

descubierto la aponeurosis que proviene de la fascia superficial del gran oblícuo, que viene á ser la mas espesa de las cubiertas del saco; se toma con una pinza para formar con ella un pequeño pliegue, se lleva el bisturí recto de lomo y con la punta se hace una pequeña abertura á través de la cual se deslizará una sonda acanalada que se dirije arriba y se conduce hasta un centímetro del anillo inguinal, dividiendose la fascia sobre la sonda; esta se dirije despues hácia abajo y se la divide en este sentido hasta la base del tumor.

Esta incision deja á descubierto el músculo cremaster, que en forma de membrana desciende del pequeño oblícuo y músculo transverso, el cual debe tambien dividirse de arriba abajo siguiendo el mismo procedimiento que para la incision precedente.

Algunos cirujanos condenan la práctica de incindir sucesivamente estas túnicas, invocando para esto que la operacion es larga y dolorosa.

La disposicion de los vasos del cordon que se hallan algunas veces separados los unos de los otros y esparcidos en la parte anterior del saco, justifica este proceder.

La division de las láminas que vienen despues de la piel merece las mas grande atencion y no debe ser hecha sinó con lentitud. Ellas no siempre tienen sus relaciones anatómicas normales, ni sus condiciones de estructura y de permeabilidad; son siempre distintas por lo que se pueden herir partes que uno debe respectar.

En estas circustancias, es en las cercanías del saco que empiezan las dificultades, pues así como en algunas hernias él no está separado de la piel sinó por

una lámina delgada, en otras hay que atravesar muchas líneas, algunos centímetros á veces de tejido para llegar hasta él. No es muy raro verse obligado á atravesar diversas capas lardáceas, ganglios linfáticos, á veces focos purulentos circunscritos ó entre dos capas encontrar una serosidad enquistada.

Una vez vimos operar una hernia, en cuyas cubiertas ántes de llegar al saco, se encontraban varias placas adiposas interpuestas, que el cirujano sin turbarse siguió incindiendo; creimos aunque despues nos convencimos del error, que aquellas no eran sinó los apéndices del epiplon; en la hernia crural casi siempre basta incindir la piel y la fascia superficial para encontrar el saco.

Tales son los procedimientos mas razonables y que llenan todas las buenas condiciones del primer tiempo de la operacion.

Sin embargo á pesar de su gran sencillez, como en todas las cosas no han faltado tambien aqui, quienes hayan propuesto sus modificaciones.

Guerin entusiasmado con la tenotomía hace un pliegue de la piel, donde entierra la punta de un bisturí recto, que lo profundiza hasta llegar al anillo estrangulador, en seguida lleva el tenotomo y debrida.

No podemos concebir como siguendo esta práctica, se puede llegar á conocer hasta donde hiere el instrumento, como llega á la coartacion y sobre todo como se evita herir el intestino.

Hacer un ojal en la piel para terminar la operacion con el tenotomo es un método, que en este caso en que se requiere sobre todo ver lo que se hace, es nada aplicable.

No conocemos ningun cirujano que haya aconsejado ó seguido la práctica de Guerin.

V.

Abertura del saco.

La abertura del saco comprende el segundo tiempo operatorio.

Han habido y aun hay cirujanos si bien en escaso número, que se limitan á debridar las partes estranguladas para despues reducir la hernia sin abrir el saco. Esta práctica, es cierto, ha dado algunos sucesos, pero la historia de la herniotomía nos cuenta tambien que ha tenido numerosos reveses.

Franco fué el primer cirujano que ejecutó la operacion respetando el saco, reconociendo sin embargo que ella era solo aplicable en casos especiales que A. Paré y Ledran sus prosélites, limitaron á las hernias recientes.

Otras notabilidades quirúrgicas como Petit, Cooper y Key se mostraron partidarios de ella, adoptándola en la generalidad de los casos.

Poco tiempo duró aquel entusiasmo en el gran cirujano de los tiempos modernos; mas de una vez tuvo que arrepentirse de haber hecho renacer el proceder olvidado de Franco y veinte años ántes de su muerte Petit renunciaba completamente á proseguir aquella práctica, lamentándose no haber ántes reconocido su error y convenciéndose de tal manera de la necesidad que habia siempre de debridar el saco, que le llamó *el libro de la verdad* para decir que solo con su abertura se sabría lo que el contendria.

A pesar de la autorizada opinion de Petit, desde entonces se ha seguido discutiendo la conveniencia de uno y otro método.

Diday es el cirujano del dia, que con mas vigor ha sostenido la conveniencia del proceder antiguo; para él entre este y la maniobra del taxis no hay diferencia alguna, y como la quelotomía casi siempre mata por la peritonitis y el taxis no la produce, el método de Franco debe siempre preferirse, y en apoyo de estas ideas vienen los hechos que Diday encuentra en la práctica de otro cirujano. Bonnet opera nueve herniados sin abrir el saco y solo mueren dos, y en siete otros que no pudo efectuar la reduccion y practicar la abertura del saco se le mueren cuatro.

¿Son suficientes estas pruebras para levantar del olvido y revindicar un método quirúrgico, desechado por la práctica y reprobado aun por sus caracterizados protagonistas?

No lo creemos, y los hechos citadas por Diday y basados en las observaciones de Bonnet no nos parecen convincentes. No sabemos si los nueve primeros operados lo fueron á los pocos momentos de la estrangulacion, en que son mayores las condiciones para el buen suceso, ni en que consistia la coartacion, ni el estado en que se encontraban los otros siete individuos en que hubo necesidad de abrir el saco.

Por temor de la peritonitis se quiere evitar herir el saco y en cambio cuantas inflamaciones del peritoneo, serán producidas por respetar esa membrana!

Bajo el punto de vista práctico se puede decir que el saco herniario es independiente del peritoneo y que su herida ninguna influencia puede tener en la vitalidad de aquella serosa. El cuello del saco ó se halla estrangulado ó estrangula; en el primer caso, indudablemente la causa que estrangula establece una separacion de aquellas membranas, un límite de tejidos, una bar-

rera que hará desaparecer la continuidad que ántes existia y por lo tanto la trasmision de sus alteraciones vitales; en este caso la herida del saco no podria sinó producir ventajas, pues por efecto de la estrangulacion misma, la red sanguínea de sus paredes se hallaría ingurgitada por causa de la estancacion de sangre que se vaciaría y desaparecerian sus efectos una vez producida aquella.

A. Petit siempre tan observador, le llamaba mucho la atencion, de que las operaciones para la cura radical de las hernias en general, no fuesen tan felices como las de la hernia estrangulada, confesando encontrar algun embarazo para poder dar una esplicacion satisfactoria; á pesar de hacer notar que en una se heria el peritoneo en su estado fisiológico y en la otra un fragmento de él, ingurgitado y doloroso; fenómenos que desaparecian por su incision y por lo tanto sus consecuencias: el mayor aflujo de sangre, la inflamacion.

Esta opinion de Petit, aunque traducida segun las ideas hipocráticas que sobre la inflamacion prevalecian todavía en esa época, nos parece ser una argumentacion indestructible contra las pocas pruebas que dan los sostenedores de la quelotomía sin abertura; hay que advertir que Petit ha sido tal vez el cirujano que ha operado mas hernias estranguladas.

Si el saco es el que estrangula, con mas motivo se establecerá la independencia entre las dos serosas, pues aquí la coartacion se establece por la formacion de un anillo constituido por tejido fibroso hecho á espensas de la membrana serosa y que con mas razon deslindará su primitiva continuidad. En este caso tambien creemos que ningun cirujano se abstendria de cortar el saco para debridarlo; de otra manera se cometería un

gran error, pues no se llenaria el objeto capital de la operacion y se reduciria á la cavidad del abdómen el órgano estrangulado, siendo las consecuencias indudablemente funestas.

Seria reprochable en todo operador el seguir semejante conducta; no pertenece al elevado propósito á que está destinada una operacion quirúrgica, el que despues de haberla empezado, se lleve á una cavidad sumamente delicada un órgano cuyo estado no se conoce, por solo el temor de rasgar una ténue membrana, cuya importancia y delicadeza no es mayor que las que ántes se han herido.

¿Qué consecuencias no traeria un intestino ó epiplon que se hallasen esfacelados ó degenerados y se redujeran á la cavidad abdominal? ¿Cuántas veces el intestino se encuentra dislacerado ó herido y una vez reducido produciria una espansion estercorácea que traeria accidentes irremediables? ¿Cuántas otras el saco es el depósito de una cantidad de serosidad purulenta y otros líquidos irritantes, que en contacto del peritoneo serian otra causa evidente de muerte?

Otra ventaja que se quiere dar á este procedimiento, es que el debridamiento fuera del saco, en caso de herirse la epigástrica, no se haria la hemorrajia dentro de la cavidad del peritoneo y la salida de la sangre advertiria el accidente producido.

Son tan raros estos accidentes hoy, que se ha llegado á perfeccionar tanto ese tercer tiempo de la operacion, que nos parece pesar poco en pró de una doctrina que presenta tantos inconvenientes.

Otros operadores encuentran la superioridad en el método que consiste en no abrir el saco, en que se puede así evitar su confusion con el intestino. No

quisieramos interpretar mal el sentido de esta ventaja, pues nos parece que en este caso seria mas para la reputacion del cirujano, que para el éxito de la operacion.

Que abra el intestino por el saco, llegará á ser para él un momento muy desagradable, sobre todo cuando hay otros presentes que no ignoran el valor de aquel error; mientras que si se reduce órgano y saco en conjunto, no se aventura sinó un método aconsejado por otras autoridades quirúrgicas y que con seguridad no traerá ningun contratiempo durante la operacion.

Estas razones como las otras carecen de suficiente valor; primeramente, porque raras son las circunstancias en que el intestino presenta una superficie que tenga alguna semejanza con la del saco, y segundo, porque la herida intestinal dado el caso que fuese producida, los accidentes que pudiera determinar, podrian hasta cierto punto evitarse.

En los casos de desconocerse el intestino y en el que este haya sido tomado por el saco herniario, con mas frecuencia sucede que ántes de haber atravesado el instrumento cortante la capa profunda de sus paredes, el cirujano reconoce su error y se detiene ántes de haber perforado el órgano. En este caso el accidente es insignificante.

Pero supongamos que el operador haya llevado hasta el fin, las consecuencias de su error, que él haya abierto el intestino y las materias fecales escapándose entre sus dedos le adviertan su falta. Este mismo accidente no será tan perjudicial al enfermo como lo será á la reputacion del cirujano, siempre que la conducta que despues se observe, sea racional y no se convierta en un nuevo motivo de reproche.

No comprendemos como algunos autores han podido en estos casos dar consejos que la sana razon rechaza. Nos dicen que si la herida del intestino es pequeña, debe reducirse y si tiene algunas dimensiones, suturar y reducirla.

Con semejante conducta, podemos agregar que la terminacion del operado no solo será dudosa sinó que en la mayoría de los casos será fatal.

En efecto, no es la herida del intestino que nos parece en estos casos desgraciados la causa de la muerte, pero si, la conducta que se ha seguido. ¿Por qué una vez que hemos cometido el error, no dejamos las cosas como antes se hallaban, buscando á formar un ano preternatural y no que tratamos de cometer otra falta aun mayor, aventurando producir un derrame de las materias intestinales en la cavidad peritoneal?

Petit en cuyas obras se encuentran tantos ejemplos preciosos para la práctica quirúrgica, nos relata una historia que nos prueba el valor de esa conducta en semejantes lesiones. Un charlatan corria la Francia, dejando en cada punto una gran fama por los éxitos numerosos que tenia en la cura de la hernia estrangulada. Varios enfermos en quienes los médicos ya no encontraban otro recurso que practicar la quelotomía, eran curados por aquel empírico. Petit ávido siempre de llegar á la verdad, se disfrazó y entró como aprendiz de aquel; y ¿cuál no seria su sorpresa al ver que el método operatorio que empleaba, era introducir un postemero en el tumor como quien abre un abceso, creando un ano artificial?

Este ejemplo vulgar, nos enseña demasiado cuál será la conducta que debemos observar en semejantes accidentes.

En fin, el segundo tiempo operatorio es insignificante bajo el punto de vista del peligro que puede correr el enfermo, y consiste en reconocer el saco y abrirlo.

Aunque creemos como lo hemos demostrado, que la herida del intestino no es de tanta gravedad como lo creen algunos, sin embargo debe tratarse en lo posible de respetarlo.

El operador que ya ha incindido varias hojas membranosas, llega por fin á la última que le exije un exámen especial.

El saco con generalidad se le presenta bajo el aspecto de una membrana delgada, transparente, sin vascularidad al través de la cual distingue el intestino, el epiplon ó un líquido; si cierra un pequeño pliegue entre las ramas de una pinza y lo eleva, observará que su cara interna se desprende con facilidad, pues sus adherencias son raras. Las adherencias del saco se hacen sobre todo en el cuello, lo que casi nunca sucede con el intestino; el intestino se halla libre en toda su superficie, esta es lisa y cubierta de ramos vasculares.

En este tiempo de la operacion, la seguridad debe anteponerse á la celeridad.

De dos maneras se puede abrir el saco; la primera que es la mas generalizada y la que hemos visto siempre practicar, consiste en tomar con la pinza un pliegue y hacer penetrar en este la punta del bisturí que se habrá llevado horizontalmente; inmediatamente sale una serosidad y en caso de hernia seca, la resistencia vencida dará á conocer que se ha perforado su pared, lo cual viene á ser corroborado despues de retirar el instrumento, por la formacion de una pequeña hernia producida por la pared del intestino.

Se lleva por esta abertura una sonda que se desliza como dos centímetros, tratando de elevar su estremidad de manera que la membrana quede tensa formando un ángulo diedro, pues así se tendrá la seguridad de que no se interponga entre la sonda y el saco un pliegue intestinal; en seguida se desliza por la ranura de aquel instrumento el bisturí recto.

El otro método para abrir el saco, consiste en tomar el bisturí convexo como un arco y cortar sucesivamente capa por capa hasta llegar á perforarlo.

Este proceder es espedito pero peligroso, y en todos los casos debe preferirse el primero.

Una vez que se haya establecido una abertura como de un centímetro, esta debe aumentarse hasta los límites de la primera incision tegumentaria, usando para esto de la misma sonda.

Es preferible hacer penetrar el dedo índice cuya pulpa guiaría la rama de una tijera, que en esta parte reemplazaria con ventaja al bisturí y daria mayor seguridad.

Hemos dicho que la incision debe llevarse hasta los límites de la herida de los tegumentos; esto debe hacerse sobre todo abajo; arriba si la incision de las otras membranas ha sobrepasado la de los anillos, entonces aquella debe limitarse hasta esta última altura, pues sin pensarlo se podria en este tiempo, ejecutar el tercero en que se debe seguir otro método.

No siempre es fácil este segundo tiempo de la operacion, pues á veces se encuentra el operador en presencia de complicaciones aunque no frecuentes, pero que pueden producir algun embarazo y vacilacion.

El saco se encuentra fuertemente adherido al intestino; ¿qué hacer?

Recordaremos que cuando cursabamos clínica quirúrgica hacen dos años, un italiano anciano que ocupaba el lecho núm. 30 de la sala, falleció á consecuencia de una hernia escrotal derecha de gran magnitud y que se hallaba con tres dias de estrangulacion.

La gravedad que presentaban los síntomas generales, hicieron que el profesor sustituto se abstuviera de operarlo.

Al hacer nosotros la necropsia, la hicimos siguiendo las reglas de la quelotomía y debemos felicitarnos de ello, porque encontramos anomalías patológicas bastante curiosas y que nos ponian en guardia para otros casos semejantes. Nos acompañaba nuestro condiscípulo el Dr. Perez.

Llegamos al saco cuya superficie exterior se hallaba normal, la que comprimimos para constatar el deslizamiento de aquella membrana sobre la superficie visceral y ¿cuál seria nuestra sorpresa al sentir que las materias intestinales producian gorgoteo penetrando al vientre y que aquel formaba cuerpo con el intestino?

Llevamos el bisturí convexo sobre aquella membrana y fuimos incindiendo capa por capa hasta llegar á un punto, en que encontramos tejido celular laxo, debajo del cual percibimos la túnica peritoneal del intestino, que disecamos; la adherencia era completa, pero no muy enérgica; el intestino se componia de cuarta y media de colon ascendente completamente sano, sin estrangulacion, pues su contenido circulaba perfectamente; fuimos separando el saco del colon hasta llegar al anillo por el cual salia la víscera, allí encontramos entre las dos ramas del colon un fragmento de intestino delgado, como de cuatro pulgadas que se hallaba estrangulado y que fué indudablemente el orígen de la muerte.

La abertura por donde salia el colon, tenia cuatro centímetros de diámetro; sobre sus bordes laterales se hallaban adheridas la estremidad superior é inferior del fragmento de colon, entre las cuales se hallaba otra abertura estrecha perfectamente circunscrita, formada de elementos plásticos producidos por el anillo y paredes del colon, debidas probablemente á una antigua inflamacion; al través de aquella abertura que constituia el vínculo estrangulador, se insinuaba el intestino delgado.

Es el único caso de adherencia al saco que en nuestra corta práctica hemos visto, y no hemos oido decir ni leido que se haya observado una disposicion tan singular entre los elementos de una hernia.

Aquella era una hernia antigua no contenida, de treinta años de existencia.

¡Qué de dificultades hubiera encontrado el cirujano en semejante caso, si hubiese tratado de efectuar la herniotomía!

Esta complicacion por fortuna no es frecuente, y lo que mas lógicamente puede hacerse, lo indicaremos en el siguiente tiempo de la operacion.

VI.

Debridamiento del ajente constrictor.

Este tercer tiempo de la operacion, constituye su parte capital.

La herniotomía no llena su objeto hasta que destruye el lazo estrangulador, orígen de todos los trastornos

del organismo, los que desaparecen en el acto que cesa su accion.

A pesar de la benéfica mision de esa parte, ella ha sido calificada la mas peligrosa y delicada.

Herir una arteria de tercer órden, ha sido reputado un accidente sumamente sério, y mas aun, cuando ella se halla colocada en profundidades en que una maniobra presenta algunas dificultades.

Si hacemos un exámen detenido de la historia de esta operacion, veremos que estos temores no son del dia y vienen de una época remota, habiendo sido en todos tiempos objeto de la mas séria atencion por parte de cirujanos notables.

Como en la abertura del saco, el tercer tiempo de la operacion ha sido bastante discutido, se han propuesto mil modificaciones, se han formulado doctrinas en cuyas banderas no han dejado de haber sus adeptos.

La hemorrajia solo se produce en el debridamiento, se ha dicho; suprimiendo este, el accidente no tendrá lugar, y de aqui nació un método: reducir sin debridar. Tomar el bisturí para hacerle hacer un trabajo tan inútil, mas valía no haberse acordado de él, pues no vemos en este proceder sinó un taxis forzado con todas sus consecuencias y adicionado con un traumatismo.

Felizmente raros son los adictos á esta doctrina.

Se ha imajinado dilatar el nudo sin herir; Theverim, Arnaud y Leblanc son los protagonistas de este método, y para esto han inventado diversos instrumentos como son, el cilindro y el goryerete doble que se abre como una pinza.

No conocemos las ventajas que han obtenido aquellos operadores, pero estamos seguros que han de haber sido escasas. Los anillos fibrosos son tenaces y nada

susceptibles de dilatar sin desgarrarse, y para que esto suceda ¿en qué estado deplorable quedarán los órganos interpuestos entre el instrumento y los bordes de aquellas aberturas? ¿á cuántas violencias, contusiones y heridas se verán ellos espuestos?; todos estos inconvenientes han hecho quedar en el olvido la dilatacion, á pesar que últimamente el eco de una autoridad quirúrgica se ha hecho aun oir á su favor. Pero el Sr. Truestedt cuenta con pocos imitadores.

Si fuese posible conocer el número de peritonitis producidas por solo el temor de debridar, llegariamos seguros á la consecuencia de que el proceder guiado por el benévolo deseo de evitar una hemorrajia, producia mayores accidentes.

Efectivamente, aquel pavor ha producido en todas las épocas consecuenciss fatales, debido segun algunos autores, á que los jóvenes operadores en sus primeros tiempos abrazan ciegamente ese proceder, hasta que los insucesos les demuestran su verdadero valor.

Como para algunos el objeto principal de la operacion, es hacer penetrar la víscera á su cavidad, un temor á medias consigue llevar el bisturí para solo rozar el anillo constrictor; esta primer palabra del abotonado casi siempre es la última; el órgano á su pesar será forzado á entrar.

La práctica de incindir y reducir sin debridar lo necesario, debe ser rechazada sin escepcion; ella no conduce sinó á llenar un objeto no solo inútil pero mas aun perjudicial y que siempre es irremediable.

Analizar y refutar doctrinas propuestas por cirujanos que han llegado á figurar al menos en el mundo científico, parece que no debe pertenecer á nosotros que todavía estudiantes, tendremos que serlo,

ántes de poder acercarnos algo al último de ellos, pero deben disculparnos nuestros maestros; la mas sana intencion nos ha llevado al llenar esta obligacion; no es por pretensiones sinó tal vez por un vicio adquirido á causa de las liberalidades de nuestra escuela, que desde algun tiempo ha desterrado la antigua máxima *magister dixit*; esto es lo que nos hace ser eclécticos y racionalistas, circunstancia indispensable para el estudio de la medicina y que nos conduce á no admitir sinó aquello que la práctica y la razon, nos dice que debemos aceptar.

En este caso la práctica es muy limitada y solo se halla fundada en nueve observaciones, pero buscaremos en otras fuentes los elementos necesarios en apoyo de la conviccion, que tenemos de que el debridamiento debidamente hecho, no puede producir hemorrajias.

En aquellas nueve operaciones, no hemos visto producirse un accidente de esta naturaleza, y debemos advertir que los debridamientos no pecaban por defecto; tampoco hemos oido á nuestro profesor de clínica que cuenta en su práctica con numerosas quelotomías, le haya alguna vez sobrevenido, y el método que él ha seguido es siempre debridando, pues ni le hemos oido mencionar la dilatacion forzada.

Pocos son los autores, que nos dan estadísticas sobre esta clase de accidentes; otra prueba de no ser muy comun, es que Gosselin en 66 operados solo tuvo una hemorrajia, y esa fué producida por la arteria espermática que se hallaba desviada de su direccion. Richet nos dice, que en las innumerables operaciones que se practican en los hospitales de Paris, las heridas arteriales son muy raras.

Sin embargo, cirujanos notables como Roux cuentan en sus debridamientos con algunas hemorrajias; pero si investigamos sus causas veremos que dependen de sus procederes que segun nos los espone Richart, eran defectuosos. Indudablemente el error de Roux era querer que en aquel tiempo hiciera mas la mano que el bisturí.

Pero supongamos que una mala direccion del instrumento, una anomalía, un caso imprevisto produjera la herida de una arteria; ¿podemos acaso comparar este accidente con una peritonitis, en que el elemento morboso es puramente vital, y en que los medios para combatirla son tan inseguros, mientras que á aquel otro elemento simplemente mecánico, una ligadura en masa, es lo suficiente para hacerlo desaparecer?

Todos los medios que tratan de evitar la hemorrajía, son casi siempre causas activas de peritonitis; pero en compensacion, á los ojos del vulgo y tal vez de algunos científicos, la herida de una arteria es un error, que pesa mas á la reputacion del cirujano que los otros medios de accion, que sordamente van á producir una inflamacion mortal.

Dos circunstancias solo conocemos que obligen al cirujano á eliminar el tercer tiempo operatorio y es cuando la estrangulacion está producida por el anudamiento de una ansa intestinal, ó bien porque el epiplon se ha arrollado al rededor de ella.

En estos casos efectivamente la sola indicacion que habria que llenar, seria desligar la atadura del epiplon ó de las circunvoluciones intestinales para volverlas á colocar en su estado normal. Pero estas causas son estremadamente raras.

Hay otros autores, que dicen que el debridamiento es

un tiempo grave de la operacion, porque el intestino enfermo puede perforarse al menor toque del operador.

Esta es una verdad, con la circunstancia de que el estado morboso del órgano herniado es mas intenso al nivel de la estrangulacion, y el esfuerzo de las presiones necesarias para el debridamiento puede desgarrar con facilidad un órgano, que de antemano se hallaba reblandecido. Este accidente seria estremadamente grave, si felizmente no fuese raro.

¿Cuál es el método mas ventajoso para efectuar este tiempo de la operacion?

Franco y los autores de su tiempo opinaron que todas las hernias se formaban por la ruptura del peritoneo, y que los bordes de esta producian la estrangulacion ellos practicaban el debridamiento de aquella membrana. Mas tarde vino la teoría de la estrangulacion por los anillos, y este tiempo operatorio solo debia ocuparse en debridarlos; despues se demostró que el cuello del saco es el ajente, que juega con mas frecuencia el rol decisivo en la estrangulacion herniaria.

En circunstancias escepcionales, señalaremos como ajentes de estrangulacion, bridas fibrosas antiguas implantadas en el saco por sus dos estremidades, el epiplon perforado por el ansa intestinal, el saco desgarrado en una de sus partes cuya abertura estrangula el intestino.

En todos estos casos, la incision del ajente constrictor constituye la maniobra decisiva, que debe hacer cesar la estrangulacion.

Los anillos y sobre todo el cuello del saco, son los ajentes estranguladores mas comunes, la direccion que en ambos casos debe darse á la debridacion, depende del conocimiento anatómico de la parte que estrangula.

El saco con frecuencia se adapta perfectamente á los anillos; debridando el saco, participarán aquellos del debridamiento; en todos los casos será necesario conocer la topografía de aquellas aberturas, para saber donde debe conducirse el bisturí.

Hemos abierto el saco y se nos presenta la víscera herniada; nuestra atencion se dirijirá en seguida al vínculo constrictor que se revelará mas por el tacto, que por la simple vista. El dedo índice es el que mejor se adapta á este medio de esploracion, el nos indicará su sitio: si ella es profunda ó periférica; llevará mas adelante sus servicios, nos dirá si el intestino está libre ó con adherencias, y segun Maisoneuve, puede revelarnos hasta el punto en que se halla un vaso arterial.

Efectuado esto, no falta sinó guiar el instrumento cortante y hacerlo desempeñar su rol.

Un escalpelo recto y abotonado en que por medio de una tira emplástica solo se deja cortante un centímetro de su estremidad, suple siempre al bisturí abotonado de Cooper, de Pott y cualquier otro instrumento para el objeto.

Hemos visto á nuestro profesor de clínica guiar siempre el bisturí de Pott sobre la pulpa de su dedo índice; esta práctica nos parece muy ventajosa, aunque una vez presenciamos la herida del intestino, en el momento que el debridamiento se hacia sobre la sonda acanalada.

En las esperiencias cadavéricas, nos hemos convencido que es lo mas fácil que la ansa intestinal se coloque entre la sonda y el instrumento cortante.

Hay circunstancias en que la coartacion es profunda como sucede en el anillo interno, y siendo el conducto

estrecho, el hacer penetrar el dedo, espondria á que se contundiese y dislacerase el intestino; en estos casos la espátula acanalada de Vidal hace desaparecer aquella dificultad de la manera mas ventajosa; se lleva de plano su cara convexa que debe estar en relacion con la pared intestinal, y se introduce hasta que un centímetro de su estremidad pase la constriccion: con ella se deprime el órgano, y en seguida se desliza el escalpelo formando un ángulo muy agudo con la espátula, su lomo siempre en relacion con la ranura de este instrumento, se deprime otra vez y se levanta el escalpelo de manera que quedando perpendicular su filo toque el borde de la estrangulacion.

¿Qué direccion debe darse al debridamiento?

En la region inguinal, existen tres puntos donde se forman los orificios en que deben producirse las hernias; en la region crural solamente uno.

El conducto inguinal, es oblícuo de fuera adentro, de arriba abajo y de atras adelante, tiene cuatro centímetros de longitud y se halla formado entre la pared abdominal inferior que solo tiene dos centímetros de espesor. Este conducto tiene dos orificios uno anterior y otro posterior; el primero se encuentra inmediatamente fuera de la cresta del pubis, formado por la separacion de dos porciones del ligamento de Falopio y que componen los pilares; el posterior corresponde al punto medio que existe entre el ángulo del pubis y la espina iliaca ántero-superior; el anterior está en relacion con un órgano importante, el cordon espermático; el posterior además de esta relacion tiene el de la arteria epigástrica, que costea á pocos milímetros su borde interno.

Como á un centímetro de esta arteria, y hácia adento

se encuentra, siguiendo una direccion vertical, la arteria umbilical, que casi siempre se halla obliterada; mas hácia adentro y á igual distancia, se encuentra el borde externo del músculo recto anterior del abdómen; es decir, que en aquella region y en su cara interna se encuentran tres columnas que forman el relieve de tres cordones paralelos y casi verticales, y que si se colocase sobre ellos una tela, que en este caso estaria representada por el peritoneo, se plegaria entre aquellos canales y determinaria la formacion de tres fosas. La retropulsion de las vísceras y el desgaste ó separacion de las fibras que componen el fondo de aquellas fosas, puede dar salida á los órganos abdominales y formar las tres especies de hernias que se conocen en aquella region. La que sale por la fosa fuera de la epigástrica, se llama hernia inguinal oblícua externa; esta como recorre un canal ya formado, que se continúa hasta el testículo, desciende siempre hasta el escroto, costeando la base y pared interna de su cuello el cordon espermático; la que se halla en el medio entre la epigástrica y umbilical denomínase, hernia directa ó inguinal media; la interna entre la umbilical y borde externo del recto anterior, hernia oblícua interna.

Es decir que la oblícua externa ó escrotal, se halla en relacion en el anillo posterior como á cuatro ó tres milímetros por dentro con la arteria epigástrica y por debajo con el cordon. La directa ó media por dentro con la umbilical, por fuera con la epigástrica y la oblícua interna por fuera con la umbilical.

En el anillo anterior las tres tienen las mismas relaciones, es decir, por debajo con el cordon. Estas lijeras consideraciones anatómicas se refieren á las hernias inguinales.

En los seis años que hemos permanecido en el hospital, solo tuvimos ocasion de ver una hernia crural, que es la que primeramente operamos y no se nos ha presentado oportunidad para estudiar su anatomía patológica. Sin embargo, conocemos los puntos predilectos para su formacion.

El ángulo entrante formado por el borde anterior del hueso iliaco, es completado en triángulo por el ligamento crural, que de la espina iliaca anterior superior se estiende hasta la cresta del pubis.

Estos bordes determinan una abertura que haria comunicar la cavidad abdominal con el exterior, sinó estuviera obturada por varios órganos.

El ángulo externo de este triángulo se halla ocupado por el psoas iliaco, el inferior por el pectíneo, y el interno por la porcion refleja del arco crural: el ligamento de Gimbernat, quedando en la parte media del triángulo, un espacio pentagonal ocupado por una aponeurosis, la fascia cribriforme penetrada por aberturas donde pasan los vasos y nervios crurales, que ocupan el lado externo.

El espacio comprendido entre estos vasos y el ligamento de Gimbernat solo está cubierta por un segmento de aquella apeneurosis, quedando por lo tanto mas débil y siendo el punto de predileccion en que se producen las hernias crurales.

Los órganos repelen aquella apeneurosis, ó dilatan una de sus aberturas vasculares, ó la rasgan para salir y colocarse debajo de la piel, y el cuello de estas hernias estará en relacion por abajo y afuera con los vasos femorales, por fuera y arriba con la circunfleja iliaca, por arriba y por dentro se encontrará el cordon colocado sobre el ligamento de Gimbernat, cuyo borde

esterno se halla con alguna frecuencia costeado por la arteria obturatriz.

Estas lijeras y mas necesarias nociones anatómicas, nos darán una idea de la direccion que debemos dar al bisturí en el debridamiento.

En la inguinal, si es oblícua esterna, por dentro tendremos la epigástrica y el debridamiento será dirijido afuera; si es oblícua interna, la umbilical hallándose cerca de su borde externo obligará á conducir el bisturí hácia la parte interna; si es directa que se encuentra entre dos arterias verticales, se debridará hácia arriba.

En ninguna de estas tres especies de hernias, el bisturí será llevado abajo donde se encuentra la arteria espermática y demas elementos del cordon, y todas estas reglas solo deben seguirse siempre que la estrangulacion dependa del orificio posterior.

En cuanto á la crural, cada cirujano lleva el bisturí donde le parece, de tal manera, que no hay punto en la circunferencia de la estrangulacion, en que algun operador no haya aconsejado el debridamiento. Pott quiere que sea el borde posterior del ligamento de Poupart; Gimbernat sobre el ligamento que ha conservado su nombre, declarando que las ventajas de ese debridamiento, consistian en que el borde cortante del bisturí seguia una direccion paralela á los elementos del cordon espermático; unos arriba y afuera, otros arriba y adentro. Scarpa, Boyer, Lawrence debridan simplemente hácia adentro. Cooper da tambien un método debridando el anillo esterno sobre el ligamento de Falopio, despues corta el anillo profundo, si es que allí existe la coartacion dirijiendo el cortante del bisturí hácia el ombligo.

Estas divergencias de opiniones, estos métodos tan contrarios, propuestos y defendidos con teson por las primeras notabilidades quirúrgicas, hacen vacilar y perder la firmeza al nuevo operador y de ahí el orígen del pavor que se despierta para efectuar el debridamiento, pues á pesar de que la cirujía está basada en los conocimientos anatómicos, no faltan las teorías, que muchas veces fundadas en errores, aparecen mas ó menos luminosas.

Escuchemos todos estos pareceres, pero admitámoslos con reserva; disequemos mucho, formemónos una idea perfecta del contenido del libro humano, y obremos segun nos dicten los conocimientos que sobre él hayamos adquirido.

No es solamente la herniotomía de la crural en la que se ha querido complicar la práctica de su debridamiento; la inguinal con sus especies no ha escapado de la influencia de producir variantes en cada método operatorio.

Allí tambien los anillos se encuentran vulnerados por todas partes.

La hernia inguinal media, parecia que solo se hallaba sujeta al debridamiento superior, pero una vez se produjo una hemorrajia, se vió una anomalía en que la obturatriz partia de la epigástrica, y desde entonces se trató tambien de cambiar la direccion del bisturí.

Todos estos inconvenientes quedan allanados por un nuevo procedimiento, que indudablemente es el mas ventajoso de cuantos se conocen, este es, el debridamiento múltiple.

Vidal fué muy feliz al proponer y generalizar un método, que venia á salvar todas las dificultades y divergencias; método que se adaptaba á todas las

opiniones produciendo mayores ventajas y menos temores á los accidentes.

Porque estos últimos no deben limitarse á la herida arterial; muchas veces se conoce perfectamente la topografía de la region llevándose el bisturí al lado opuesto en que existe un vaso, pero si la abertura no ha quedado suficientemente grande, se sigue incindiendo en el mismo lugar, olvidando el peritoneo del que si bien su herida no nos parece de tanta gravedad, debe evitarse en lo posible.

Franco, Paré, Corvillard, Garengeot y Desault debridaban anchamente, haciendo una gran abertura. La práctica moderna ha encontrado en aquellos procederes inconvenientes y hoy corta moderadamente y en muchas partes.

Evidentemente, hoy dia entra en gran parte la rareza de las hemorrajias y otros accidentes inmediatos de la operacion, por la práctica que se sigue en el debridamiento, haciéndolo múltiple.

No importa ya que la arteria epigástrica se encuentre hácia adentro ó hácia afuera del saco herniario; como siempre ella dista algunos milímetros de los bordes anulares, un pequeño debridamiento no puede lesionarla.

No hay tampoco inconvenientes de hacerlos arriba aun cuando exista la anomalía de la arteria obturatriz, ó abajo, pues se halla en las mismas condiciones anatómicas que aquella otra.

Lo mismo sucederá con la hernia crural; afuera y abajo tendrá la femoral, arriba el cordon testicular, atrás la obturatriz, cuando anormalmente parte de la epigástrica; todos estos inconvenientes se evitarán, haciendo como ya lo hemos dicho, en la inguinal debrida-

mientos cortos y numerosos, y al mismo tiempo aunque en pequeña escala lo que hacia Desault, Rudtoffer, Autenrrieth, Gimbernat, Cooper, etc. etc.

Sin embargo los conocimientos anatómicos de la rejion no serán inútiles aquí; ellos nos proporcionarán la ventaja de llevar estos debridamientos en mayor número y magnitud, en aquellos parajes en los que de antemano sabemos que no existe un vaso y asi podremos con una seguridad casi absoluta, asegurar que no tendremos hemorrajia.

Otra ventaja tiene el debridamiento múltiple; casi toda la circunferencia del anillo la habremos convertido en una superficie traumática, que supurará y se cubrirá de botones carnosos, que pronto se convertirán en tejido inodular, obliterando la abertura y ofreciendo á las vísceras una resistencia mas fuerte, como no lo habrian hecho los tejidos naturales.

Al enfermo Constancio Bonllum, del que nos ocupamos en una de nuestras historias, pudimos verlo á los 6 meses de operado, que trabajaba sin usar braguero y sin dejar vestigios, que revelasen que el conducto crural hubiese quedado beante.

¡Qué cantidad de vegetaciones carnosas no tendria el enfermo Pedro Salvadera, de quien en otro lugar daremos la historia, cuando á los diez dias de la operacion por influencia del delirio alcohólico, se levantaba de la cama para correr por la sala, sin que sus vísceras salieran del vientre á pesar de haber tenido una hernia de cincuenta años!

Ya sabemos como debemos conducir el bisturí y en que puntos dirijirlo, solo nos falta hacer que produzca su accion.

La mano no servirá sinó para sostener su mango,

y darle fijeza; el dedo guiador comprimirá su lomo y el instrumento cortará solo por la presion á que se le someta, calculando no cortar en cada punto mas de dos líneas.

Este precepto es de alta importancia.

Si recordamos la disposicion anatómica que ofrecen los vasos en la economía, veremos que en todas partes ellos se hallan envueltos por un tejido celular laxo, que facilita notablemente su locomocion, cuando se le sujeta á la mas simple presion.

Llevando el bisturí de esa manera, si se coloca el cortante delante de la arteria, como ella casi flota sin tener un punto de apoyo, aquel no hará mas que rechazarla; no sucediendo asi, si con la mano comunicamos á aquel instrumento un movimiento de vaiven, de frote, ó de sierra, que irremediablemente, si toca el vaso, le herirá.

Hay circunstancias en que el debridamiento detiene al operador, sin saber que partido tomar; esto es cuando el pedículo de la víscera se halla sumamente adherido al cuello del saco, que es el que produce la estrangulacion.

En este caso, ¿qué hacer? abrir el intestino como aconseja Arnaud para en su cavidad introducir el instrumento debridador, nos parece una práctica poco sensata, pues seria lo mas fácil que las materias fecales se abriesen paso á la cavidad peritoneal; ni aun el debridamiento múltiple no podria ser aconsejado en semejante caso, pues las túnicas intestinales siendo de tan poco espesor, pronto quedarian perforadas.

Nos parece que lo mas prudente, será buscar el punto menos adherente para descubrir y debridar fuera del intestino.

Puede hasta disecarse un poco del saco para separarlo de la superficie del órgano y llegar asi hasta la coarctacion; esto seria si las adherencias fuesen nuevas y poco ó nada organizadas, que en caso contrario, es preferible llegar á ella de fuera hácia adentro.

En caso semejante y si la estrangulacion fuera interna, prefeririamos antes de abrir el intestino, incindir arriba del arco crural y separando el peritoneo parietal llegar á ella debridándola tambien de fuera hácia adentro.

Alguna vez puede ser que suceda por una causa imprevista, aunque como ya lo hemos dicho es muy raro, que un pequeño vaso se interese y una hemorrajia se pronuncie.

En estos casos se ha visto el taponamiento producir buenos resultados á Boyer, pero una ligadura en masa es preferible; si esta ofreciera dificultad y la hemorrajia inquietase algo presentando formas alarmantes, creemos que ir á buscar la epigástrica, segun el plan operatorio aconsejado, es decir, por encima del ligamento de Falopio para ligar sus dos estremidades, seria lo mas racional. Mientras se practicase esto un ayudante comprimiria con el índice el vaso lesionado.

VII.

Reduccion de la víscera.

La reduccion de la víscera en el abdómen, constituye el cuarto tiempo operatorio.

Dijimos anteriormente que la herniotomía consistia en destruir por medio de una incision el vínculo estran-

gulador, que se oponia á la entrada del órgano y de repelerlo hácia la cavidad del vientre.

No siempre debe llenarse esta última parte de la definicion y en circunstancias especiales, el operador tiene que abstenerse de toda accion despues del debridamiento.

Y sin embargo, la reduccion del órgano herniado ha sido para muchos autores, la parte capital de la operacion.

Scarpa decia que despues de la abertura del saco no se ha llenado aun el objeto principal, que es hacer cesar la estrangulacion de una manera pronta y reemplazar las vísceras al vientre.

Richter aconseja que una vez que haya cesado la causa de la estrangulacion, es necesario reducir las partes contenidas en la hernia, pues si quedasen en contacto del aire habria despues peligro en hacerlo.

Pott agrega, que sino se reduce el intestino, la herida quedaria muy dolorosa y se veria uno espuesto á ver salir del vientre nueva cantidad del órgano.

Lawrence y muchos otros autores, han reproducido aquellas esplicaciones sin comentarios, sin tratar de razonarlas, para ver si la reduccion del intestino despues del debridamiento, es una necesidad indispensable.

Casi todos aceptan esta necesidad y consideran el abandono del ansa intestinal hácia fuera, como causa de consecuencias fatales.

Segun muchos operadores, es preciso que ante todo el órgano entre á su primitivo lugar, y para esto cuando algunos encuentran dificultad, punzan el intestino para dar salida á los gases y aun á los líquidos; otros multiplican las tentativas de reduccion

hasta que muchas veces el intestino se les rompe entre los dedos; otros llegan hasta hacer disecciones minuciosas á fin de desembarazar las anzas intestinales de las adherencias formadas con el saco.

Otros autores van mas lejos; cuentan observaciones de intestinos que no solo se hallaban inflamados, sinó en ciertos puntos gangrenados y aun perforados y que sin embargo redujeron.

¿Quién no conoce el hecho de Petit? Se trataba de una hernia voluminosa, el debridamiento fué hecho y la reduccion se hizo imposible. Los cirujanos que acompañaban á aquel gran operador, temian tanto del abandono del intestino, que le aconsejaron cortarlo de una pieza para formar un ano artificial. Petit se guardó bien de hacerlo, dejó la hernia en la herida y el enfermo curó su estrangulacion y su hernia.

Rhambdon cuando encuentra un intestino esfacelado, aconseja cortarlo, unir sus estremidades y despues reducirlo.

El temor de dejar espuesta al aire la parte herniada, ha hecho decir al gran Vidal «Hay una causa de irreductibilidad muy trabajosa, y es cuando existe un gran meteorismo del vientre. ¿Qué hacer en semejante caso? Si se operase, no se podrá reducir y contener la hernia. Cuando se reconoce este estado es preciso no operar.»

Reunamos nuestros cortos conocimientos con las opiniones de algunos autores, y analizemos todas aquellas apreciaciones para llegar á conocer y darles su verdadero valor.

Reducir á su cavidad normal una víscera que se halla intacta, es decir, que aun cuando esté inflamada ó congestionada, no tenga ningun punto en que

haya perdido su vitalidad, ó exista una solucion de continuidad, nos parece lo mas acertado y racional.

En nuestros primeros capítulos, deplorábamos la mortalidad enorme que producia la quelotomia, y asignabamos entre las principales causas la demora que se hacia para ejecutarla, sujetando á los enfermos á maniobras de taxis enérgicas que producian la alteracion del órgano herniado. Hay otro órden de causas principales no menos frecuentes, que existen en este tiempo de la operacion.

En los tres primeros, hemos ya visto que poco peligro corre el enfermo, los accidentes primitivos son raros, los consecutivos nulos; el cuarto es ya diferente, y es el que requiere la mayor atencion por parte del cirujano; la inspeccion de la víscera debe hacerse ante todo con la mayor escrupulosidad, porque se trata nada menos que de reemplazar en el vientre, un cuerpo que puede ser orígen de una inflamacion irremediable del peritoneo.

Una peritonitis comenzada, puede cesar como sucede con frecuencia por la desaparicion de la estrangulacion; ella seguirá aumentando, ó estallará formidablemente si se reduce el intestino herido ó gangrenado, si va el epiplon en papilla, apelmasado ó degenerado, en fin cuando se hallan los órganos en un estado patológico, cuya presencia no pueda el peritoneo soportar.

En las muchas heridas penetrantes que de vientre hemos visto en el hospital, nos hemos convencido que las heridas del peritoneo no son tan graves como algunos autores nos las pintan.

Debemos agregar mas, que por una simple solucion de continuidad de la capa parietal de aquella mem-

brana, no hemos visto morir ninguno y que en los numerosos muertos que parecian resultar de simples heridas de las paredes ventrales, la autopsia nos revelaba que algun órgano importante habia sido interesado, y que una espansion se habia hecho en su cavidad.

El peritoneo, si bien es una serosa, que desgraciadamente goza de una susceptibilidad irritatoria notable, su simple incision no nos parece suficiente causa, para hacer estallar una inflamacion general.

Cuantas veces vemos en los hospitales, entrar individuos con los intestinos ó epiplon de fuera, los que encontrando intactos reducimos y á pesar de no haber presentado heridas viscerales mueren de peritonitis; efectivamente la necropsia nos muestra los órganos en buen estado y nuestro diagnóstico confirmado; pero tambien nos muestra entre las circunvoluciones intestinales una cantidad de sangre, de pus y de coágulos de sangre que se ha vertido de su herida y que incuestionablemente han sido la principal causa del accidente.

Richet en su tratado de anatomía quirúrgica, nos dice refiriéndose á las heridas del peritoneo. «Las inflamaciones limitadas á la hoja parietal del peritoneo no son inmediatas y pueden ser conjuradas; pero desde que la causa irritante ha sido puesta en contacto con él, el peligro es inminente; algunas horas bastan para volverlo irremediable.»

Las causas á que se refiere aquel autor, son el pus, la orina, la bilis, y todo otro líquido irritante.

¿Por qué la ovariotomía del dia, cuenta con innumerables sucesos, sucediendo todo lo contrario cuando aquella operacion se hallaba aun en su cuna, en que se veian morir la mayor parte de las operadas?

Spencer Wells llegó al conocimiento del enigma; pudo ver que no era la herida del peritoneo la que producia la inflamacion de esa membrana, sinó que eran los coágulos, las serosidades purulentas y otros líquidos morbosos é irritantes, que se dejaban en aquella cavidad y hacian estallar aquella hiperhemia mortal.

La limpieza del peritoneo, fué la piedra de toque de aquel secreto y en el dia la ovariotomía cuenta con grandes éxitos siguiendo aquel sencillo proceder.

Asi pues, creemos que una vez abierto el saco, si se encuentra el intestino, herido ó gangrenado aunque sea en un solo punto, si se halla enfisematoso, si tiene manchas cenicientas ó verdes de hoja marchita, si está ulcerado ó estrechado en algun punto, lo mas prudente es despues del debridamiento, dejarlo donde estaba.

Algunos autores como aquellos que suponen que el tiempo capital de la operacion, consiste en llevar las vísceras á la cavidad ventral, creen que el contacto del aire es perjudicial.

Es decir, que se teme que el aire irrite é inflame un segmento de víscera, que ya demasiado lo está; mientras no se teme por su reduccion y por lo tanto por su contacto, que se inflame la parte interna que se hallaba intacta.

Esto nos parece nada lójico, mereciéndonos mas aceptacion otras opiniones, que pertenecen á autoridades quirúrgicas como Girard, que trae hechos y observaciones, en que demuestra que la accion del aire sobre la serosa intestinal de una hernia, no tiene ningun peligro.

En el peritoneo parietal, estamos seguros que el aire no tiene ninguna influencia; hemos consultado las

estadísticas de las ligaduras de la iliaca primitiva é interna, y hemos visto que las operaciones metódicas, no producian jamás peritonitis; esto se refiere á la accion del aire sobre el saco herniario.

En cuanto al peritoneo visceral, tampoco creemos que el aire tenga influencia; aquella membrana está contínuamente lubrificada por una serosidad, que la protejerá contra su accion, si es que la tiene, no sucediendo lo mismo con los líquidos irritantes que disolviendo aquella, se pondrán en contacto íntimo con su epitelio.

No diriamos lo mismo, si el aire penetrara en la cavidad abdominal y se renovara contínuamente; alli lo creeriamos ofensible tal vez tanto como en las serosas articulares.

Asi pues, creemos que en muchos casos en que el intestino se encuentre en condiciones que haga sospechar pueda ser una causa de peritonitis por su sola presencia con la serosa abdominal, uno debe dejarlo afuera hasta que mejores condiciones hagan que se reduzca, si es que él no lo ha hecho espontáneamente.

De los innumerables heridos de intestino que hemos visto reducir despues de hacer suturado, solo vimos salvar uno, y cuando en nuestros últimos años de internado, de cinco individuos se salvaron tres en quienes se habia ligado y cortado el epiplon al nivel de la herida y uno en que se habia sujetado la abertura del intestino en la boca de ella, nos hemos preguntado si aquellos primeros heridos no se hubieran salvado, si hubiesemos seguido este último proceder.

Girard nos trae treinta observaciones de hernias estranguladas, que habia operado y en las que habia su-

primido el último tiempo de la operacion, es decir, que habia abandonado el intestino á fuera y solo tuvo cinco muertes que fueron estrañas á la inflamacion del peritoneo.

Nos parece sin embargo, que no debe estenderse tanto aquella práctica como lo aconseja aquel cirujano, que en todos los casos sin escepcion, abandonaba el ansa intestinal.

Tampoco nos parece lógico el consejo que dá Vidal, cuando refiriéndose á un caso de estrangulacion en que hay temor de no poder reducir, dice que debe abstenerse de operar.

En esta circunstancia la operacion es tan necesaria como en cualquera otra; si no se destruye el ajente constrictor la muerte será segura, y entonces lo mas prudente despues de debridar es abstenerse de reducir.

Las hernias antiguas no contenidas con y sin adherencias, no deben siempre reducirse, pues los accidentes que se han observado despues de seguir esta práctica no han sido raros.

Hay un principio reconocido en la Patología de las hernias, formulado por primera vez por Petit y admitido como una verdad por muchos operadores, que dice que las partes herniadas, que se hallan despues de muchos años acostumbradas á cierta situacion, el cambio de esta por su reduccion, causa un trastorno sério en el curso de las materias fecales.

Asi es que en semejantes casos no nos arrepentiremos, una vez abierto el saco, de dejar los órganos en el lugar en que se encontraban.

En todos estos casos, será imprescindible el usar de ciertas precauciones, como someter al enfermo á una posicion horizontal que durará hasta la desaparicion

del órgano, que se hará lentamente. Las observaciones que nos han legado los maestros del arte nos hacen ver, la gran utilidad que se ha sacado de esta práctica, pues hernias antiguas fuertemente adheridas han desaparecido por la sola posicion.

Pero llega el momento en que el cirujano encuentra un intestino ó epiplon, cuyo estado patológico no infunde temor de que sobrevenga por su reduccion accidente consecutivo; entonces no tendrá mas que hacer, que reemplazar los órganos á su cavidad normal.

Una conducta peligrosa, es aquella que en todos los casos retira el intestino antes de la reduccion, con el objeto de inspecionar su cuello; pues no es raro observar que los órganos se encuentren en aquel punto reblandecidos y que la mas simple traccion los rompa y cause la peritonitis por el derrame fecal.

Las tracciones deben hacerse con mucha suavidad; si el órgano se resiste no debe uno insistir, en este caso se esperará un poco para que sigan su curso las materias fecales, lo que haria desaparecer el obstáculo cediendo entonces con facilidad.

La reduccion se hará comprimiendo con suavidad entre las palmas de las manos el ansa intestinal, para obligar á que pase su contenido en las ansas internas y disminuir su volúmen, cuidando antes de reducir y de limpiar bien su superficie por medio de una esponja suave.

El enfermo debe guardar la misma posicion que hemos aconsejado para el taxis. Si el ansa es pequeña, se toma con la cara palmar de los dedos y se le comprime contra el orificio tratando con los de la mano izquierda de sostener y comprimir

el pedículo. Si el órgano fuese voluminoso, se tratará de reducir empezando por una de sus estremidades, que la pulpa del índice derecho repelerá mientras el izquierdo impedirá que se desaloje; se facilitará la operacion lubrificando el pedículo con aceite é interponiendo entre los dedos y el órgano una compresa fina.

Si el intestino se encontrase gangrenado, se esplorará con sumo cuidado su pedículo, para ver si existen adherencias con el cuello del saco; en caso contrario se debridará despues de haber asegurado las estremidades no alteradas del órgano á la abertura abdominal.

VIII.

Cuidados consecutivos á la operacion—Observaciones.

Reducido el órgano, se inspeccionará la cavidad del saco, vaciándola de todos los líquidos que pudiera contener, lavándola perfectamente por medio de una esponja fina; si los bordes y colgajos de membrana que antes se han incindido fuesen muy delgados, se cortarán por su base con la tijera curva lo mismo que el saco, si se hallase en iguales condiciones, absteniéndose de hacerlo siempre que su espesor no infunda temor respecto á su vitalidad.

Esta precaucion es muy útil, pues muchas veces se dejan aquellas membranas que se esfacelan y vienen á ser el foco de supuraciones abundantes que persisten mucho tiempo.

Algunos aconsejan reunir los bordes de la herida in-

mediatamente despues de la operacion, con el objeto de obtener la cicatrizacion por primera intencion.

Esto es muy difícil de conseguir, pues son las heridas menos susceptibles para obtener aquel efecto; nosotros nunca lo hemos visto y nos parece que aunque fuera posible no tendria nada de ventajoso, para la marcha posterior de la enfermedad.

Supongamos que se adaptasen bien los bordes de la piel y se cicatrizasen; ¿qué resultaria de esto? ó que supuraria el saco y sus accesorios, y el pus no encontrando otra salida que el cuello, se vertiria en el peritoneo abdominal; ó que no supurando, no vendria el proceso flogístico, que los forma botones carnosos y no habria por lo tanto obturacion del orificio herniado, por el tejido inodular, y la hernia se reproduciria corriendo riesgo de volverse á estrangular.

Si la herida tuviera algunas dimensiones, como sucede con las hernias escrotales, un punto de sutura seria conveniente pues asi no quedaria sinó una pequeña abertura elíptica, situada en la parte inferior donde se pondria un lechino y encima de la cual se colocarian unas planchuelas de hilas mojadas en agua fria, prefiriendo interponerlas por una compresa cribada empapada en glicerina; todo lo cual se cubrirá por otra compresa, que se sostendrá con una pañueleta adaptada en forma de 8 de guarismo ó por un vendaje en T. El enfermo se conducirá á su lecho, debiendo mientras se procura esto, colocar el cirujano su mano derecha sobre el vendaje haciendo una lijera presion, como para impedir que vuelvan á salir las vísceras. Se le colocará con el cuerpo y la cabeza un poco elevados, los muslos en lijera flexion, colocando para esto unas almohadas debajo de sus corvas.

Librarlo por la operacion de sus tormentos ha sido para el enfermo el mejor narcótico, pues generalmente entra en un profundo sueño, debiendo en lo posible el cirujano evitar la administracion del opio, que no haria sinó disminuir las contracciones intestinales, que en estos casos deben siempre procurarse. Sin embargo, si los vómitos persistiesen y el dolor abdominal no disminuyera, se puede recurrir á aquel sedante, en el que tanta fé tienen los cirujanos ingleses; nosotros hemos visto producir muy buenos efectos á las aplicaciones de hielo sobre las paredes ventrales, así como á la masticacion de pequeños fragmentos de la misma sustancia para calmar los vómitos.

Si á las cuatro horas no se hubiese producido la primera evacuacion, debe administrarse un enema con una solucion de cloruro de sodio, al cual en caso de persistencia, se podrá adicionar una ó dos onzas de aceite de castor; si la constipacion pasara de las ocho horas, la administracion del aceite por la boca y á pequeñas cucharadas de cuarto en cuarto de hora, puede producir muy buenos efectos.

Algunas veces, á pesar de haberse ya pronunciado alguna evacuacion, se ven persistir los vómitos; esto depende de que el estómago se halla aun en un estado de irritabilidad estrema, que provoca por reflexion las contracciones espasmódicas de los músculos abdominales; en estas circunstancias el opio estaria indicado.

Pero si reunidos á la tenaz constipacion, los vómitos y demas síntomas alarmantes que se notaban ántes de la operacion persistieran, seria de sospechar que las causas de la estrangulacion aun existen; en estos casos debe procurarse hacer salir la parte reducida, para someterla á un nuevo exámen.

Como esta parte generalmente se encuentra inmediatamente detrás del conducto, una compresion de las paredes abdominales, es muchas veces suficiente para hacerla salir, pudiendo auxiliarse esta maniobra por la introduccion del dedo, que servirá tanto para hacer una esploracion interna, como por su flexion, poder atraer el órgano hácia fuera; y si todo esto fuera inútil, como se trata de un accidente en que la muerte es evidente, debe hacerse la gastratomía para procurar la víscera estrangulada y librarla de la constriccion.

En cuanto á los cuidados á que deben someterse los enfermos en los dias subsiguientes, se verán designados en las dos últimas observaciones, que por ser las únicas que nos encomendaron, levantamos con mas prolijidad.

Las historias que á continuacion trazamos, tienen principalmente por objeto, mostrar el estado de los enfermos que entran al hospital para demandar una operacion y á los que el cirujano se ve en la alta necesidad de operar, á pesar de las pocas probabilidades de buen éxito.

Observacion 1ra. Esta se refiere á un enfermo, que entró en Julio del año 1866; era un jóven italiano que tenia una hernia escrotal reciente, y que entró al hospital el mismo dia de pronunciarse. Se le hizo el taxis infructuosamente, se le sometió á todos los tratamientos, obteniendo igual éxito; al otro dia viendo el Dr. Montes de Oca que los síntomas se agravaban, procedió á la operacion que se efectuó á las 10 de la mañana; esta duró un cuarto de hora, no sobreviniendo ningun accidente, encontrándose el intestino sano, y desapareciendo inmediatamente los tras-

tornos alarmantes y angustias que aquel presentaba, saliendo de alta á los veinte dias completamente restablecido y conteniendo su hernia por medio de un braguero.

Este individuo, como ya lo hemos dicho, acudió al hospital inmediatamente de encontrarse enfermo. En este establecimiento siempre hemos visto seguir y seguido una práctica, completamente opuesta á la aconsejada por Amussat; cuando el taxis suave y metódico y el tratamiento auxiliar fracasan, ántes de las maniobras forzadas, se espera la palabra del cirujano, que generalmente no se hace aguardar mucho; y debido á la direccion del tratamiento y oportunidad de la operacion, fué ella coronada de tan buen suceso.

Observacion 2ª. José Cárlos O'donell, profesor en idiomas, entró el 18 de Agosto de 1866 á la sala 1ª. Tenia una hernia inguinal oblícua externa, que mal contenida, al querer subir á una vereda alta, dos dias ántes de entrar al hospital, ella descendió, formando un tumor mas voluminoso que de costumbre; efectivamente tendria el volúmen de un huevo de avestruz, y estaba muy doloroso al tacto, viniendo acompañado de constipacion y vómitos biliosos; el Dr. D. Martin García, que era el que entonces estaba al servicio de aquella sala, tentó por repetidas veces el taxis, no dando resultado; lo mismo sucedió con los baños, sangrías y lavativas de tabaco. Su hernia no disminuia á pesar que el dia 20 tuvo una lijera evacuacion; los vómitos se hicieron pertinaces, dando sus materias un olor sospechoso, y propagándose ya el dolor hácia el ombligo.

Se le pasó el 22 á la sala de cirujía y el gefe de clínica practicó inmediatamente la operacion.

Terminado el tercer tiempo no quedó sinó reducir

la víscera, que estaba compuesta por todo el gran epiplon, fuertemente inflamado. En este último tiempo se tuvieron que vencer algunas dificultades para llenarlo, pues á pesar de estar bien debridado, el epiplon no entraba con facilidad.

La operacion no hizo desaparecer los síntomas graves de peritonitis, que por el contrario fueron aumentando, hasta que el enfermo falleció el dia 24.

La autopsia la hizo el practicante mayor, entonces D. Miguel Fernandez y en la que estuvimos presentes. Se encontró una notable congestion del peritoneo y las ansas intestinales unidas por una gran cantidad de linfa plástica.

Observacion 3ª. Agustin Fosso, italiano de 24 años de edad, entró el 14 de Agosto de 1868, ocupando el núm. 40 de la sala de clínica. Hacian dos dias que al querer levantar un objeto pesado, se le produjo una hernia directa cayendo inmediatamente sin poderse levantar; viéndole despues algunos médicos, le aconsejaron pasase al hospital.

El tumor era grande como el puño, presentando síntomas graves, locales y generales. No dando ningun suceso el tratamiento médico, la operacion la ejecutó al otro dia el profesor de clínica.

Pocas operaciones hemos visto practicar como esta, pues fué rápida y sin presentarse ningun trastorno; se encontró un fragmento de intestino delgado inflamado y fuertemente equimosado, probando el operador ante sus discípulos, que á pesar de presentar el intestino aquel aspecto no habia perdido en lo mas mínimo su vitalidad y por lo tanto el órgano se redujo.

Inmediatamente desaparecieron todas las angustias y

á las tres horas se produjo una evacuacion; durmiendo ese dia lo que no habia podido hacer en los anteriores.

16 de Agosto—Poca fiebre, disminucion del dolor abdominal, dos evacuaciones líquidas; por dieta solamente caldos.

17 de Agosto—El dolor se limita á la fosa iliaca derecha y á la herida; la fiebre sigue en disminucion.

18.—Se levanta el apósito y aparece una herida elíptica, cuyo fondo está, cubierto de botones carnosos y de supuracion de buena calidad; dos evacuaciones. Caldos y chuño.

19, 20, 21. Sin novedad.

22—El enfermo pide de comer; caldo, chuño y un huevo pasado por agua.

El 26 de Agosto, se encuentra perfectamente y se el ordena sopa, huevos y una presa de gallina.

27.—Pasa á la sala principal, siguiendo sin novedad y la herida supurando.

28 de Agosto—Dolor á la herida y un poco de fiebre.

29—Amanece con trismo y emprostótonos, síntomas que fueron aumentando y confirmando el tétanos, del cual falleció el 2 de Setiembre.

Como debe suponerse, la pérdida de este operado causó gran pena al cirujano y mas aun cuando fué debida á uno de esos accidentes imprevistos é irremediables, tan independientes del mecanismo operatorio.

Indudablemente el cambio repentino de local no fué estraño á esta complicacion, pues en aquellos dias la temperatura era baja, y la niebla que existia indicaba que la atmósfera estaba bastante húmeda.

Observacion 4ª. Juan de Dias da Silva, pardo portugués de 25 años de edad, entró al hospital el 3 de

Mayo de 1870 ocupando el lecho núm. 30 de la sala de cirujía.

Este individuo tenia una hernia hacia 6 meses, la que segun él, entraba y salia con facilidad, sin que le resultase ninguna incomodidad, hasta que el 29 de Abril subiendo á una verga del buque de que era marinero, la hernia se le puso mas grande que de costumbre, no pudiendo hacerla entrar por mas esfuerzos que hiciera.

Al otro dia el tumor estaba duro y muy doloroso, quedando así hasta el 1° de Mayo, en que se presentaron otros síntomas, que agravando su estado, le obligaron á bajar á tierra, poniéndose desgraciadamente en manos de un empírico, que ya habia agotado sobre su tumor cuanta violencia era imajinable, y viendo que todo era inútil, hallándose cada vez mas grave, sus compañeros le trajeron al hospital.

Tumor inguinal derecho, doloroso y tenso, acompañado de constipacion, vómitos incoercibles de materias fecales, meteorismo, dolor abdominal intenso, sudores frios, cara hipocrática y pulso concentrado.

Inmediatamente se practicó la operacion, encontrándose el intestino contundido en varios puntos, aunque parecia conservar vitalidad en sus paredes.

Los síntomas de la peritonitis, á pesar de la operacion, fueron aumentando hasta que falleció el mismo dia á las 12 de la noche.

La autopsia constató todos los desórdenes de una peritonitis intensa.

Si el mismo dia de haberse pronunciado la enfermedad, este individuo hubiese venido al hospital, la operacion ciertamente hubiese sido coronada de suceso.

El operador encontró en el órgano herniado y en el

peritoneo abdominal desórdenes físicos difíciles, sinó imposibles de remediar.

Observacion 5ª. José Gomez, gaucho argentino de 23 años, entró el 18 de Noviembre de 1870 y ocupó el lecho Nº 35 de la sala de clínica. Presentaba una hernia inguinal oblícua derecha con dos dias de estrangulacion.

Las tentativas de taxis fueron sin resultado y el tratamiento médico inútil, aumentando su gravedad de tal manera, que el Dr. Iturriós no creyó prudente esperar un instante.

La operacion pareció al principio ser feliz; pues el enfermo acusó inmediatamente mejoría, pero á los cinco minutos apareció una abundante evacuacion, despues de la cual volvieron á mostrarse con mas fuerza los fenómenos peritoneales, que aumentaron hasta el dia 22 en que el enfermo falleció.

La necropsia nos mostró una solucion de continuidad del intestino, y una evacuacion notable de materias fecales en el peritoneo, que creimos provenia de algun pequeño punto esfacelado, que en el momento de la operacion fué desapercibido y que la contraccion intestinal contribuyó á que se abriera.

Estamos seguros que todas estas víctimas, mas las ha producido la temporizacion y maniobras mal dirijidas á que se han sometido los enfermos antes de entrar al hospital, que la operacion misma.

Observacion 6ª. El 8 de Febrero de 1871 como á medio dia entró al hospital el jóven italiano Constancio Bonllum, de 25 años de edad y de oficio albañil. Referia que hacian tres dias que al querer saltar un cerco, cayó por tierra con un gran dolor á la ingle derecha, que le imposibilitaba levantarse; fué llevado

á la cama donde se notó un tumor situado en la misma parte dolorosa; le vió un médico, que trató por varias veces reducirle el tumor y visto que era imposible, le aconsejó pasara al hospital; el tumor habia permanecido en su primitivo volúmen, pero los dolores aumentaron hasta entonces y suplicaba que lo librasen de cualquier manera de aquel tormento.

Los síntomas locales que presentaba eran mas que caracterizados. Un tumor oval del tamaño de un huevo de ganzo, estaba situado en la region crural inmediatamente debajo del ligamento de Falopio, tenso, sin aumento de temperatura ni cambio en la coloracion de la piel, pero muy doloroso al simple tacto.

Los síntomas locales venian acompañados de generales, bastante graves. Pulso frecuente, pequeño pero duro, desasosiego y ansiedad estrema; su fisonomía estraordinariamente contraida, sudores frios, vómitos de materias fecales, hipo, cortejo de síntomas acompañado de otros no menos graves, que se localizaban en la cavidad abdominal, como era una timpanizacion con renitencia de sus paredes y dolor que se irradiaba hasta el ombligo.

La constipacion habia sido tenaz desde el primer dia de la estrangulacion, los vómitos incoercibles.

El mayor de guardia entonces, era el Dr. Echegaray, que viendo los síntomas graves que presentaba aquel enfermo, pidió una consulta al médico interno, á la que asistieron los practicantes mayores que se encontraban en el establecimiento.

La opinion fué unánime por la operacion inmediata, pues la gravedad del enfermo no permitia perder un solo instante.

Practicamos la operacion que se nos encomendó, con el valioso concurso de los estudiantes mayores, Echegaray, Gil, Lloveras, Damianowiche y Molina.

A las dos de la tarde se cloroformó el enfermo, y se ensayó el taxis suavemente, dando un resultado negativo.

Se incindió la piel transversalmente; guiado por la sonda acanalada, el bisturí recto cortó la fascia superficial y membrana celular subaponeurótica, quedando el saco á descubierto.

Se abrió este último, saliendo de su interior como dos onzas de serosidad y encontrándose en su fondo una cavidad infundibuliforme, donde habia como cinco pulgadas de intestino delgado, congestionado.

Indudablemente este líquido impidió que el taxis, que por repetidas veces se habia sometido al enfermo, antes de entrar al hospital, contundiese el intestino.

El dedo índice esploró y encontró que el nudo estrangulador consistia en el cuello del saco, que estaba colocado debajo del ligamento de Gimbernat. La constriccion era enérgica, y debajo de ella solo pudo pasar la espátula de Vidal, sobre la cual fué llevado el bisturí abotonado, que hizo tres debridaciones pequeñas hácia arriba y adentro, paralelamente al cordon espermático.

El índice pudo penetrar entonces hasta la cavidad abdominal, y constatar que el conducto se hallaba perfectamente dilatado; se retiró en seguida un poco de intestino, que cedió con facilidad y se vió que se hallaba en buen estado; entonces se redujo.

Inmediatamente el enfermo acusó mayor alivio, se le puso un punto de sutura, un lechino, curacion y vendaje apropiado, y se le condujo al lecho de la sala de operaciones.

Esta es la primera operacion que hemos visto que se haya pasado en seco, y solo al incindir la piel el bisturí salió apenas teñido de sangre.

El estado del enfermo á las tres de la tarde no era muy halagüeño, si bien los vómitos y el hipo habian desaparecido, así como el dolor; pero se hallaba algo soporoso, lo que atribuimos á los efectos del cloroformo y los sudores frios aun persistian.

A la noche el enfermo dormia y el pulso se habia algo levantado; á las 12 tuvo la primera evacuacion.

Dia 9º Lijero dolor á la fosa iliaca derecha, pulso frecuente y poco desarrollado, sed, aumento del calor, siguiendo con un poco de sopor; una evacuacion líquida. Se le mandó unas cucharadas de caldo y bebidas ácidas.

Dia 10. Persistencia del dolor iliaco, disminucion de la fiebre y del sopor. El mismo tratamiento.

Dia 11. Disminucion de los síntomas del dia anterior, primera curacion; la herida se encuentra de buen color, y cubierta de una supuracion de buen carácter. Constipacion—Caldo y chuño.

Dia 12. Siguiendo la constipacion, se le administran dos cucharadas de aceite de castor, que produjo dos evacuaciones abundantes. Pide el enfermo de comer.

Dia 13. Sigue en mejoría y la herida supurando.

Dia 15. Se da al enfermo—caldo, tres veces chuño y un poco de sopa.

Dia 16. Se aumenta la alimentacion.—La defecacion es normal, una vez al dia y sus materias son consistentes.

Dia 18. La herida se halla completamente cicatrizada.

Dia 20. El enfermo se levanta con un braguero colocado sobre la cicatriz y hace un lijero ejercicio.

Dia 25 de Febrero. El enfermo sale del Hospital completamente curado.

Hacen como seis meses que le vimos y pudimos observar que este individuo á pesar de los consejos que le habiamos dado, se habia puesto á trabajar abandonando el braguero; le examinamos la cicatriz y pudimos ver que el conducto se hallaba perfectamente obturado.

Observacion 9°. Pedro Salvadera, italiano, marinero de 50 años de edad, de constitucion robusta y temperamento bilioso; dado al uso de las bebidas alcohólicas, entró el 30 de Enero de este año con una hernia estrangulada.

Esta era voluminosa, inguinal oblícua esterna derecha, que descendia hasta el testículo, y que habia tenido durante toda su vida contenida por medio de un braguero.

Pero aquel mismo dia debido á un gran esfuerzo, habia descendido mas que de costumbre, produciéndole dolor é incomodidad cuando queria pararse; no pudiéndola reducir, sus amigos le condujeron al Hospital, ocupando el núm. 14 de la sala de clínica quirúrgica.

Cuando le vimos, recordamos que hacian cuatro meses habia venido en igual estado, consiguiéndose entonces reducir la hernia por medio del taxis. Pero ahora aunque los síntomas generales eran leves y solo representados por una lijera frecuencia del pulso y algunos vómitos, su tumor era mas renitente, doloroso é irreductible.

A las dos horas de haber entrado, es decir á las 3 de la tarde, habiamos ya hecho una tentativa de taxis que fué ineficaz; se ordenó un baño general tibio, du-

rante el cual tratamos por segunda vez de reducir, obteniendo igual resultado.

Se le hizo una sangría general de 18 onzas y se le administró una lavativa de tabaco, se repitió en seguida el baño, que duró media hora, y se tentó por tercera vez el taxis.

Eran las 12 de la noche y las cosas no habian cambiado de estado, aunque los vómitos eran mas contínuos y la constipacion ya se hacia notar.

Se le mandaron fragmentos de hielo para que masticase y la aplicacion local al tumor, de una vegiga llena de la misma sustancia.

En la madrugada del dia 31 el aparato sintomalógico tomaba un aspecto mas grave; su fisonomía marcaba grandes sufrimientos, el dolor local era mas intenso y empezaba á propagarse hácia el abdómen, los vómitos tenian el olor y color característico de las materias intestinales, el pulso se habia concentrado y la inquietud era estrema.

A las diez le vió el catedrático de clínica y ordenó otro baño y otras lavativas de tabaco y que si dos horas despues el taxis no daba resultado, que practicásemos la herniotomía.

Todo fué inútil y el taxis se hizo imposible ejecutar, pues el dolor era estremo.

El enfermo fué pasado á la sala de operaciones y se le administró el cloroformo, teniendo inmediatamente despues tuvo un vómito abundante muy fétido.

Producida la anestesia tentamos por última vez el taxis, consiguiendo el mismo éxito, y en seguida procedimos á la operacion.

La piel fué cortada, en seguida la fascia superficial y músculo cremaster, llegando al saco, que incindimos

y del cual no salió ningun líquido; era una hernia seca compuesta de todo el ciego con su correspondiente apéndice vermicular. La estrangulacion dependia del anillo inguinal, que debridamos en varios puntos y en seguida redujimos, pues el órgano se encontraba solo inflamado.

El enfermo acusó inmediatamente gran alivio.

Se aplicó á la herida un punto de sutura, un lechino y su correspondiente apósito, trasladando al enfermo á la cama de la misma sala de operaciones, quedando al rato en un profundo sueño, y con un pulso, que latia poco mas de cien veces por minuto.

Los vómitos cesaron, y á media noche tuvo una evacuacion intestinal abundante.

1° de Febrero. Cien pulsaciones, sed, sin náuseas y dos evacuaciones líquidas.

Dia 2. Sudores copiosos particularmente en los miembros superiores, noventa y cinco pulsaciones mas desarrolladas que antes; buen estado general.

Dia 3. Se levanta el apósito y se encuentra la herida roja, vertiendo una supuracion bien ligada. Caldos y chuño; la radial late 80 veces por minuto.

Dia 4. Síntomas de delirio alcohólico, durante el cual en un descuido del asistente, comió una cantidad de duraznos que produjeron una diarrea copiosa. Se le administró una dracma de subnitrato de bismuto.

Dia 5. La herida sigue cicatrizando, pero el delirio continúa. Como este último era producido por la falta de alcohol, se prefirió darle opio, á la dosis de tres granos de estracto acuoso en tres veces.

Dia 6. y 7. El enfermo se encuentra en el mismo estado.

Dia 8. Por la noche se levantó y echó á correr por

la sala y á pesar de no tener braguero, el órgano no descendió—Camisola de fuerza; siguió la administracion del opio.

Dia 10. Calma notable—Estado general muy bueno.

Dia 15. La herida se encuentra cicatrizada—Sopa, presa de gallina y dos huevos.

Dia 18. El enfermo se levanta y se pasea por la sala.

25 de Febrero. Sale de alta completamente curado.

Terminaremos aquí nuestro trabajo, convencidos que no tiene ningun mérito literario; sin embargo pedimos que se le conceda benevolamente el que creemos no podrá negársele, esto es el ser una obra puramente nuestra; fruto de nuestras meditaciones y estudios sobre un punto importante de cirujía, y destinado á demostrar que para nosotros no han sido del todo perdidas las sabias lecciones de nuestros Maestros, á los que en este solemne momento les protestamos una vez mas, nuestra profunda y síncera gratitud.

Esta tésis está de acuerdo con las prescripciones reglamentarias.

SANTIAGO LARROSA.

Vº Bº

JUAN J. MONTES DE OCA.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

ANATOMÍA.—¿De qué órganos se compone el aparato de la audicion?

FISIOLOGÍA.—¿Qué es el glóbulo de sangre, cómo se forma y qué rol desempeña en el organismo?

PATOLOGÍA GENERAL.—¿Qué valor tiene la percusion y auscultacion para formular el diagnóstico?

MATERIA MÉDICA.—¿Qué es el curare y cuál su accion fisiológica?

NOSOGRAFÍA QUIRÚRGICA.—¿Cómo se forman las aneurismas y cómo pueden curarse espontáneamente?

NOSOGRAFIA MÉDICA.—In febribus ex somnis pavores aut convultiones ¿malum? (Hipócrat. afor. 67, Sec. 4ª).

MEDICINA OPERATORIA.—¿Cuál es el mejor proceder para operar la catarata?

OBSTETRICIA.—¿Cómo se fecunda y desarrolla el óvulo?

MEDICINA LEGAL.—¿Puede una doncella concebir sin perder el signo de la virginidad?

CLÍNICA MÉDICA.—¿Es posible diagnosticar la alteracion de cada uno de los cuatro orificios de los ventrículos del corazon?

ERRATAS NOTABLES

			DICE:	LÉASE:
Pág.	16	línea 1ra	ellas.....	Ellos
«	41	« 27	para.....	que
«	46	« 4	estranguladas...	estranguladoras
«	60	« 14	producian.....	produciendo
«	61	« 24	aunque	mas cuando
«	80	« 13	los forma.....	forma los
«	91	« 9	en los ejemplares donde dice 9ª, léase 7ª	
«	92	« 26	suprimir la palabra *teniendo*	