278
961
1 2 4 5

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CURA RADICAL

DE LA

HERNIA INGUINAL SIMPLE

EN LOS NIÑOS

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUAN SALDUMBIDE

Ex-Interno (por concurso) del Hospital San Roque

BUENOS AIRES

Imp. de M. Biedma Belgrano 133 á 139

1886

2497

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CURA RADICAL
DE LA
HERNIA INGUINAL SIMPLE
EN LOS NIÑOS

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUAN SÁLDUMBIDE
Ex-Interno (por concurso) del Hospital San Roque

BUENOS AIRES

Imp. de M. Biedma Belgrano 133 á 139

1886

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

Dr. DON PEDRO A. PARDO

Académicos

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « CLETO AGUIRRE
« « PEDRO A. PARDO
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « EDUARDO WILDE
« « PEDRO A. MATTOS
« « JOSE T. BACA
« « DOMINGO PARODI
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « GUILLERMO RAWSON

Secretario

Dr. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía y Anatomía Patolójica	» » Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	» » José M. Astigueta.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos.
Higiene pública y privada	» » Antonio F. Crespo.
Patolojía esterna	» » Leopoldo Montes de Oca.
Medicina operatoria	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva	» » Jacob de T. Pinto.
Patolojía interna	» » Manuel Arauz.
Clínica Quirúrjica	» » Ignacio Pirovano.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	» » Cleto Aguirre.
Enfermedades de niños y clínica respectiva	» » Manuel Blancas.
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Wilde.
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Pedro A. Pardo.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Martin Spuch.
Química farmacéutica	» » Domingo Parodi.
Patologia mental	» » Lucio Melendez

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. Juan J. Naon—J. Arce.
Histolojía y Anatomía Patolójica	» » (Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana	» » Cárlos Villar (en ejercicio).
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Claudio Benitez — Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» » Enrique del Arca—Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	» » Meliton G. del Solar—José M. Ramos Mejia.
Patolojía esterna	» » G. Udaondo.
Medicina operatoria	» » Julian Aguilar.
Patolojía interna	» » José Penna — Inocencio Torino.
Clínica Quirúrjica y operaciones	» » Antonio Gandolfo.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	» » Pedro Lagleyse — Eduardo Obejero.
Clínica Médica	» » Juan B. Gil—Eufemio Ubalies.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Perez (en ejercicio).
Obstetricia y Clínica respectiva	» » J. R. Fernandez—Luis F. Vila.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica	» » Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de mujeres y su clínica	» » (Vacante).
Enfermedades de niños y su clínica	» » Facundo Larguia—Antonio F. Piñero.

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR DON MARIANO GONZALEZ CATAN

A MIS PADRES

A MIS AMIGOS

Dr. A. E. Hiriart y Dr. P. Gandaglia

Señor Presidente:

Señores Académicos:

La hernia inguinal simple, ya sea congénita, ya sea adquirida, es muy comun en los niños.

Los tratamientos empleados para curarlas son muchos y variadísimos, empezando por los medios medicamentosos mas inofensivos, hasta los medios quirúrgicos de gravísimas consecuencias.

Todos conocen los tratamientos bárbaros, empleados antiguamente, en que se llegaba, hasta la estirpacion del saco herniario con testículo y todo.

Poco á poco, la cirugía ha llegado, perfeccionando estos tratamientos, hasta hoy, en que podemos curar una hernia, sin poner en peligro la vida del enfermo, sin dejar en él, las señales indelebles que los antiguos le producían y lo que casi podría decirse, sin causar molestia de ningun género al paciente, durante su tratamiento.

Ultimamente he tenido ocasion de observar 3 niños

con hernias inguinales simples, en los que he visto obtener, su curacion radical, empleando en ellos, tratamientos distintos.

No considerándome con fuerzas suficientes para traer nada nuevo, á la medicina, ciencia que tanto adelanta hoy, he creido escribiendo las historias de esos tres casos, cumplir con la última prueba que la Facultad me exige, para obtener el grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Empezaré este trabajo por decir algo sobre la anatomía del canal inguinal, seguiré con las observaciones y terminaré con algunas apreciaciones sobre los diversos tratamientos.

ANATOMÍA

—

El canal inguinal es una especie de conducto, de tres centímetros de largo, proximamente, en el hombre, por donde pasa el cordon espermático; un poco mas largo pero mucho mas estrecho en la muger, está ocupado por el ligamento redondo del útero.

El orificio superior ó abdominal de este canal, está constituido por una prolongacion del *fascia transversalis*, que le forma una vaina al cordon espermático.

El orificio inferior ó *anillo inguinal*, está formado por la separacion de dos bandeletas de la aponeurosis del *gran oblicuo*, (*pilares del anillo*), de los que uno vá á insertarse en la espina iliaca, el otro en la sinfisis púbica y que están cruzados por fuera y por dentro, por fibras que provienen de la aponeurosis del lado opuesto.

El lado interno del *anillo* está á 23 milímetros proximamente de la sinfisis púbica; su diámetro mayor es paralelo al arco crural y por consecuencia

dirigido de adentro para afuera y de abajo para arriba.

El canal sigue poco mas ó menos la misma direccion que el arco crural, del que sin embargo, su orificio superior está mas alejado que el inferior. Se estudian en él cuatro paredes.

La pared anterior formada por la aponeurosis del gran oblicuo; la posterior, constituida por el fascia transversalis, muy grueso en este sitio; la inferior, ofrece la forma de una especie de gotiera, que resulta de la reunion de la aponeurosis del gran oblícuo por delante, con el fascia transversalis por detrás y cuya saliencia esterior viene á ser el ligamento de Poupart.

La pared superior, en rigor no existe, está representada por el borde inferior del oblicuo menor; pero esta disposicion no es constante.

El *anillo inguinal* y la pared anterior del *canal inguinal*, están cubiertos por el fascia superficialis y por la piel; el orificio superior y la cara posterior estan tapisados por el *peritoneo.*

Cuando la hernia ha seguido el canal, es preciso que la pelota del vendage destinado á contenerla, se aplique sobre toda la extension del canal, de modo que mantenga la pared anterior adosada á la posterior.

Cuando la hernia es antigua, el canal cambia de forma y direccion, se ensancha mucho, el orificio superior se acerca del inferior y algunas veces se confunden en una sola abertura, desapareciendo por

completo el canal. La pelota se aplica entonces esencialmente sobre esta abertura.

La hernia inguinal presenta cuatro grados, á saber:

(a) *Hernia en punta* cuando comienza á dilatar el orificio superior.

(b) *Hernia intersticial,* cuando está aun encerrada en el canal inguinal.

(c) *Bubonocele,* cuando hace eminencia, fuera del anillo inguinal.

(d) *Hernia escrotal,* cuando ha bajado al escroto.

En el adulto una hernia se compone en general de un saco peritoneal y de una porcion de epiplon, ó intestino delgado ó de las dos cosas á la vez.

El saco puede aumentar de espesor en sus paredes, llenarse de serosidad, contraer adherencias; generalmente, su cuello se estrecha y se hace con el tiempo bastante sólido para ser el sitio esencial del estrangulamiento; este estrechamiento puede ir hasta la obliteracion y traer por consiguiente la cura radical de la hernia.

En el niño el canal inguinal es mucho mas chico que en el adulto, además, está ocupado generalmente por la túnica vaginal, que comunica aun con el peritoneo.

Segun *Casper* esta comunicacion tiene lugar, cuando nace el niño, en las siguientes proporciones:

(a) En los dos lados en el 50 por 100, de los niños proximamente.

(b) En el lado derecho en el 25 por 100.

(c) En el lado izquierdo en el 12 por 100.

De lo que antecede se deduce que la hernia congénita, no tiene saco especial, pero que está en contacto, con la túnica vaginal y el testículo; de modo, que en este caso se obtiene la curacion radical, por la obliteracion del canal de comunicacion.

Creo que con estos datos anatómicos podemos darnos cuenta exacta del tratamiento de la hernia inguinal simple.

TRATAMIENTO

—

El tratamiento de las hernias, como he dicho ya al principio de este trabajo, ha variado muchísimo, á medida que se ha ido conociendo su anatomía patológica.

Se divide en paliativo y curativo.

No me detendré en el paliativo, porque solo me he propuesto tratar del curativo.

No me ocuparé tampoco de la descripcion de los procedimientos antiguos, en los que se llegaba hasta la castracion, porque veo en ello ninguna utilidad práctica, puesto que están ya completamente desechados por la cirujía moderna.

Los procedimientos hoy empleados son:

El de los Vendajes.

El de Bonnet (de Lyon.)

El de Gerdy.

El de Valette

El de Wurtzer.

El de Wod.

VENDAGES—Solo diré dos palabras, y como para

recordar solamente las diversas clases de vendajes empleados.

Los principales son: El vendage Francés y el vendage Inglés.

Todo vendaje se compone de una pelota que sirve para mantener reducida la hernia y de un cinturon que sirve para mantener en su sitio la pelota.

La pelota nos presenta para su estudio; la sustancia de que está formada, su forma y su modo de union con el cinturon.

Relativamente á la sustancia que las forma se distinguen varias categorías: las hay blandas, elásticas y duras.

Las blandas, están formadas generalmente de una bolsita llena de hilas, lana, algodon, etc., otras, semiblandas, reposan sobre una placa sólida, de madera ó de metal, no convienen sinó para las hernias fáciles de mantener. Tienen la ventaja de amoldarse exactamente á las partes en que están aplicadas, pero al cabo de cierto tiempo se aplanan, se deforman y se hacen inútiles para llenar su objeto.

Las pelotas elásticas son de dos especies: las unas están formadas de una sustancia que posee cierto grado de elasticidad y las otras no deben esta propiedad sinó á la presencia de un resorte. Las primeras están formadas por una masa de cautchu, que tiene el inconveniente de endurecerse, y hacer su uso incómodo. Ha sido remplazado por vejigas de la misma sustancia adelgazada y llenas de aire ó gelatina blanda. En esta misma categoria hay otras

formadas por una sustancia, llamada por Mabout, *cautchú artificial* que tiene por base el aceite de lino. Las pelotas elásticas por medio de un resorte fueron imaginadas por Vallat en 1827 y puestas en voga nuevamente por Pernet en 1840.

Las pelotas duras están formadas por madera, corcho, marfil, ó por diversos metales.

El tamaño de la pelota está subordinado á la estension del anillo ó del canal herniario. Su forma es variable: las unas son circulares, las otras elípticas, otras son triangulares, otras escotadas. No todas ofrecen el mismo grado de saliencia; las hay planas, convexas y cóncavas.

Las pelotas de todo tamaño, no convienen indiferentemente á toda clase de hernia; así: cuando se trata de una hernia en estado de *punta*, es decir cuando las vísceras están solamente en la parte superior del canal inguinal, es preciso recurrir á una pequeña pelota plana que se colocará sobre el anillo interno. Cuando el tumor ocupa toda la estension del canal, se necesita una pelota convexa colocada sobre todo el trayecto del canal. Cuando la hernia es escrotal, es preciso que la pelota sea bien grande y que se aplique sobre todo el trayecto que el tumor ha recorrido.

El cinturon es blando ó metálico. Los cinturones blandos están formados de tela, de lana, de cuero ó de cautchú. Todos estos cinturones están provistos de una correa que va de atras adelante, por debajo del muslo y que está destinada á mantener la pelota

en su sitio. Como estos cinturones abrazan toda la cintura, se les reprocha, el que ejercen una presion mayor en el diámetro bi-lateral del tronco, que en el diámetro antero posterior, correspondiente á la hernia. Ademas la presion constante que ejerce sobre la piel tiene que traer su irritacion, que hace su uso incómodo y hasta imposible algunas veces.

Los cinturones metálicos, han sido inventados á principios del siglo IV por Bernardo Gordon. A Nicolas Lequin, se le deben los vendages de acero.

Para facilitar la aplicacion de vendage se ha torcido el resorte, en forma de espiral, de modo que la estremidad posterior quede en un plano superior al anterior correspondiente al anillo inguinal; á este se le conoce comunmente con el nombre de *vendage francés*. Dupré empleaba de preferencia un vendage que consiste en un arco de acero que cruza la pelota y se dirige de una cadera á la otra, replegándose un poco para atrás, de cada estremidad de este arco parte una cinta que se une con la del lado opuesto, al nivel de la region sacra, cintas que sirven para sostener y apretar ó aflojar el arco, segun las necesidades. Este arco está calcado sobre la conformacion de la pelvis y obra por traccion ántero-posterior y no por traccion circular.

A este vendage se le ha reprochado, la facilidad con que se distiende y que por consiguiente no pueda prestar siempre los servicios que se le exigen, pero con poner un acero bien templado, creo que queda salvado el inconveniente.

Un mecánico inglés, llamado Salmon, propuso sustituir el resorte francés, con otro que se denominó *resorte* ó *vendage inglés.*

Este último representa un elípse, y no una espiral, como la anterior, es decir, que las dos extremidades en vez de estar en dos planos distintos, están en el mismo plano. Contienen mas acero que el *francés*, se aplican por el lado derecho cuando la hernia es izquierda, por el lado izquierdo cuando la hernia es derecha y están desprovistos de la correa que pasa por debajo del muslo.

Los franceses se opusieron mucho al uso del *vendage inglés,* hasta que no solo empezaron á usarlo, sino que le dieron mas tarde la preferencia.

Muy fácil es esplicar la superioridad del *vendage inglés* sobre el *francés.* Todo vendage representa una especie de pinza de estufa; para contener una hernia, es preciso hacer presion sobre ella, como la pinza hace presion sobre un pedazo de carbon, es decir, es necesario que las ramas se acerquen paralelamente la una á la otra. En el *vendage francés* sus ramas no se unen así; de donde resulta que se pierde una parte de su fuerza. No sucede lo mismo con el *vendage inglés,* que estando las dos extremidades en el mismo plano, actuan directamente la una contra la otra, de modo que toda la fuerza desarrollada se gasta útilmente sin ninguna pérdida.

Además el *vendage francés* no puede ser aplicado sin la correa que rodea el muslo por su parte in-

terna, mientras que el otro no la necesita. No tocando el *vendage inglés*, sino un corto número de puntos en la piel, se evitan con él, las escoriaciones que produce el otro.

Hasta ahora solo hemos visto los vendages para hernias uni-laterales, pero hay tambien hernias dobles. ¿Cómo debemos actuar en semejantes casos? Dos clases de vendages se usan, casi indiferentemente. Los unos emplean un arco con una pelota en cada extremidad, para que cada uno mantenga una hernia. Otros colocan cada pelota en un arco, uniendo los dos arcos, por medio de una correa, en la region sacra.

Modo de aplicar un vendage—Reducida la hernia, el cirujano aplica una mano sobre el canal inguinal, para impedir su salida de nuevo; con la otra mano aplica la pelota sobre el anillo inguinal, durante este tiempo el paciente mismo coloca la correa al rededor se su cintura. Cuando se aplica el *vendage francés* es preciso asegurarse, que el cinturon esté al nivel de la base del sacro y que este mismo cinturon pase á igual distancia de la cresta iliaca y del gran trocanter del lado de la hernia, se lleva la correa por la region ileo-trocanteriana del lado opuesto, y se le fija por el intermedio de uno de los agujeros de que está provista en su extremidad, en una cabeza de tornillo, que lleva la pelota. La correa accesoria, se fija por un nudo corredizo, en la parte posterior del cinturon y haciéndolo pasar por entre

los dos muslos, se le fija en uno de los tornillos de la pelota.

El *vendage inglés* se aplica en el lado de la pelvis opuesto al lado herniado. La pelota posterior toma un punto de apoyo sobre el sacro y la pelota anterior está en relacion directa con la abertura herniaria. El *vendage inglés doble* se compone de una pelota posterior en forma de 8, que se apoya sobre el sacro. De cada extremidad de esta pelota sale un resorte que contornean la pelvis, terminan cada uno en una pelota que se aplica sobre el canal inguinal y que están unidas entre sí por medio de una correita, como en el *vendage francés doble.*

Para asegurarse que un vendage mantiene reducida una hernia, no basta hacer toser un enfermo, hay que ponerlo en cuclillas y hacer que se suene las narices con fuerza. Si en estas condiciones la hernia no se reproduce, podemos contar sobre la eficacidad del vendage. Se pueden hacer ejecutar otros movimientos, por ejemplo, cuando la hernia es difícil contenerla, se hacen levantar muebles, fardos, hacer subir y bajar violentamente escaleras, montar á caballo, en una palabra hacer ejecutar los movimientos y esfuerzos mas violentos. Si despues de todo eso la hernia se mantiene reducida, podemos decir con seguridad, que el vendage es bueno.

No describiré aquí los procedimientos quirúrjicos porque en las observaciones que siguen lo hago.

OBSERVACION I

TRATAMIENTO POR LOS VENDAGES

Hace hoy un año y medio próximamente, fui llamado por una señora de mi relacion, para que le examinara un niño. Me encontré con L, C. de 6 años y 1|2 de edad, de buena constitucion, sin antecedentes hereditarios de ninguna especie.

Interrogada la señora me dijo, que hacía unos tres meses, que por lo general, cada 6 ó 7 dias, tenía que pasar el niño, un par de dias en cama. En esos dias, notaba al niño abatido, sin disposicion para comer, y cosa rara en él, negándose á toda clase de diversion que se le brindara.

Averiguando la madre, el por qué de esos cambios en el niño, me dijo lo siguiente:

«He notado que un lado de las bolsas se le hincha
« (lado izquierdo), pero no le causa ningun dolor,
« sinó cuando se le aprieta y aún entonces no muy
« agudo, sin embargo dice el niño que siente algo
« como un estorbo que le impide caminar. Con

« poner el niño en cama basta para que esta hincha-
« zon desaparezca, casi inmediatamente, aunque le
« vuelve con el menor esfuerzo que haga ya sea
« tosiendo ó para reirse. »

Era fácil suponer creer que se tratara de una hernia escrotal, creí lo mismo, casi estaba convencido, pero no quise someterlo á ningun tratamiento, hasta ver yo mismo, aquello que la madre llamaba hinchazon.

Pude un dia observarlo, presentaba en el lado izquierdo de las bolsas, un tumor en forma de pera, sin cambio de coloracion en la piel, del tamaño de un huevo de gallina, no presentaba dolor, sinó uno muy lijero á la presion; traté de reducirlo, operacion que conseguí con la mayor facilidad, hice toser al niño, el tumor se reprodujo.

No cabía la menor duda, se trataba de una hernia inguinal, bien caracterizada, del lado izquierdo, hernia de reciente formacion pues segun la madre apenas hacían tres meses que se la habían notado.

Ordené se le pusiera un braguero (*francés*) recomendando, no se lo sacaran ni de dia ni de noche durante un mes.

El niño soportó bien el vendage no quejándose, sinó de una lijera molestia y esto solo en la primera semana, habiéndose bien acostumbrado á llevarlo, que segun él mismo, ya ni lo notaba.

Pasado este primer mes, dije á la madre que po-

día sacárselo de noche, pero que no dejara de ponérselo ni un solo dia.

No le produjo sinó un eritema muy ligero, que dejó de aparecer, envolviendo el cinturon en un poco de algodon y espolvoreando con licopodio la cintura todas las mañanas y todas las noches, es decir al sacar y al poner el braguero.

Hace ya un año y medio próximamente que usa vendage este niño, sin haber dejado de llevarlo un solo dia.

La madre no quiere que deje de usarlo porque aun conserva temores de que se le reproduzca la hernia y porque el niño no siente incomodidad en usarlo.

Yo creo que la hernia está completamente curada, pues apesar de los esfuerzos y posiciones mas violentas, no se reproduce.

¿De qué modo obra el braguero en estos casos?

La pelota del vendage, tiene constantemente adosada la pared anterior del canal inguinal, contra su pared posterior y no sería difícil que se hubieran formado algunas adherencias entre ellas.

Además, en esa edad, los niños adquieren un desarrollo bastante rápido; habiendo el intestino aumentado de volúmen y el canal por el contrario habiendo disminuido de calibre, la hernia se hace imposible.

Teniendo en cuenta estas razones, creo que este niño está radicalmente curado de su hernia.

Todos conocen innumerables casos análogos á este,

yo mismo tengo otras observaciones del mismo género, que no las consigno, para evitar repeticiones y porque creo que con este lleno mi objeto.

OBSERVACiON II

TRATAMIENTO—PROCEDIMIENTO DE BONNET (de Lyon)

En el consultorio quirúrjico del Hospital San Roque, á cargo del Doctor Andrés F. Llovet, he tenido ocasion de observar el caso cuya descripcion sigue.

El 1° de Junio de este año, presentóse en dicho consultorio, Gaspar Gerusso, niño de 6 1[2 años, de buena constitucion, sin antecedentes hereditarios, con una hernia inguinal izquierda, bien caracterizada y de muy reciente formacion, veinte dias, segun los informes que nos dió la madre del niño.

Como se tratase de una muger que carecía de los recursos necesarios, para atender bien su hijo en su casa, se le convenció á que dejara el niño en hospital.

Resolvió el Dr. Llovet operarlo por el procedimiento de Bonnet (de Lyon).

El 13 de Junio, fué el dia elegido para llevarlo á cabo y con este fin se prepararon :

(a) Tres alfileres de sutura de cuatro centímetros de longitud.

(b) Seis pedacitos de corcho convexos por un lado, planos por el otro.

(c) Una pinza especial, que sirvió para torcer en espiral las puntas de los alfileres.

En cada uno de los alfileres, se colocó un pedacito de corcho, con su cara convexa mirando hácia la punta, de modo que su cara plana tocara la cabeza del alfiler.

Reducida la hernia, tomó la raiz de las bolsas entre el índice y el pulgar de la mano izquierda, al nivel del anillo inguinal, teniendo cuidado de dejar, hácia el lado externo, el cordon espermático.

En seguida cruzó el Dr. Llovet, con uno de los alfileres, la raiz de las bolsas, lo mas arriba que pudo y de atrás adelante. Colocó uno de los corchitos en la punta del alfiler, con su cara plana mirando hácia la punta, de modo que su cara convexa tocara la piel.

Apretó todo lo que pudo, haciendo presion sobre los dos corchitos y con las pinzas ya mencionadas torció la punta del alfiler en espiral, con el objeto de que no saliera el corchito y mantener .de este modo, constantemente igual, la presion ejercida.

Volvió á tomar la raiz de las bolsas, puso el cordon espermático al lado del alfiler ya colocado, y puso de la misma manera otro alfiler á un centímetro de distancia uno de otro, quedando de este modo, el cordon entre los dos alfileres.

Puso un tercer alfiler guardando del segundo una

distancia igual á la que había dejado entre este y el primero.

Malgaigne aconseja, que cuando por la presion de la hernia, los vasos y nervios que componen el cordon, hubieran sido separados y dispersados, se coloquen, parte entre el primero y segundo alfiler y el resto entre el segundo y tercero, siempre que no sea posible colocar todos entre los dos primeros alfileres.

En nuestro caso el cordon quedó íntegro, entre el primero y el segundo.

Se cubrió el todo con una planchuela de hilas sobre la cual colocó un vendaje simplemente contentivo con el objeto de que el niño no fuera á tocar la parte operada.

Como tratamiento, se le impuso un régimen fortificante, se le administraron tambien enemas simples, con el fin de que moviera su vientre todos los dias.

Nuestro enfermo pasó bien los dos primeros dias, pero el tercer dia hubo un ligero aumento de temperatura, (38° á las 9 a. m.)

Al cuarto dia, se notaba un botoncito inflamatorio que obturaba casi por completo el orificio externo del canal inguinal.

El enfermo siguió bien, hasta que el octavo dia, él mismo se sacó dos de los alfileres, reproduciéndose parcialmente la hernia.

Se volvieron á colocar los alfileres inmediatamente arriba del orificio inguinal.

Nada presentó que sea digno de mencion en los dias subsiguientes, si no es el aumento de volúmen del botoncito inflamatorio.

Seis dias despues de haber vuelto á operarlo (puedo decirlo) se sacaron todos los alfileres, dejando el anillo inguinal completamente obturado.

Por precaucion se le colocó un braguero, y fué dado de alta el 7 de Julio, con su hernia radicalmente curada, pues ni por esfuerzos, ni posiciones violentas se la pudo hacer reproducir.

He tenido oportunidad de verlo, quince dias despues de haber sido dado de alta, el niño no presentaba signos de reproduccion, ni deformidad alguna.

Tenemos pues, un caso de hernia inguinal simple adquirida, curada en catorce dias, apesar del contratiempo mencionado, por el procecimiento de Bonnet (de Lyon).

OBSERVACION III

Tratamiento—Procedimiento Gerdy

En el mismo consultorio que he observado el caso anterior, traido por la misma muger el mismo dia, se presentó Luis Gerusso, de ocho años de edad, de buena constitucion, sin antecedentes hereditarios, hermano del operado por el procedimiento de Bonnet (de Lyon).

Padecía Luis, de una verdadera hernia inguinal del lado izquierdo, segun referencias de la madre, estaba enfermo desde el momento de su nacimiento.

Era de muy fácil reduccion y se hallaba exenta de toda complicacion, era en una palabra, una hernia inguinal congénita, en su estado simple.

En vista de esto y con el objeto de librarlo de mayores males para el porvenir, el Dr. Llovet resolvió operarlo, despues de haber conseguido el consentimiento de la madre para que lo dejara junto con su hermano, en el mismo hospital.

Fué el 13 de Junio que se decidió operarlo, el

mismo dia que el anterior, resolviendo hacerlo por el procedimiento de Gerdy.

Para el efecto se prepararon los siguientes instrumentos y objetos:

(a) Una aguja curba provista de un ojo en su estremidad aguda, montada en un mango fijo y sólido.

(b) Seis pedacitos de tubos de drenage como de un centímetro de largo.

(c) Un frasco de amoniaco concentrado.

(d) Un pincelito fino.

(c) Seis ligaduras dobles.

Acostado el enfermo, cloroformado y reducida la hernia, el Dr. Llovet, colocó la estremidad del dedo índice de la mano izquierda, inmediatamente debajo de la raiz del escroto, rechazó la piel de abajo hácia arriba, introduciéndola por el anillo inguinal, en el canal del mismo nombre, casi hasta su orificio abdominal, dejando atrás el cordon espermático.

Llevó entónces la aguja provista de un hilo doble, sirviéndole de guia el índice de la mano izquierda, hasta el fondo, de esa especie de dedo de guante que había formado con el escroto. Hizo ejecutar un movimiento de báscula á la aguja, haciéndola salir de este modo por adelante, despues de haber atravesado la piel invertida, la pared anterior del canal inguinal y la piel de la pared abdominal. Tomó uno de los cabos del hilo y retiró la aguja.

Volvió á introducirla, del mismo modo, á doce milímetros del punto anterior, retirándola despues

de haber dejado afuera el otro cabo del hilo de sutura.

De este modo formó un ansa, ansa que mantenía aplicado el fondo de la depresion del escroto, contra el anillo y la parte inferior de la pared anterior del canal inguinal.

Cada extremidad del hilo, se ató á uno de los pedacitos de tubo de drenage, quedando así en el ansa transformado en un punto de sutura enclavijada.

Como el anillo y el canal inguinal, presentaban poca estension; en vez de hacer, uno ó dos puntos mas, iguales al anterior, como lo aconseja Gerdy, el Dr. Llovet se limitó á introducir nuevamente la aguja provista de hilo, á cinco milímetros del punto anterior y dejar el hilo, retirando por completo la aguja.

En la estremidad que quedaba en el fondo de la depresion hizo dos ó tres nudos en la misma seda, y ató la extremidad anterior á un pedacito de tubo de denage.

Hecho esto, mojó el pincel en el amoniaco y cauterizó el fondo de saco ya mencionado.

Colocó en seguida una planchuela de hilas sobre la que puso un vendage puramente contentivo, dejando el enfermo en un estado muy satisfactorio.

Diariamente se repitió la cauterizacion, hasta el cuarto dia, época en que ya se encontró, la piel del fondo de saco, completamente denudada.

Destruida la epidermis del fondo de saco, sus

paredes se adosaron, supuraron un poco, y para el octavo dia, ya estaban unidas, notándose en el canal inguinal, un especie de induracion que la obturaba completamente, como un corcho tapa una botella.

A los doce dias de operado se sacaron los hilos, quedando en el canal inguinal, una induracion, como de un centímetro de ancho, por cuatro ó cinco centímetros de largo.

Se le hicieron hacer entonces algunos esfuerzos y tomar posiciones violentas, apesar de todo, la hernia no se le reproducía.

Se le ha tenido aun en el Hospital, hasta el 13 de Julio, dia en que fué dado de alta, despues de haberle puesto por precaucion un braguero.

La induracion ha ido desapareciendo paulatinamente, para no dejar casi vestigio ninguno veinte dias despues de la operacion, época en que lo ví por última vez.

Es un caso de hernia inguinal simple, congénita, curado radicalmente por el procedimiento de Gerdy en doce dias.

La deformidad ó cicatriz que algunos autores señalan como una contra-indicacion en nuestro enfermo, ha sido insignificante, mas, podríamos decir, inapreciable.

CONCLUSION

No he hablado, de los métodos de Valette, de Wurtzer y otros que no son sinó modificaciones del procedimiento de Gerdy y porque no he querido tratar, sinó de lo que yo mismo he tenido oportunidad de observar.

Terminaré sacando de Malgaigne, algunos datos estadísticos, que trae en su tratado de medicina operatoria.

En 62 casos reunidos por Thierry y en los que se empleó el procedimiento de Gerdy, hubo 4 muertos.

Sobre 11 casos tratados por Bonnet (de Lyon), por su método, obtuvo 4 curaciones, 5 recidivas, 2 muertos.

Todos conocen los millares de casos que hay tratados por los vendages; si bien no todos han curado, por lo menos puede haber muerto ninguno por consecuencias del tratamiento.

Para concluir diré con Malgaigne:

En último resultado, para que la curacion de una

hernia sea obtenida, es preciso que el canal inguinal no esté ni muy dilatado, ni muy acortado. Ahora bien, bastando en estas condiciones un simple vendage para curarla, ¿qué podemos pensar de las operaciones que dejan tras ellas señales que ni los años destruyen y, lo que es mas grave aun, operaciones que todas cuentan ya con un cierto número de muertos?

Que los cirujanos apliquen aquí la gran ley de la moral universal, que prohibe hacer á los demás lo que no se quiere se haga con uno mismo.

Por mi parte declaro que no me sometería á ninguno de todos estos procedimientos, salvo quizá el de Bonnet (de Lyon); desde luego no me creo autorizado para someter á los demás en semejantes operaciones.

Vº Bº.

M. Gonzalez Catan.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1º Histología—¿El orígen histológico del hombre es una célula?

2º Anat. patol.—¿Por qué en el reblandecimiento cerebral, causado por embolia, se encuentra ésta en la arteria de Sylvius izquierda?

3º Anatomía—¿Qué órganos se encuentran contenidos en la cavidad craneana?

4º Anat. topogr.—Region braquial.

5º Fisiología—Acciones reflejas.

6º Terapéutica—Purgantes salinos.

7º Patología ext.—Accidentes de las heridas.

8º Nosografia médica—¿El noma es una enfermedad local ó general?

9º Patologia general—Importancia de la percusion torácica.

10º Clínica médica—¿Pueden coexistir en un mismo individuo dos diátesis?

11º Medicina legal y toxicología—¿Cómo se prueba que un recien-nacido ha respirado?

12º Obtetricia—De la auscultacion obstetricial.

13º Oftalmologia—Operaciones que se practican en el íris.