Año 1908 N° 1811

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Enterocele Lateral

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS C. MARCHINI

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Norte (1905 y 1906)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Intendente Crespo
(1907 y 1908)

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1908

ENTEROCELE LATERAL

AÑO 1908 Nº 1811

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Enterocele Lateral

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS C. MARCHINI

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Norte (1905 y 1906)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Intendente Crespo
(1907 y 1908)

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Pedro Lagleyze (con lic.)
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa (con lic.)
» » J. Manuel Irizar

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa con lic.
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-prctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín Lopez Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce en ejerc.
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez con lic.
Medicina Operatoria	» Leandro Valle con lic.
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes con lic.
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze con lic.
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomia Descriptiva	»	Vacante
» »	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas (en ejer.) Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming en ejer. Ricardo Colón Luis Agote
» Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zarate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Borda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret (en ejerc.)
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pedriática	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	« Juan José Galiano

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogia	» Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Zoología general, anatomía, fisiología comparada	Vacante
Botánica y Mineralogía	Vacante
Quimica inorgánica aplicada	Vacante
Quimica orgánica aplicada	Vacante
Farmacognosia y posologia razonada	Sr. Juan A. Dominguez (en eier.)
Fisica farmacéutica	Vacante
Quimica analitica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Quimica analitica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstetrica	» Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y	»
Terapéutica dentarias, Medicina legal . .	N. Etchépareborda

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía Fisiología, Patología.	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y y Terapéutica Dentarias, Medicina Legal	Vacante

---

PADRINO DE TÉSIS

DR. DANIEL J. CRANWELL

PROFESOR EXTRAORDINARIO DE
CLÍNICA QUIRÚRJICA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS PARIENTES

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Someto á vuestro elevado criterio este humilde trabajo, el que es de práctica llenar para poder optar al título de doctor en medicina.

La poca frecuencia con que se presentan en los consultorios de cirugía, tanto en la práctica privada como en los hospitales, los enteroceles laterales, y el hecho de haberme inspirado y cedido tan expontaneamente todo el material de trabajo el Dr. Cranwell, conjuntamente con la historia clínica de un paciente por él operado, me han determinado á desarrollar este interesante tema.

He dividido mi trabajo en varios capítulos, para decir todo lo que se refiere á etiología y patogenia, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Antes de abandonar los claustros de esta Universidad permítaseme que agradezca á todos los maestros de la escuela, las sábias lecciones que en el transcurso de siete años de estudios han sabido inculcarme.

A los médicos del Hospital Norte donde hice la mayor parte de mi internado y formé el criterio médico que poseo; eterno agradecimiento.

Al Dr. Daniel J. Cranwell que me dispensa el alto honor de apadrinarme en este acto; sincera gratitud.

Definición

Se conoce con el nombre de enterocele parcial según unos, de *pincement* lateral del intestino según otros, de hernia lateral, ó por el de hernia de Richter, nombre del autor que mas brillantes estudios ha hecho al respecto, á la penetración dentro de un saco herniario, de una parte del borde libre del intestino, mientras que el opuesto ó cóncavo, permanece en el vientre y con la particularidad de que el intestino extrechado por éste proceso puede quedar permeable.

Historia

Esta variedad de hernia ha sido mal conocida é interpretada, causa por lo cual durante mucho tiempo no se ha tenido una descripción exacta de lo que quería significarse con este nombre.

Hay que remontarse á Fabrice (de Hilden) en el año 1598, para encontrar una lijera mención al respecto, para despues seguir con Lavater en 1672 qne ya dá una descripción más clara sobre el punto.

Tratan también el tema Morgani, Littre, Garengeot, y Richter, especialmente este último que hace una descripción amplia y detallada, al punto de poder considerarse como el trabajo mas completo hecho sobre este tópico.

Treves en 1887 acepta el nombre de hernia de Richter, para las hernias de la pared, reservando el nombre de hernia de Littre con las cuales amenudo se les confundía, para las hernias diverticulares.

Viene enseguida un período de discusión en que descuella Rosser que llega hasta negar la existencia del enterocele lateral, atribuyendo el

error á faltas de observación, encontrando un imitador en König que sostiene la tesis siguiente: un asa intestinal puede adherirse á un caso herniano y formarse un divertículo adquirido, en el cual se presenten después fenómenos de inflamación y consecutivamente de gangrena. Dicho autor niega de una manera terminante la existencia de la estrangulación aguda de una parte de la pared intestinal.

Sykoff, Föderl, Riedel, Buse y Berger hacen estudios experimentales que tienden á explicar el mecanismo de esta estrangulación herniaria, llegando todos ellos á conclusiones más ó menos análogas.

Defaut en 1887, y Beanmais en 1889 publican también trabajos al respecto.

Müller en 1894 refiere un caso de hernia de la pared, encontrado al efectuar la autopsia de una mujer de 68 años muerta de un cancer de la S. iliaca.

Canon hace mención de una mujer con hernia crural datando de un año, y en la que pudo observarse al practicar la operación un tumor del tamaño de una cereza. La parte de intestino estrangulada era de color negrusco, la contraria de color normal. Deduce el autor que se trata de la estrangulación aguda, de una parte de la pared intestinal.

Adam en 1895 hace conocer 119 casos colec-

cionados en la literatura médica, que unidos á los presentados en 1901 ante la Sociedad de Cirugia de París, conjuntamente con las observaciones de Berard y Collin (1904 y 1905) constituyen elementos de mucha importancia, con los cuales se ha podido dejar bien esclarecido el punto.

Swartz en su comunicación á la Sociedad de Cirugía de París en 1901 hace meñción de un pincement crural del intestino delgado sin otro síntoma que la irreductibilidad y describe el caso en la forma siguiente: el enfermo sin antecedentes de ningún esfuerzo, siente un lijero dolor en la ingle derecha y constata al mismo tiempo la presencia de un pequeño tumor. Se hace diagnóstico de hernia crural irreductible, encontrando en el interior del saco durante el acto operatorio, una parte del borde convexo del intestino delgado.

M. Quenú corrobora la anterior observación con otro caso en que solamente una porción de pared del asa intestinal estaba estrangulada, comunicando con la luz del intestino por un orificio estrecho.

M. Rochar por su parte laparotomizando un enfermo con síntomas de oclusión se encuentra con un estrangulamiento circunscripto á una parte de la pared intestinal no dejando de reconocer que se trataba de una hernia de la pared.

M. Lejars, Broca P. Delbet y Ginard han enri-

quecido con sus casos respectivos la bibliografia sobre este punto.

Lancet en 1905 cita también 4 casos de esta variedad de hernia relativamente poco rara para él.

Como trabajos más recientes hay que citar el de Delage (1907) y entre nosotros el del doctor Cranwell, quien refiere en su Tratado de Clínica Quirúrgica un caso de enterocele lateral operado con éxito y cuya historia clínica acompañada de una fotografía ilustrativa que vá inserta al final disipan todas las dudas existentes al respecto y confirman de una manera irrefutable la realidad de esta forma de estrangulación.

Etiología y Patogenia

Las investigaciones y experiencias de Treves, Syhoff, Sachs, Foderl y otros tantos autores son las que tendremos presente en este capítulo tan importante.

Vamos á describirlas separadamente y veremos como contribuyen todas ellas á enseñarnos el mecanismo por el cual se produce esta variedad de hernia unanimemente aceptada y reconocida en la actualidad.

Treves. Empieza por establecer una diferencia entre las hernias de la pared del intestino (hernia de Richter) de las hernias diverticulares (hernia de Littre) opinando que las primeras no son tan raras como parecen. Trae cuatro observaciones personales y presenta al mismo tiempo un conjunto de ochenta casos afirmando de una manera terminante que los enteroceles laterales no están formados por la extrangulación de una pequeña asa intestinal como lo sostiene Rosser, ni por una adherencia primitiva de la pared intestinal (Hernia crónica de la pared de Albert).

Observa el autor que se presenta con mas frecuencia en la mujer que en el hombre y con preferencia en el anillo crural del lado derecho. En varios de estos casos se encontró un ganglio infartado debido probablemente á la presión del braguero sobre el territorio de los vasos linfáticos tributarios.

Hace notar tambien que en todos los casos la parte de intestino comprometida pertenecía á la última porción del ileón, y la parte de pared estrangulada era menor que la mitad de la circunferencia del intestino.

Exepcionalmente el volumen del tumor superaba al de una cereza. Como datos de autopsia encontró que la luz del intestino estaba conservada apesar de que en muchos casos solo pasaba una sonda.

Rosser que piensa de un modo diametralmente opuesto al de Treves trae en su apoyo, dibujos esquemáticos que tienden segun su criterio á ilustrar la cuestión, y dice; que cuando se hace la cura radical de una hernia y se encuentra una pequeña asa estrangulada se vé solo la parte convexa y no la parte concava ó mesenterica, tomando el intestino tal aspecto como si solamente estuviera estrangulada la mitad de la pared y es basandose en este argumento que Rosser sostiene que al efectuar la herniotomia el operador es víctima de un engaño, tomando por hernia de

la pared la estrangulación de un asa completa. Sostiene que aún cuando se levante el estrangulamiente es posible el error. El asa puede mostrar un anillo de estrangulación que no llegue al borde mesenterico y que solo comprenda los 3/4 ó 5/6 de la ciscunferencia intestinal. Esto se explica por la inserción mesenterica del intestino que queda en caso de estrangulación colocada entre los dos cabos.

Cuando la porción de intestino estrangulada es pequeña, el autor sostiene que hasta en la autopsia puede tomarse esto por enterocele lateral, repitiéndose de esta manera el mismo engaño.

Afirma que en los preparados anatómicos de enteroceles laterales con adherencias es preciso explicar el proceso en la forma siguiente: una pequeña asa intestinal penetra en un saco herniario y aun cuando no se estrangule, se inflama y se adhiere á la pared del saco quedando fija por esta adherencia la cuspide del asa sobreviniendo consecutivamente fenómenos de extasis é inflamación que pueden terminar en la gangrena; puede ocurrir tambien el acodamiento del intestino adherente y el ileus consecutivo.

Konig que acepta y participa de la opinión de Rosser, admite que una asa intestinal pueda adherirse á un saco herniario y formar un diverticulo adquirido en el cual se presentan despues fenó-

menos de inflamación y de gangrena, negando no obstante la existencia de la estrangulación aguda de una parte de la pared intestinal.

Sachs fundándose en el resultado de las experiencias por él practicadas explica la producción de estas hernias como consecuencia de un aumento brusco de la presión intraabdominal é intravisceral. En una asa intestinal colocada frente á un anillo herniario, sus paredes se encuentran por la parte interna bajo la acción de la presión intravisceral, igualmente en toda la pared del intestino; no ocurriendo lo mismo por la parte de afuera, en efecto, la pared del lado concavo ó mesenterico sufre la presión intraabdominal, mientras que la pared del borde libre sufre la presión atmosférica. Si en este estado se produce un aumento brusco de la presión intravisceral, la parte libre, debido á la diferencia de presión, penetra en el saco y se estrangula.

Sykoff ha practicado también una serie de experiencias con el objeto de explicar:

1º el mecanismo de formación de esta variedad de la hernia.

2º porque se producen fenómenos de impermeabilidad intestinal.

3º que consecuencias trae la estrangulación de una parte de la pared del intestino.

Este autor repitió las esperiencias de de Sachs;

pero con la siguiente modificación, tomando el intestino con una pinza lo atraia hacia el oriticio que simulaba el anillo herniario é inyectando aire dentro de él comprobó inmediatamente que la parte fija de intestino se distendía sobre el orificio y se hacía irreductible obteniéndose por esta experiencia el cuadro clásico de una hernia de la pared. Se consigue este resultado cuando el diametro del orificio que simula el anillo herniario no pasa de dos centímetros, pues, es necesario hacer constar que las investigaciones han demostrado que con un diametro de tres centímetros el asa intestinal se reduce.

Cita este mismo autor un hecho muy curioso observado en la clínica del profesor Kusmin y lo relata en la forma siguiente: al practicar un ano contra natura una pequeña porción de pared intestinal se introdujo en una hendidura músculo aponenvotica; tomada con una pinza esta porción de intestino y atraída ligeramente pudo verse su distención inmediata, debido á la acumulación de gases en su interior al mismo tiempo que cubría completamente los bordes de la hendidura. Vemos, pues, como interpreta el autor el modo de formación de estas hernias.

Las experiencias demuestran que la impermeabilidad del intestino, en estos casos, depende de un obstáculo mecánico al pasaje de las materias y de las alteraciones patológicas que se producen tanto

en el sitio de la estrangulación como en su vecindad.

El obstáculo mecánico consiste en el cambio de dirección del asa intestinal y en la estrechez de la luz del intestino que es más pronunciada de lo que podría creerse por la parte de la pared estrangulada.

Cuando se encuentra estrangulada por ejemplo, 2/3 de la circunferencia intestinal, la estrechez que se produce como consecuencia de este estrangulamiento, solo permite el pasage de una sonda pero con cierta dificultad. Esto es el resultado de la invaginación en la luz intestinal de la parte no estrangulada y es debido también á que los pligues del intestino aumentan de volumen á causa de las perturbaciones circulatorias.

Con mucha frecuencia se produce la gangrena de la mucosa en el surco de la estrangulación y sus bordes desprendidos disminuyen la luz intestinal. Se forman tambien repliegues á especies de válvulas en la terminación del asa aferente dilatada. Por último juega un papel importante, la paresia de la musculatura en el asa aferente á causa de la dilatación y talvez por la acción del contenido intestinal descompuesto.

En lo que se refiere á las alteraciones patológicas acarreadas por la estrangulación, Sykoff ha podido comprobar que la gangrena es más rápida y más pronunciada que en la estrangu-

lación de una asa completa debido á que los vasos de la pared intestinal libre son más tenues, la presión de la sangre es pequeña y la compresión del anillo se lleva directamente sobre la pared; mientras que los vasos mesentéricos se encuentran mas ó menos protegidos.

Dice además que la grangrena de la parte herniada principia por la cerosa y más rapidamente en la cupula. En cambio en el asa aferente las alteraciones, principian por la mucosa.

Föderl: Este autor como los demás que sostienen la existencia del enterocele lateral ha efectuado tambien una serie de importantes experiencias. Colocaba delante de la pared de una asa de intestino delgado placas de celuloide ó de caucho en las que previamente se había hecho un orificio de tres á cuatro y medio milímetros de diámetro obteniendo así un anillo herniario artificial. Haciendo compresión sobre el vientre ó inyectando aire por el recto obtenía la formación de una hernia de la pared. Pudo este autor por medío de sus investigaciones llegar á las conclusiones siguientes: 1° Existen hernias libres de la pared intestinal, que pueden desaparecer en un momento dado; 2° existen estrangulaciones agudas de la pared, que en algunos casos representan el tipo de la estrangulacion elástica, en las más el tipo de la extrangulación estercoracea; 3° existen también hernias crónicas de la pared, en las

cuales se encuentran siempre adherencias con el peritoneo que representa el saco; 4° para la formación de éstas hernias hay que tener en cuenta la presión abdominal y la distensión súbita del intestino; para la extrangulación elástica se necesitaría un intestino vacio y un anillo herniario elástico. 5° en la mayoría de los casos existe, al principio una comunicación entre la parte herniada y el intestino; 6° la hernia lateral produce una estonosis del asa correspondiente, que depende del tamaño de la pared herniada y puede llegar hasta la impermeabilidad completa.

Riedel que también hace estudios sobre esta variedad de hernia, ha encontrado en 134 casos de estrangulación intestinal 12 enteroceles laterales, de los cuales 8 eran crurales y en la mujer, haciendo notar este autor que se debe pensar en ésta variedad de hernia, cuando se encuentra pequeñas hernias cruraies, en la mujer, en la edad adulta y siempre que se manifiesten síntomas de estenosis. Opina también que es necesario la existencia de un cuello estrecho en el anillo inguinal para que ésta hernia pueda producirse.

Buse refiere 33 casos de enteroceles laterales observados en 168 hernias estranguladas, operadas en la clínica de Yena y sostiene contra la opinión de Rosser y König que pueden producirse sin la preexistencia de divertículos. Este autor admite que para la formación de estas her-

nias, son necesarios los factores siguientes: 1º anillo herniario extrecho (especialmente el anillo crural); 2º presión abdominal enérgica y 3º intestino movible.

Adam basa su tesis en 119 casos de enteroceles laterales tomados de la literatura médica, habiendo comprobado que en 95 casos 72 eran crurales, 15 inguinales y 5 obturatrices, pudiendo advertir también que en 111 casos 78 eran mujeres y 33 hombres.

Le Dentut dice que el intestino es en realidad tomado lateralmente y bajo la influencia del edema de sus paredes, de la distensión por los líquidos y los gaces aprisionados en la porción herniada, esta se dilata y dicha salida persiste aún cuando se libre el agente de estrangulamiento; es pues, una dilatación lateral secundaria y no primitiva.

Vemos; pues, por el resultado de las investigaciones anteriormente citadas que la mayoría de los autores admiten la existencia de esta variedad de hernia, aunque haya algunos, los menos, que creen, que solamente previa existencia de un divertículo de la pared intestinal puede producirse la estrangulación aguda.

Los datos recogidos por la experimentación lo mismo que la comprobación durante la operación ó la autopsia permiten dilucidar el punto y no dejar ni siquiera la más mínima duda que impida poder sentar como un hecho probado la existencia

real del enterocele lateral y confirmamos lo anteriormente dicho con la interesante observación de Riedel quien dice que esta variedad de hernia puede producirse en un saco secundario de una gran hernia umbilical. Este autor tuvo oportunidad de reoperar cinco días más tarde uno de sus enfermos, encontrando la pared del intestino en su estado normal y sin divertículo preexistente.

Entre nosotros la hernia de la pared se presenta con muy poca frecuencia. Sin embargo la estadística de algunos cirujanos extranjeros nos indica que no es tan rara. En efecto Riedel en 134 casos de hernias estranguladas encuentra 12 enteroceles laterales, Buse 33 casos en 168 hernias estranguladas y si á estos se agregan 2 dudosos resulta una proporción de un 18 %. Lorenz refiere 9 del intestino delgado y 2 del intestino grueso, ademas de 18 casos encontrados en la autopsia en el Instituto de Anatomía Patológica; Treves publica 53 observaciones; Adam 119 casos tomados de la literatura.

En cuanto á la parte de intestino que se estrangula está demostrado que pertenece casi siempre al borde libre de la última porción del ileon no obstante se citan casos en que también la pared del intestino grueso constituye el contenido del saco.

Es siempre la parte contraria á la insercion mesentérica la que se estrangula y generalmente en una extensión de 3 á 4 centímetros.

Se presentan por lo común en el anillo crural como lo demuestra la estadístiea de Adam que entre 95 casos, encontró 72 crurales, 15 inguinales y 5 obsturatrices.

Se han observado también en vasos inguinales, obturatrices, umbilicales y hasta en la línea blanca, como lo demuestran los 3 casos observados por Wiesinger. Se trataba de 3 niños con abcesos de la pared, abcesos qui fistulizaron despues de su abertura. Dos de los pacientes murieron y pudo comprobarse que estas fístulas provenían de enteroseles laterales gangrenados.

Con relación al sexo puede asegurarse que la mujer tiene más predisposicíón que el hombre para adquirir esa enfermedad y en efecto, con solo recordar la estadística de Adam podemos ver su mayor frecuencia por cuanto de 111 casos 78 eran mujeres y 33 hombres.

Es notable el aumento de proporción con relación á la edad; el 60 % de los enfermos tienen alrededor de 50 años.

Mucha predisposición tienen las personas portadoras de hernias crurales viejas.

Anatomia Patológica

Si bien es cierto que las alteraciones circulatorias son muy rápidas é intensas en el enterocele lateral, veremos lo poco que difieren de aquellas que evolucionan en la estrangulación de una asa completa. Los fenómenos macroscópicos que se producen son los siguientes: constituido el extrangulamiento se produce en un primer período la congestión del asa intestinal, caracterizada por una vascularización intensa que toma un color rojo obscuro, al mismo tiempo que la red venosa y los vasos mesentéricos se hacen notar por su dilatación. Como consecuencia de este extasis venoso aparece el edema manifestándose por un espesamiento de las túnicas intestinales. Obstruida tambien la luz del intestino, la retención de gaz y líquidos en su interior hace que este se distienda, se hinche y tome una forma redondeada y globulosa. Principian enseguida fenómenos inflamatorios, debido á los cuales aparecen en la superficie depósitos fibrinosos, y al mismo tiempo tiene lugar una ligera transsudación líquida en el interior del saco. En cambio al nivel del estrangulamiento su-

cede todo lo contrario; las túnicas intestinales aplas tadas y comprimidas en este lugar, presentan manchas equimóticas; y á esta región que separa el intestino sano contenida en el abdómen del intestino edematoso y congestionado contenido en el saco, es á la que se le ha dado el nombre de surco del estrangulamiento.

En un segundo período las lesiones inflamatorias progresan las manchas equimóticas se multiplican y uniéndose entre ellos invaden el intestino herniado, al mismo tiempo que se produce un exudado fibrinoso, indicio de la reacción inflamatoria del peritóneo intestinal.

Al nivel del estrangulamiento la coloración equimótica es reemplazada por un tinte gris de mal aspecto y palpando las túnicas intestinales puede apreciarse su adelgazamiento y la pérdida de su tonicidad.

En el tercer periodo se llega á las lesiones de gangrena que comienzan primero por el surco de estrangulamiento. Se producen pequeñas perdidas de sustancias que dejan salir al contenido intestinal. En el asa la gangrena, principiando por las partes profundas destruye primero la mucosa, despues la musculosa y cuando la serosa no resiste, se produce la perforación acarreando sus consecuencias inmediatas. El contenido del asa intestinal sufre tambien modificaciones y retenido en la parte estrangulada, se vuelve un medio favorable á

la exaltación de la virulencia de los microbios y ayuda á la producción de lesiones infecciosas en las paredes de esta asa. Esto pasa en la estrangulación de una asa completa.

En la estrangulación de una parte de la pared intestinal se ha comprobado que las lesiones principian por la cupula, raras veces por la base.

Las perforaciones son muy frecuentes.

La rapidez de las alteraciones circulatorias en esta variedad de hernia, estriba en la compresión directa del anillo sobre la pared sin interposición de mesenterio en el interior del saco, pues sabemos nosotros que esta membrana, lo mismo que el epiplon, juegan un rol protector del intestino contra la gangrena herniaria.

La parte estrangulada corresponde siempre al borde convexo.

El saco es pequeño, falta líquido ó se encuentra en muy poca cantidad.

Sintomatologia

No hay duda alguna sobre la existencia de los enteroceles laterales libres y en efecto, demuestra ésto la observación de Lorenz que refiere haber encontrado uno, en un pequeño saco umbilical mientras efectuaba una autopsia judicial.

Estos enteroceles libres se manifiestan cuando mas como una punta de hernia de modo, pues, que nosotros vamos á describir lo que mejor se ha observado, es decir, la sintomatologia dada por un enterocele lateral agudo estrangulado.

Por regla general los sintomas son menos violentos que los de la estrangulación de una asa completa. Los enfermos portadores de una pequeña hernia antigua, y que hasta entonces había sido reductible, sienten dolores que bajo forma de cólicos se irradian hacia el vientre y constatan al mismo tiempo, en la región del anillo herniario un pequeño tumor del tamaño de una nuez, doloroso, tenso renitente, que no aumenta de volumen por los esfuerzos y la tos y que se hace completamente irreductible. Cuando el tumor herniario es muy pequeño puede pasar desapercibido.

Los sintomas generales son muy atenuados, los pacientes sufren poco; la reacción peritoneal es poco intensa; hay nauseas, los vomitos faltan amenudo y si existen son pocos frecuentes.

Los vomitos fecaloides son muy raros (6 en 53 casos) según Treves.

El meteorismo puede faltar completamente. La circulación de gaz persiste en parte.

Se observan movimientos de vientre tanto expontáneos como provocados.

Diagnóstico y pronóstico

Es muy dificil hacer un diagnóstico exacto de esta variedad de hernia, máxime si se tiene en cuenta la benignidad de los sintomas con que se presenta. Hemos visto que cuando el tumor herniario es muy pequeño, puede pasar desapercibido para el paciente, apesar de que las lesiones graves que ya se han iniciado, no se manifiesten por sintomas que puedan hacer pensar que se está en presencia de un enterocele lateral estrangulado.

Cuando el tumor herniario es más grande puede pensarse en un epiplocele estrangulado, ó en una simple inflamación del saco, puesto que en estos casos los sintomas son analogos y no existen signos de oclusión.

A lo sumo puede hacerse un diagnóstico aproximado de esta enfermedad cuando se encuentran pequeñas hernias crurales irreductibles en la mujer y en la edad adulta y siempre que evolucionen sin sintomas de oclusión.

El tiempo que dura la estrangulación es término

medio de 5 1/2 días para las hernias crurales y de 7 días para las inguinales.

El pronostico es muy grave, puesto que las alteraciones circulatorias son rapidísimas y las perforaciones frecuentes.

Treves trae una mortalidad de 62.2 %. Buse de 42 % y Adam refiere que en 107 casos 57 curaron y 50 murieron. Deducimos de estas cifras que la mortalidad es muy grande, pudiendo fijarla aproximadamente en un 50 %.

Tratamiento

El taxis que algunas veces dá resultado en la estrangulación de una asa completa, debe abandonarse en el enterocele lateral.

Sabemos nosotros que los enfermos se presentan lo más amenudo tarde al cirujano, y cuando ya se han iniciado lesiones de gangrena, de modo que al tentar efectuarlo se corre el peligro de reducir un intestino ya perforado.

Treves cita dos casos en que consiguió la reducción, pero con pésimo resultado, pues, los dos pacientes murieron.

Es teniendo en cuenta esto que hay que decidirse por la operación inmediata.

Algunos autores recomiendan establecer un ano contra natura.

Rosemberger sutura el intestino al cuello del saco favoreciendo de este modo la eliminación hácia el exterior de la parte necrosada. Se forma así una fístula que curaría al cabo de un cierto tiempo.

Dice haber operado cuatro casos por este procedimiento, obteniento, buen resultado en tres.

Jowler cita un caso en que hizo resección, y otro en que hizo resección cuneiforme sin tocar el borde mesentérico, obteniendo en los dos la curación.

Otros han practicado tambien la invaginación de la parte gangrenada por medio de una sutura en dos planos; pero tiene la desventaja este procedimiento, de extrechar la luz del intestino.

La operación de elección es la enterectomia seguida de una enteroanastomosis lateral.

Se hace una incisión de 10 centímetros más ó menos paralela al canal inguinal y llegado al saco se secciona el cuello de éste. Una vez abierto se vé si la pared del intestino no presenta alteraciones y si esto sucede se reduce; pero si existen lesiones que es lo más frecuente es necesario efectuar la resección de la parte enferma.

Para practicar la enterectomia se lamina el intestino con una pinza angiotribo en el punto que debe ser seccionado, se corta enseguida entre dos ligaduras, y el muñon, previa cauterización con termo cauterio, se hunde por medio de una sutura en jareta con seda fina; se trata de igual manera tanto el cabo aferente como el eferente, no contaminándose el peritoneo puesto que el intestino se corta sin abrir su luz. Se unen los dos cabos intestinales por medio de una enteroanastomosis lateral.

Esta operación relativamente facil y poco peligrosa es la que mejores resultados ha dado en la práctica.

Observacion Clínica

V. G. R. de 41 años de edad, casado, jornalero, español.

Refiere el enfermo que hacen diez días fué atacado súbitamente de dolores al vientre, sin vómitos ni diarrea; al día siguiente los dolores se calman, pero nota en la ingle izquierda un pequeño tumor, duro, doloroso é irreductible. El enfermo continúa en sus ocupaciones habituales porque el tumor no le incomoda, pero como notara que su volúmen no disminuia resuelve ingresar al Hospital de Clínica al servicio de cirugia. Dice además que desde hace mucho tiempo tenía en esa misma región una hernia muy pequeña que salía con los esfuerzos, pero se reducía con facilidad y no le molestaba mayormente.

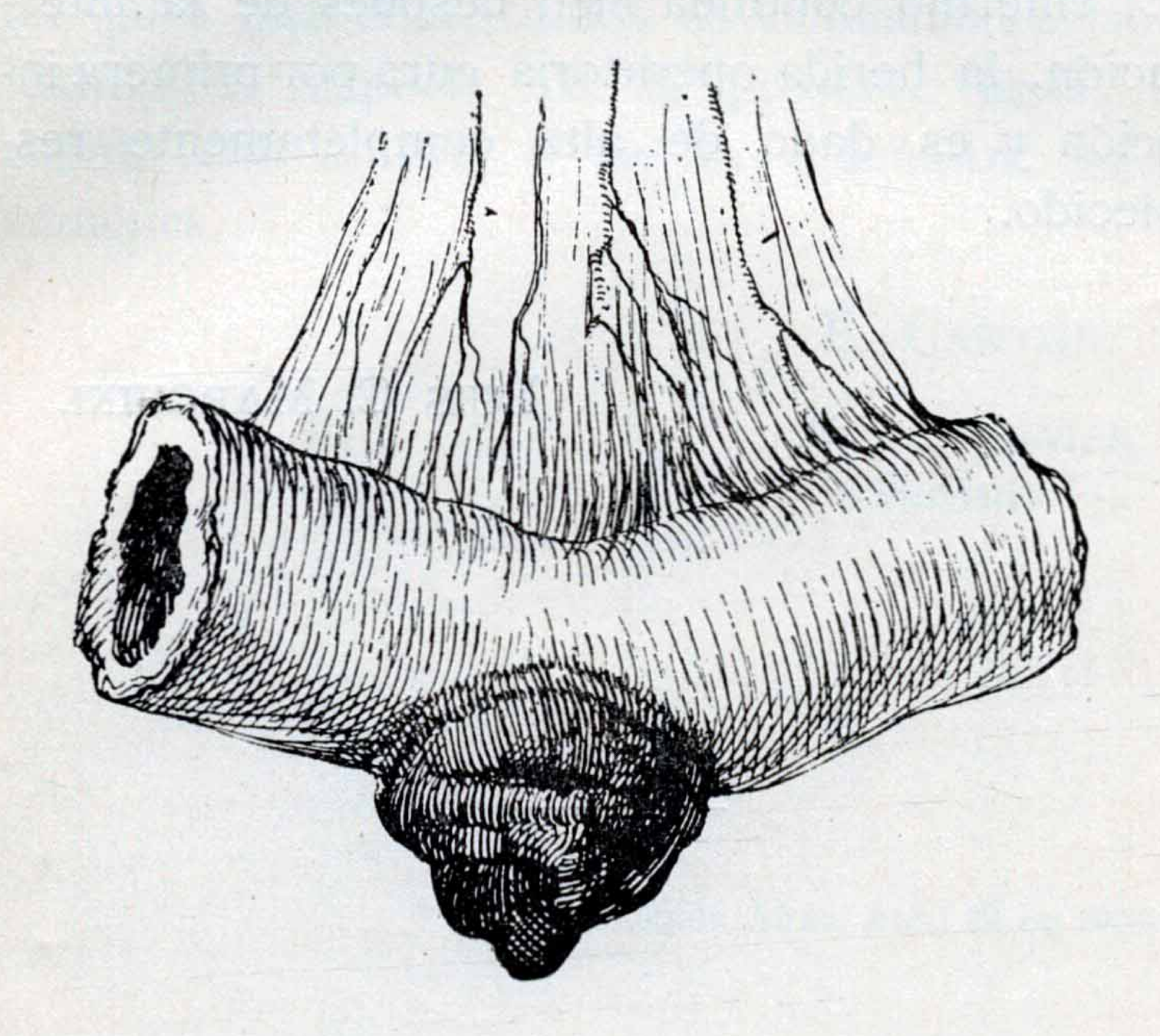
El paciente presenta muy buen estado general, no acusa dolor ni molestia de ninguna especie, sus funciones digestivas bien, no vomita y mueve el vientre con toda regularidad, 70 pulsaciones, no tiene fiebre. Camina y trabaja como de costumbre y solo viene al Hospital buscando un medicamento para disolver su tumor.

Examinando la región inguinal izquierda, se encuentra un tumor del tamaño de un huevo de gallina, colocado ál nivel del anillo inguinal externo; tumor duro, liso, redondeado, irreductible, indolente á la presión, algo movible en el sentido lateral, pero fijo á los planos profundos y no aumenta con la tos ó los esfuerzos. Vientre despresible é indolente.

Teniendo en cuenta el antecedente que dá el enfermo, de haber tenido en esa misma región un tumor reductible y no existiendo síntomas de oclusión, se piensa en un epiplócele estrangulado, resolviendo el doctor Cranwell efectuar la operación inmediata.

Operación: Se hace una incisión de 10 centímetros paralela al canal inguinal; se encuentra un lipoma preherniario, de color negruzco y edematoso; detrás del lipoma existe un pequeño saco que abierto no da líquido pero puede notarse facilmente que el intestino delgado está adherido á su superficie interior. Se incinde el cuello y se observa que el círculo de extrangulación no comprende una asa intestinal completa, sinó una parte de su circunferencia del lado contrario á la inserción mesentérica, se extraen unos 20 centímetros de intestino delgado y se comprueba facilmente que se trata de una hernia de la pared; hay necrosis de las túnicas intestinales y las le-

siones poco marcadas al nivel del anillo de estrangulación son más notables en la cúpula donde el peritóneo está desprendido. El resto del intestino se encuentra bien.



Enterocele lateral estrangulado. Dibujo del natural, que representa fielmente la porción de intestino resecada y el aspecto del borde convexo distendido en forma de seno y con lesiones de gangrena.

Aún cuando la porción gangrenada es pequeña se resuelve practicar la resección.

A dos dedos por arriba y por debajo de la lesión se lamina el intestino con una pinza angio-

tribo y se secciona entre dos ligaduras, hundiendo, por medio de una sutura en jareta con seda el extremo ligado tanto del cabo aferente como del eferente. Se hace enseguida una entero-anastomosis lateral con sutura de seda continua.

El enfermo continúa bien después de la intervención, la herida operatoria cura por primera intención y es dado de alta completamente restablecido.

LUIS C. MARCHINI.

Buenos Aires, Abril 20 de 1908.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al Profesor Titular Dr. Juvencio Z. Aice y al Profesor Suplente Dr. M. Herrera Vegas, para que constituidos en Comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Abril 29 de 1908.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Núm. 1811 del libro respectivo, entrégue-se al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1° Operaciones que se practican en el intestino.

2° Laparotomias.

3° Hernias inguinales congénitas.