

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**La quelotomía en el tratamiento de la hernia umbilical
estrangulada en el adulto**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Manuel Celaya Cendoya

Madrid, 2015

14-1

vol 1616

81-1A-nº 10

La quelotomia
en el tratamiento de la hernia
umbilical estrangulada en el adulto.

Ce. 2890

(1616)

~~Amigo~~

~~Dr. Fausto Herrera~~

Dr. Criado



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213294

X533805316



Exmo Señor.

La tendencia natural de la humanidad al progreso induce al hombre a contribuir con los medios a su alcance a esa ley ineludible que conduce al descubrimiento de hechos, que si bien se atribuye a veces a la casualidad, no es menos cierto que la apreciación de éstos requiere métodos previos de investigación, modificados

por procedimientos más ó menos ingeniosos, adaptados á la diversidad de circunstancias que concurren en su manera de presentarse y que la observación dicta, que puestos en acción por inteligencias superiores encaminan á las generaciones al conocimiento de la verdad.

Acabamos de dejar los escuños de la cátedra; y ansioso de adquirir uno de los títulos más honrosos y que más ennoblecen al hombre, quisiera me proveyera en condiciones de ser útil á nuestros semejantes en lo que más afecta á lo esencial de su naturaleza, que es la conservación de su salud y la evitación de las enfermedades que debilitan y enervan sus energías, restando á la sociedad medios de subsistencia y adelantos, venimos, de-

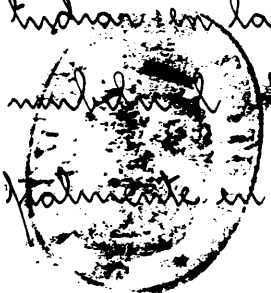
deciendo en parte á la precitada ley inmutable del progreso é impulsados por la inclinación que nos guió á la elección de la carrera, á cumplir el último acto de esta presentando á examen de este Respetable Tribunal la Memoria reglamentaria, que de merecer la aprobación de los ilustres censores que han de estimarla, nuestras aspiraciones, largo tiempo há concebidas, quedarían satisfechas.

No tenemos la pretensión de aportar nuevos conocimientos que vengán á modificar, mucho ni pocos, los que actualmente posee la ciencia; nuestro objeto es más modesto, y se concreta á la exposición de algunos conceptos que nos han surgido de la observación de varios casos clínicos interesantes en nuestra corta práctica his-

pitolaria.

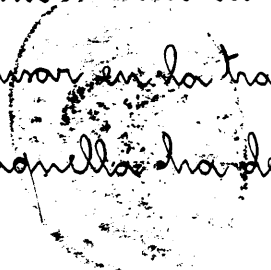
Con el epigrafe « La quelotomía en el tratamiento de la hernia umbilical estrangulada en el adulto » presentamos un conciso trabajo encomendándolo a la benevolencia del Tribunal, que bien la ha de menester, confiados en que no ha de faltarles en atención al interés que nos ha estimulado a practicar las indagaciones bibliográficas necesarias para llegar a las conclusiones que en él deducimos.

Dividiremos este escrito en dos partes, dedicando la primera a la exposición sucinta de lo referente a las hernias en general, para estudiar en la segunda lo relativo a la hernia umbilical estrangulada del adulto, principalmente en lo que atañe a su tratamiento



mentos.

Nuestra labor será breve, como producto de quien inexperto que principia a caminar por la escabrosa vía donde tantas contrariedades y desfecciones ha de encontrar antes de vencer las resistencias que se opongan a la consecución de sus miras, que se reducen a servir a la humanidad siguiendo las huellas que nuestros maestros le han marcado en la penosa senda que se propone recorrer, y si en ella incurrimos en falta u omisión de alguna importancia, esperamos alcanzar la indulgencia del ilustre Tribunal que nos juzga, habida consideración a la emoción que ha venido dominando nuestro espíritu al pensar en la trascendencia de la causa que aquéllos ha de



merecer.

1ª Parte

Ybernias en general.

Definición. Se enseña que toda definición debe ser clara, concisa y correcta. No deja de tener dificultades la aplicación de estas cualidades al objeto definido, y así vemos que cuando se trata de explicar una cosa para darla á conocer, con sus propiedades naturales, cuanto más nos empeñamos en hacerlo con perfección tanto más nos exponemos, en nuestro afán de



detallar, á involucrar en confusión, prodigalidad y mediano estilo. De estos defectos no se han librado las numerosas definiciones que se han dado de las hernias; y á fin de ser como cronista nos sea posible, y sin pretensiones de llegar á una exactitud en nuestro propósito, á la verdadera idea que ha de expresar la definición, procuraremos excluir de la que aceptamos para la hernia, aquellos padecimientos con los que ésta guarda más ó menos analogía ó parecido.

No nos ocuparemos de las ectopías viscerales en las que los órganos cambian de lugar, alejándose del sitio que normalmente les corresponde ocupar, dentro de la cavidad abdominal donde se hallan encerrados. Fijaremos nuestra aten-

cion más bien en aquellas dislocaciones que se verifican al través de las paredes de las cavidades o consecuencia de soluciones de continuidad y después de la cicatrización de los tegumentos que constituyen la eventración, (Re-laton), y en la salida de algunas vísceras por orificios o conductos naturales, sin que á su paso se oponga por delante obstáculo alguno, dando lugar al prolapso (Eulenburg), para no incluirlas en nuestra definición.

Definiremos, pues, la hernia diciendo que es « la salida de una víscera contenida en una cavidad del cuerpo á través de un orificio, anillo o conducto natural, más ó menos dilatado, y que en la membrana más contigua á ella, arrastrando por delante todas ó



parte de las cubiertas».

División. Según sea la época y modo de aparición de las hernias se dividen éstas en hernias congénitas y adquiridas.

Por la dirección que llevan las vísceras se distinguen en internas y externas ya se trasladan los órganos de un lado a otras cavidades, como en la diafragnática, o tiendan a hacerse subcutáneas. Estas últimas reciben diversas denominaciones derivadas de las cavidades de procedencia de la víscera herniada, como hernia de la cabeza, del tórax, de la pelvis o del abdomen, ofreciendo cada una variedades relacionadas con los órganos contenidos en el saco y con el orillo o conducto por donde se verifica, llamándose encefalocele (hernia del cráneo),

puerocoele (hernia del pulmón), gastrocoele (hernia del estómago), epiplocoele, enterocoele, y hernias inguinales, umbilicales, de la línea blanca, umbilicales, etc.

Anatomía y Fisiología patológica.

Punto menos que imposible resulta la exposición correcta de los caracteres generales de las hernias, cuando se trata de abarcar en descripción anatómo-fisio-patológica, en los estrechos límites que nuestro trabajo nos ofrece, dada la variedad de las regiones y sitios donde se producen, de las cámaras que las forman y de los tejidos que las involucran. Así es, que para adap-



tomos á los propiamente que en esta Memoria perseguimos y á fin de dar mayor claridad á los conceptos que intentamos sentar, tomaremos como tipo las hernias abdominales, y entre éstas aquellas que se manifiestan en el plano anterior, excluyendo, por tanto, las que se forman al través del triángulo de M. L. Petit. No obstante; si quiera sea por la frecuencia que se observa y por la analogía que guarda con las primeras, ya por la manera de producirse ó bien por los órganos que la constituyen, creemos deber agregar á ellas la hernia mural aun cuando en su origen se halle fuera de la región del vientre.

Circunscribiéndonos, pues, á este terreno (per-
mitárenos la palabra) debemos distinguir en to-

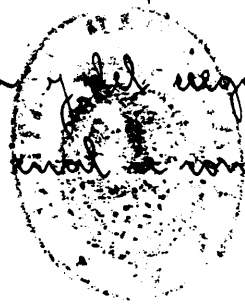


da hernia abdominal la viscera heniada, el saco herniario, las enbrietas inproporcionadas y el anillo por donde se verifica la protrusion.

Casi todas las visceras del abdomen se han encontrado en las hernias; y decimos casi, porque vemos en un Tratado clásico de patología quirúrgica (Nelaton) que su autor excluye de esta regla general el duodeno, el páncreas y los riñones, pero esta excepción debe referirse á las hernias ^{internas}. Pero lo que nadie puede dudar es, que el epiploon y el intestino delgado son los llamados á ser dislocados con más frecuencia, refiriendo á estos las diversas porciones del intestino desde la Siliaca y el colon transverso y el ascendente, al ciego y el colon descendente.



El saco herniario está constituido por el peritoneo enfundado a través del orillo por la visera dislocada. Actualmente se niega la posibilidad de hernias viscerales sin el correspondiente saco. En nuestra definición de la hernia, expresamos este concepto para diferenciarla de otras formas de dislocaciones viscerales; y sin embargo, cumplimos aquí hacer una aclaración para evitar que se nos juzgue de algunos tanto exclusivistas. Ocurre en algunos ~~casos~~ prolapso visceral que aunque el órgano desencajado no está en realidad cubierto por el peritoneo, esta membrana es arrastrada por los bordes, como sucede en las hernias de la vejiga y del ciego, y forma una bolsa (saco) en la ~~total~~ ~~parte~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~visera~~ ~~que~~ ~~contiene~~ ~~parte~~ ~~de~~ ~~las~~ ~~visceras~~.



En el saco herniario se distinguen el cuello, el cuerpo y el fondo. El primero es la parte de peritoneo más estrecha, que corresponde al anillo, y establece la comunicación entre la cavidad peritoneal normal y el saco; el segundo es continuación del cuello y forma, digámoslo así, la periferia del saco; y el fondo es la parte libre de éste.

Las diversas modificaciones que puede experimentar el saco las iremos indicando cuando hablemos de las complicaciones que surgen en el curso de las hernias.

Las cubiertas de la hernia están constituidas de las varias capas de la pared abdominal que la forman (tegumentos, músculos, planos celulares, etc.); pero puede decirse que los te-

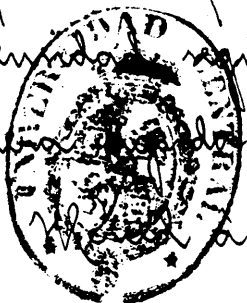


quidos que contribuyen à su formación son el tegumentario y el conjuntivo, pues según vaya acrecentándose la hernia, ceden y se separan à su empuje los músculos, y el saco se desliza empujando los bordes de estos.

El anillo herniario ó sea la abertura que dá paso al órgano dislocado, no puede expresarse con la palabra que se le designa la verdadera idea que debemos tener del loans nimis resistentia que vence la hernia para dar lugar à la tumoración por la que se hace ostensible à nuestra vista. A veces es un anillo perfecto, en ocasiones un ójal, otras veces una simple separación de fibras más ó menos elásticas y también un conducto. En el conducto inguinal tenemos remidas tres formas, de las

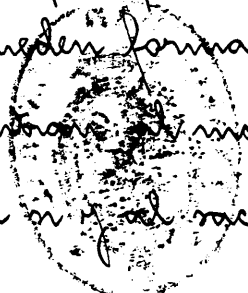
cuarto que mencionamos, en el ojo interno, el anillo externo y el trayecto limitado por éstos. El cuarto puede ser artificial y se observa en las hernias traumáticas que se producen por intersticios musculares o fibrosos que se dejan dilatar. De pasada mencionaremos las múltiples aberturas circulares por donde se verifican las hernias conocidas con la denominación de diverticulares que nos han de ocupar en otro lugar.

Las hernias antiguas sufren modificaciones o alteraciones manifiestas debidas a ciertos procesos inflamatorios y que varían en su intensidad, según éstos evolucionan de una manera aguda o crónica.



a la inflamación crónica, rorda

è invidiosa que viene fraguándose en el seno de los tejidos que forman la tumoración herniaria, la piel, que al principio es delgada y deja transparentar los vasos que por ella se pasan, se vuelve gruesa, se produce una notable descamación de su epidermis y los vasos se dilatan; á veces hay acúmulo de líquido en el tejido celular subcutáneo y otras veces este tejido presenta una proliferación de sus células grasas dando lugar á quistes parecidos á los del epiploon; las demás cubiertas adquieren también mayor grosor que el que normalmente les corresponde, y gracias á la proliferación de sus elementos anatómicos pueden formar numerosas capas, que se encuentran al dividirlos; estas capas, unidas entre sí y al vaso



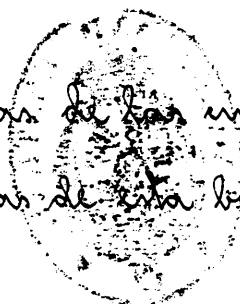
herniario, hacen desaparecer el deslucimiento de unas sobre otras volviéndose inmóviles: el engrosamiento que describimos no es uniforme en las cubiertas herniarias y la tumorescencia reviste un aspecto desigual en su consistencia y flexibilidad. En el saco se observan también alteraciones dependientes de la inflamación crónica: Además de su engrosamiento y de las adherencias que contrae con las capas que le recubren, se verifican también exudados que organizados, llenan las superficies del saco y de las vísceras que los contiene ó se forman bridas dirigidas del uno á las otras contribuyendo á que éstas sufran tracciones que las deforman ocasionando las consecuencias de que no tardan en ser el resultado. El saco en el cuello se



modifica por el engronamiento, al nivel del anillo, de los pliegues que en aquel se forman, favoreciendo su estrechez y en ocasiones su oclusion. Tambien experimenta el saco modificaciones de forma; estas transformaciones dan lugar a los sacos multiples, moniliformes, etc mereciendo especial mencion la prominencia que en el saco tabicado se forma en la hoja divisoria, que se designa con el nombre de hernia enquistada.

El proceso que acabamos de bosquejar nos lleva como de la mano a fijarnos en una de las complicaciones, nió la más temible, ni precursora de ésta.

Las adherencias de las capas de las membranas entre si y con el saco; las de ésta bolsa



peritoneal con las vísceras en ella contenidas, ya por contacto directo de sus superficies ó por bridas ó puentes fibrosos que se establecen entre ellas; y la conglutinación proliferante del cuello del saco con el anillo fibroso y la porción visceral que éste abraza, dan por resultado la irreductibilidad de la hernia.

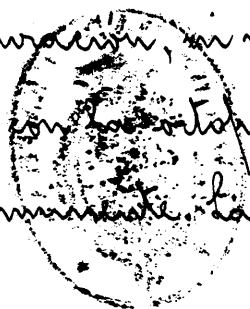
La irreductibilidad del saco herniario es tan común, que su privación en hernias de alguna antigüedad debe considerarse como excepcional, por lo que algunos autores no la incluyen entre sus complicaciones.

También se hacen irreducibles las vísceras contenidas en el saco. El descuido de los enfermos que no procuran contener la hernia y el abandono que ésta, por abandono, adquiere



un espeso volumen, es la causa más abarata para despojarla del derecho de domicilio en la cavidad abdominal. A esta incuria de parte del enfermo se añaden las adherencias íntimas y por haces fibrosos que dejamos indicadas, así como también las torsiones e invaginaciones que en las manipulaciones de taxis suelen producirse, para constituir la irreductibilidad.

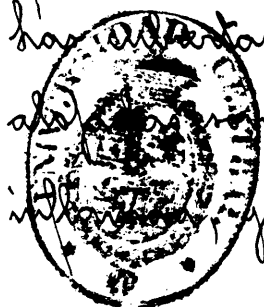
Desgraciadamente los enfermos no dan la debida importancia a la irreductibilidad de la hernia mientras no experimentan fenómenos o accidentes violentos; que ya sobrevenidos, es tarde para esperar, no la curación, ni siquiera un alivio algo duradero con los opiáceos, pues su repetición se hace inminente. La



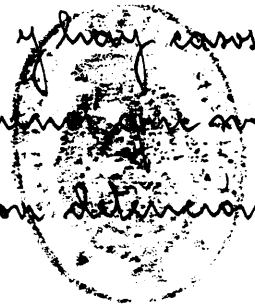
hernia mal contenida, tiende siempre á aumentar, y de ahí esas enormes tumores que ostentan algunos pacientes á manera de burjaca cuyo contenido arrastra tras sí, según vaya penetrando en el saco, otros órganos á quienes está unido por relaciones de continuidad.

Después de reseñados los efectos de la inflamación de curso crónico en las hernias, remi-
nimos en algunas líneas las consecuencias que acarrea el proceso flogístico agudo.

Todas las partes componentes de una hernia pueden ser invadidas de inflamación aguda. Los intestinos, el saco y las vísceras en éstos son susceptibles de inflamarse y se inflaman ya aisladamente más de otras



ó bien simultáneamente. Dicho se está, que las alteraciones de los tejidos inflamados han de ser proporcionales á la intensidad y violencia del proceso inflamatorio; así se observa que cabe en las hernias que la flegrmaria resista un sencillo aspecto citematorio ó eripelatozo, como puede llegar á dar lugar á un flemón que termine por supuración y aún por gangrena.

Generalmente las inflamaciones agudas de las cubiertas, son producidas por traumatismos ó por propagación de la flegrmaria de las partes inmediatas. Sus síntomas son los de la inflamación del tejido celular; y hay casos en que se añaden á éstos, fenómenos que anuncian una estrangulación con ~~detención~~ 

completa del curso de las heces ventrales.

La inflamación del recto tiene mayor importancia y va acompañada de indisposiciones tumultuosas; reconoce por causas la acción mecánica de los aparatos ortopédicos, de los traumatismos, de las manipulaciones impudentes en la tisis, etc, y la propagación de los gérmenes infecciosos de focos próximos (peritífitis, metritis, salpingitis, tuberculosis, etc).

Da origen a síntomas locales y generales. El tumor se presenta duro, circunscrito y doloroso; más adelante se hace difuso; la piel se pone roja, edematosa y caliente; se adelgaza y se adhiere a los tejidos subyacentes y aumenta considerablemente su sensibilidad al tacto. Más a la presión se desarrolla



fiebre en relación con la intensidad de la inflamación y se presenta el síndrome del peritonismo, produciendo la alarma consiguiente en quien no sabe distinguirlos de la verdadera peritonitis difusa. Todo este cuadro imponente cesa a veces con la abertura del absceso que se forma en el saco.

Todavía nos queda por mencionar la inflamación del contenido del saco herniario. No hay razón para excluir las vísceras herniadas de la ~~inflamación~~ de los gérmenes que invaden los tejidos con que se hallan en contacto, pues ofrecen a aquellos superficies que se prestan a hospedarlos; y no siempre en condiciones fisiológicas, sino acaso desprovistas del epitelio protector que normalmente las recubre, con lo que

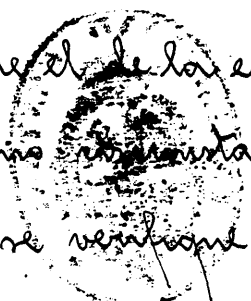


quedan más accesibles á la invasión microbiana. Algunos autores pretenden regar la propagación de este proceso al peritoneo cavitario fundándose en la experiencia que parece enseñarles que el anillo herniario constituye una especie de barrera que se opone al progreso de la inflamación más allá de este límite. Otros, basados en hechos convincentes apreciados en autopsias, abogan por que se admita la peritonitis herniaria, pues se han encontrado en ellas signos exclusivos de peritonitis, comprobándose haber sido ocasionados por la existencia de una colección purulenta avanzada hasta la cavidad del abdomen, sin que se hallara perforación intestinal. El pronóstico en estos casos es extremadamente grave.



El accidente que produce el estado más grave de una hernia visceral es, sin género de duda, la extrangulación.

Se entiende por extrangulación de una hernia, la constricción que sufren las vísceras impidiendo la circulación de sus líquidos nutritivos y el curso del contenido intestinal, que determina la irreductibilidad de la hernia, su inflamación y hasta la gangrena por debajo de la constricción. Desde el descubrimiento de los anillos fibrosos por Malpighi, cuya descripción completó Riolaus (Relaton), el concepto de atascamiento que prevalecía entre los antiguos, desaparece, y le sucede el de la extrangulación. Se considera como constancia sine qua non para que se verifique la



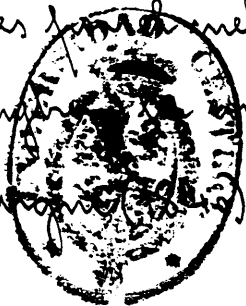
estrangulación, la desproporción entre la hernia y el orificio de salida. Sería, en efecto, una verdadera necesidad esta condición, si todas las hernias se estrangulaban al nivel de los anillos y estos fueran los únicos agentes que aprisionaran las vísceras; pero, nada más lejos de este exclusivismo, pues la estrangulación herniaria se produce fuera de la zona de los anillos, en el saco y aun en el espesor de la masa epifloica dentro y fuera de la cavidad abdominal.

Cabe estrangulación cuando una asa intestinal se enrolla sobre sí; cuando una banda adherida agarrata el intestino; cuando éste queda aprisionado a través de un orificio practicado en el epifloico; cuando la masa epifloica contra-



por adherencias con el saco y la forma envoltiva, a modo de saco celulo-grasoso, al intestino; cuando este mismo epiploon se orienta en el cuello del saco estrechándolo; cuando por rotura accidental del saco, éste dá paso por la parte desgarrada al intestino y se convierte por su retracción en dogal estrangulador; y, en fin, cuando los diámetros del anillo fibroso no guardan proporción con el volumen del intestino que lo ha rebasado. Exprofeso he mis pasado en silencio la estrangulación producida por el cuello del saco. Hasta principios del siglo XVIII se confundían las estrangulaciones causadas por los anillos fibrosos y por el cuello del saco; hasta que *Waldman* (1751) observó que después de haber incendiado el anillo

llo fibroso en un caso de hernia estrangulada, sin lesionar el saco, el intestino no podia introducirse y hubo que dividir el cuello de la bolsa serosa que se encontraba manifiestamente estrechado. En una autopsia practicada por Ricot en un caso operado por Armand (1749) con sólo la seccion del anillo, se vio que persistia la estrangulacion, motivada por la estrechez del cuello del saco. Estos dos hechos son pruebas fehacientes, si otros muchos casos no hubieren patentizado en el transcurso de los años que median desde aquellas lejanas fechas á nuestros dias, la existencia de estrangulaciones por el cuello del saco. Louis, Scarpa y Dupuytren consideran muy frecuente; y Malgouyres llegó á negar las estrangula-



ciones por los anillos, no admitiendo más que las producidas por el cuello del saco y por las aberturas accidentales. No obstante, los éxitos obtenidos por la quelotomía sin abertura del saco, fundaban el error del, no por ello menos notable, profesor francés.

Para que se constituya la estrangulación por medio del cuello del saco es preciso que haya alteraciones de estructura que aumenten su grosor y se produzca su estrechez.

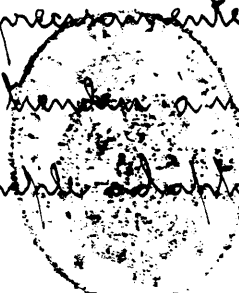
A pesar de la opinión del profesor Malgaigne, pruebas incontestables se nos ofrecen para admitir la segunda especie de estrangulación o sea la causada por los anillos. Bonnet (1840), B. Cooper (1837) y Richardson (1842) operaron hernias estranguladas cuando se

discutía este punto y pudieron ~~deducir~~ las visceras con sólo el desbridamiento del anillo fibroso dejando el saco intacto en su cuello.

Varias hipótesis se han sostenido para explicar el mecanismo de la estrangulación herniaria. Algunos consideran los anillos y el cuello del ~~saco~~ como elementos puramente pasivos en la estrangulación y recurren para explicar esta al aumento de volumen que en condiciones dadas sufre el contenido del saco por congestión, inflamación, acúmulo de materiales en el conducto intestinal y por nuevas volutas de masas viscerales del abdomen. Pero concuerdan con nuestra afirmación ~~fundada~~ en la inflamación crónica del cuello del saco, no podemos

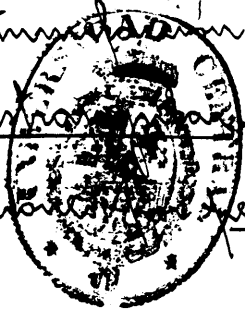


menos de admitir la participación activa que esta porción serosa toma en el grave accidente que nos ocupa, pues lo contrario sería negar la posibilidad de la organización de los exudados inflamatorios; y a las hipótesis podemos oponer hechos reales y tangibles que demuestran la retracción de los tejidos y su engrosamiento por proliferación de los elementos anatómicos en los procesos inflamatorios. Si a esto añadimos las adherencias que el cuello del saco puede adquirir con la víscera herniada por el contacto continuado y los rozamientos que entre ellos se establecen y tenemos presente que las membranas serosas son precisamente las que más pronto y fácilmente tienden a unirse, bastando para ello una simple adapta-



cion de sus superficies (membra sero-serosa),
nuestro convencimiento adquiere mayores ga-
rantías de certeza.

Reconocemos tambien que las vísceras, expues-
tas a perturbaciones fisiológicas o funcionales
con los cambios de neutralidad que han ex-
perimentado al variar de domicilio, toman
parte directa, importante y primordial en la
producción de la estrangulación; pero, sobre to-
do, cuando este accidente se manifiesta de un
modo rápido y súbito, es en los casos en que
las aberturas son estrechas, como en la línea
alba y fascia cribiforme, y basta una ligera
truncación del intestino para que se deje
extrinsecamente. Así se verifican las estrangula-
ciones extrínsecas en los que solo una

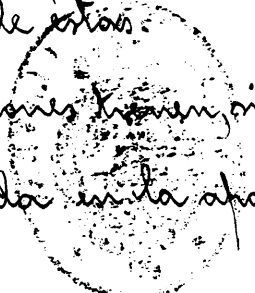


porción del calibre del intestino se halla dentro de la hernia.

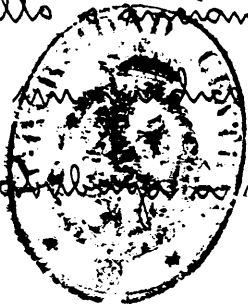
Etiología. = La división de las causas de las hernias en predisponentes y determinantes está admitida y aceptada por todos.

Entre las primeras se cuentan las alteraciones en el desarrollo o medidas a consecuencia de enfermedades de las paredes de las regiones donde se verifican las hernias. Pero no basta que en estas circunstancias las paredes de las cavidades ofrezcan menos resistencia que la normal, sino se requiere el concurso de un aumento de presión de las vísceras para llegar al logro de la distorsión de éstas.

La edad, el sexo y las profesiones tienen, sin duda, una influencia marcada en la apa



ricion de las hernias. Numerosas y frecuentes en la infancia (congénitas?) y en la vejez, son más raras en los jóvenes y adultos, si otras causas que la edad no contribuyen a su formación. Respecto al sexo, varía su valimiento en relación con la especie de la hernia; pues mientras que, en general, estas son más comunes en el hombre, la hernia umbilical parece ser patrimonio como trataremos de probar con datos estadísticos en la segunda parte de este trabajo, del sexo femenino. De la profesión, apenas hay quien no la conceda importancia capital en la producción de las hernias. Raro es el adulto ~~paciente~~ que se presente a la consulta de ~~un médico~~ con este padecimiento que no lo ~~atribuya~~ a un golpe que por acción refleja



le ha obligado à contraer los músculos de la respectiva región, aumentando así la presión visceral y favoreciendo su salida por una vía natural ó accidental; en otros se verifica durante un ejercicio corporal violento; y, por último, hay casos en que un golpe de tos ó un simple estornudo, son causa suficiente para dar lugar à una quebradura. No hemos podido menos de involucrar las causas determinantes de las hernias al referirnos à la predisposición que da la profesión, siquiera sea para llamar la atención acerca del estado en que se encontrarán los tejidos que cierran las cavidades, para que cedan con tanta facilidad al empuje de los órganos contenidos en ellas al menor esfuerzo, como el que exige un golpe

de tos o un estornudo.

Y ya que de etiología tratamos, vamos a dedicar cuatro renglones a las causas del peligroso accidente que hemos descrito con el nombre de estrangulación.

Todo lo que ésta tiene de raro en los niños, parece de frecuencia en los adultos; los viejos la padecen, pero en ellos es más ordinaria la peritonitis herniaria que la estrangulación; las pequeñas hernias y las por pellizcamiento se estrangulan más fácilmente, siendo en las voluminosas la inflamación, la complicación por excelencia; parece que la presencia del epiploon en el ~~ombro~~ hace que el accidente se presente de una ~~manera~~ ^{manera} menos rápida y menos grave; algunas ~~maneras~~, como la ennal, por ejemplo,

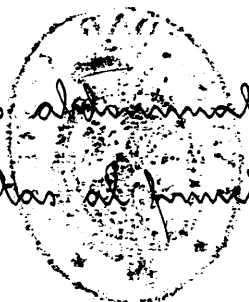


se estrangulan relativamente más veces que otras.

La estrangulación reconoce por causas ocasionales los esfuerzos que se verifican en los ejercicios corporales, en el acto del vómito, etc, y el abandono en el vendaje, que ó se coloca mal, ó no sirve para el caso por que no contiene la hernia.

Sintomatología. Es bien diferente el cuadro sintomático que ofrecen las hernias que se toleran sin mayores perturbaciones funcionales en el organismo y aquellas otras que requieren ser merados cuidados por las complicaciones que presentan.

Refiriéndonos á las hernias abdominales, por las mismas razones expuestas al principio



de la descripción anatómo-fisiopatológica que llevamos hecha, cuidaremos de ser concisos en la exposición de los síntomas.

Formada la hernia, por lo general repentinamente, aparece en la abertura del anillo que le ha dado paso, una tumoración que se dirige desde dicho anillo hacia la periferia; varían el tamaño y la consistencia de este tumor según su asiento, la tensión del abdomen y el estado de plenitud de las vísceras y la cantidad de estas; aumenta de volumen por la posición vertical del paciente y cuanto mayor sea la presión abdominal; disminuye cuando se ejerce sobre él una compresión metódica en la dirección que ha seguido para su salida; es poco movable e indolente.



Aunque ya hemos indicado que todas, ó casi todas, las vísceras pueden ser herniadas, siguiendo el plan que nos guía de reducir este trabajo en su extensión á los límites más breves que la claridad permita, nos fijaremos en las vísceras que más comúnmente se encuentran en los casos herniarios (intestino y epíplon) para referirnos á ellas en la interpretación de los síntomas que de las mismas dependen. El intestino dá á la palpación una sensación de movilidad uniforme; cuando se halla vacío, la timoración es blanda y flexible y cuando lleno y tenso por gases dá á la percusión un ruido claro, timpánico, percibiéndose al reducirse el ruido ~~casual~~ ruidos de gorgoros. El epíplon tiene una consistencia blan-

da, pastosa; se nota en él una superficie desigual, quimosa; la sonoridad à la percusión es mate en el tumor cuando el intestino no viene à asociarse al epiploon; se reduce este gradualmente y sin ruido de gorgotes.

Como en la segunda parte de esta Memoria hemos de mencionar al describir los caracteres peculiares de las hernias umbilicales, los fenómenos locales y generales à que sus complicaciones dan lugar, y reconociendo estos el aspecto general que es común à todas las hernias, damos por terminado este periodo à fin de evitar en lo posible molestas redundancias, en que bien à hacer nuestro habremos de in-



de las hernias simples, reductibles

y bien contenidas no causan accidentes y, por consiguiente, no revisten gravedad si se las atiende con sumo cuidado. Sin embargo; no debe olvidarse que el menor descuido en la colocación del aparato contencivo, un traumatismo, un esfuerzo violento, una transgresión en el régimen alimenticio que produzca alteraciones digestivas, etc, es decir, todas las causas que puedan ocasionar un proceso flogístico del tumor, ya en sus cubiertas y saco, ya en el contenido de éste, y que favorezcan la salida de mayores proporciones viscerales de lo que constituye lo que pudiéramos llamar el estado normal de una hernia, agravaría la situación del enfermo produciendo las complicaciones y el desarrollo de los terribles accidentes, ya conocidos, que pon-

drian en grave peligro la vida del enfermo.

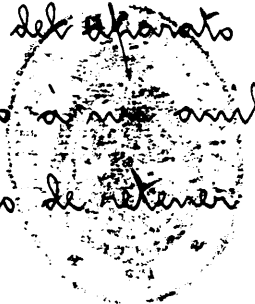
Tratamiento. En las obras de texto se divide el tratamiento de las hernias en paliativo y curativo, incluyendo en este último todo aquel que requiere la intervención armada del cirujano. Y a pesar de los respetables autores clásicos que admiten y consignan en sus obras esta división, nos permitimos impugnarla fundando nuestra opinión en que los procedimientos operatorios practicados con toda la pericia que es de esperar de un experto cirujano, resultan en ocasiones fallidos para obtener una verdadera cura radical de la hernia, y en muchos casos sobrevienen recidivas, demostrándonos que sólo llega a ser una simple modificación



de las condiciones del padecimiento y, quizás, una nueva clase de hernia que viene à substituir à la primitiva y que requiere el tratamiento ortopédico para su paliación. Además, la aplicación de un braquero puede producir efectos curativos, cuando sólo nos prometemos resultados paliativos en las molestias que causa la hernia.

Optamos, pues, por la división propuesta por Brelat de tratamiento mecánico y tratamiento operatorio de las hernias, por que en ésta se deslindan los terrenos de la aplicación ortopédica y de la cirugía cruenta.

La adaptación de la pelota del aparato conocido con el nombre de braquero à un anillo ó conducto herniario, con objeto de retener las



visceras en la cavidad fisiológica o normalmente a ellas destinadas, constituye el tratamiento mecánico de las hernias.

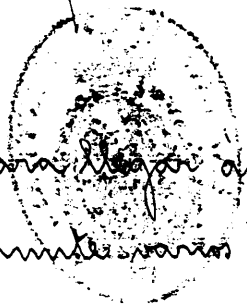
Apenas habrá población de alguna importancia donde no se anuncie algún industrial como autor del mejor braquero conocido. Son condiciones indispensables en éste; 1º que la pelota ejera sobre la abertura suficiente presión para retener los intestinos en el abdomen (ya que persistimos en tomar por tipo las hernias de esta región); 2º que el resorte del aparato sea lo bastante flexible para que sin dejar de contribuir al efecto que se busca en la pelota, se eviten las bruscas compresiones y excoiraciones a que puede dar lugar; y 3º que se anude la forma de la pelota al anillo u ojal herniario y, en



en caso (inguinal), al conducto que las visceras recorren. También se necesita para conseguir del braquero los efectos apetecidos, que en colocación se haga previa reducción completa del saco herniario y de su contenido y que se sujete de manera que no pueda deslizarse la pelota del punto donde se ha fijado.

Con un braquero que reúna estas condiciones de construcción y de aplicación puede haber esperanza de conseguir la curación de una hernia reducible en un adulto y con la seguridad, por no adelantarnos más en nuestros optimismos, en los niños, por razones que en otras páginas indicaremos.

El tratamiento operatorio para llegar a la cura radical de la hernia admite varios pro-



cedimientos encaminados todos à contener, en toda su libertad fisiológica, en la cavidad abdominal las vísceras reducidas è impedir una recidiva.

Trátase de hernias reductibles, irreductibles ò estranguladas, el primer requisito que hay que llenar para que la operación no se vea comprometida por complicaciones ulteriores, es que los órganos que se quieren contener en su situación y función normales queden desembarazados de toda traba que pueda dificultar su funcionalismo. Aun en la primera variedad de los tres que indicamos conviene tener presente esta regla, pues la reducción que se cree ~~va~~ conseguida puede no ser real, porque la ~~viscera~~ ~~reducida~~ conserva alguna adheren-



cia profunda con el peritoneo parietal ó entre dos asas de la misma si se trata del intestino.

En segundo término, entendemos que hay que separar todo tejido ó órgano que no sea esencial á la vida y cuya extirpación no afecta ó esta más que los peligros de amenaza de la hernia, como un trozo de saco ó de epiflón, y aun el testículo á veces, sobre todo en los ancianos, cuando se oponga á la completa oclusión del anillo ó conducto herniario por la sutura ó cuando su vitalidad se halla tan alterada que puede temerse sobrevenga su descomposición más ó menos cercana.

Como tercera condición para lograr el éxito operatorio en la cura radical de la her-

nia, señalamos la sutura que se emplea para cerrar definitivamente la puerta de escape al exterior o las vísceras. Nunca mejor que al ocuparse de este punto podría tener aplicación aquel refrán que se refiere a los maestros que poseen medios propios de enseñanza. Debemos exponer que el mismo objeto que con la sutura, se ha conseguido con la ligadura, la canterización y la invaginación de los tegumentos por medio de dedos, sobre los que se practica la sutura mediante la que se transplanta, en la hernia inguinal por ejemplo, la piel del escroto al ojal interno del conducto.



Los autores han descrito procedimientos para la obliteración de las aberturas.

turas herniarias; y aunque pudiéramos citar nombres extranjeros, ya muy conocidos en los anales de las ciencias médicas, lo que nos llevaría a la exposición de aquellos, dilatándose con ello este trabajo más de lo que nos hemos propuesto, nos limitaremos a fuer de patriotas a copiar el procedimiento del Sr. Roca, magistralmente descrito por el catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central Sr. D. José Rivera en la traducción de la obra de Patología y Clínica quirúrgica de Brunsen y en el capítulo Hernias, de que es autor, en la Enciclopedia internacional de Cirujía, dirigida por el Sr. Ashhurst.

« Los instrumentos necesarios para practicar la operación, y que forman el aparato,



consisten en un dedal metálico cilíndrico, con una perforación circular en su fondo y de base biselada en su extremidad libre, con dos aberturas laterales de gran extensión, y un botón metálico también perforado, por el que pasa el sedal, y que al tirar después de enhebrado también por el agujero del fondo del dedal penetra hasta el fondo del invaginador sosteniendo un contacto firme y completo.

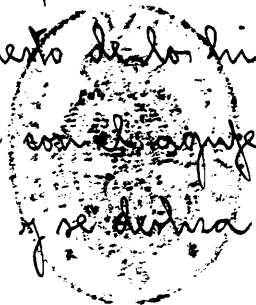
El sedal, después de pasado, es enhebrado por los agujeros, ya de una planchita metálica o simplemente de un botón grande de hierro de los ordinariamente usados en la sonda donde se suelda después.



La aguja lanceolar ligeramente en

covada en su punta y provista de un agujero
cerca de la misma y de una lámina de acero
que la envaina y que se desliza fácilmente ha-
cia abajo para descubrir la aguja, mediante
un tope de acero que acompaña a la lámina
envainadora. También presenta en el otro extre-
mo un mango fuerte de babilas.

Primeramente debe procederse a montar el
aparato. Para ello nos proveeremos de 6 u 8 hilos
fuertes y bastante resistentes para enhebrarlos mi-
dos por uno de sus cabos por el ojo central del
botoncito que sujetará el fondo del dedal; una vez
pasados, se arundan para evitar que deslice el
botón; de seguida con el cabo opuesto de los hi-
los remidos se enhebra el dedal con el agujero
que existe en el fondo del mismo y se desliza



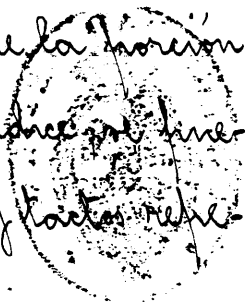
à lo largo del cordónete-sedal hasta que encuentre el botón; el mismo cabo se hace pasar por el ojo de la aguja lanceolar. Así las cosas, está montado el aparato, que se confía à un ayudante.

Se procede en segundo lugar à la colocación del enfermo, reducción de la hernia y reconciamiento de la región. La colocación del enfermo es preferible sea sentado en el extremo de los pies de la misma cama en que ha de quedar después de operado, con las extremidades inferiores apoyadas sobre un taburete è inclinado convenientemente sobre almohadas è colchon doble, descansando sobre ellos todo el dorso y la cabeza.



La reducción de la hernia se practica, co-

mo de ordinario, hasta asegurarse que la reducción es perfecta. Para practicar el reconocimiento de la región en el acto de la operación, se introduce el dedo índice de la mano izquierda, invaginando á la entrada del anillo inguinal primero, y después hasta el fondo del tegumento vecino de la misma región, haciendo atender en el conducto la estremidad inguinal del mismo dedo; con la cara dorsal hacia atrás, para resguardar y evitar la dislocación de los visceras, y la cara palmar hacia adelante, para que, verificada la invaginación y aplicando la cara palmar del pulgar de la misma mano sobre la porción de tegumento invaginado por el índice, se pueda por presiones, deslizamientos y tactos repe-

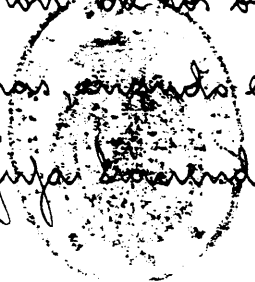


tidos, adquirir la evidencia de que no existen interpuestos entre ambos dedos más tejidos, que el tegumento invaginado y la pared aponeurótica anterior del anillo inguinal.

En este estado se comienza á practicar la operación propiamente dicha, que comprende tres tiempos: paso del sedal y su anudamiento ó injeción conveniente; aplicación del dedal, substituyendo al índice izquierdo para sostener la invaginación y suturas de contención del dedal una vez aplicados. Para practicar el primer tiempo se recibe del ayudante preparado el aparato en la forma indicada al principio, cogiendo por el mango la aguja á mano izquierda y la derecha, para venir á aplicarse el sedal en el extremo lanceolar de la misma



sobre la cara palmar del índice izquierdo, haciéndola avanzar lentamente siempre hacia adelante, arriba y afuera, por la cara palmar del índice izquierdo, que sostiene la invaginación del reconocimiento, hasta que se la hace llegar al fondo del saco de la invaginación y se la para haciendo bajar la vaina y atravesando el fondo del saco tegumentario invaginado y la pared aponeurótica anterior del conducto inguinal, así como la pared del vientre, hasta que aparezca el cordónete-sedal al exterior, que será desenhebrado de la aguja por el ayudante y enhebrado por sus cordones en un botón de los ordinariamente usados en las ropas, cuando el operador haya sacado la aguja haciendo

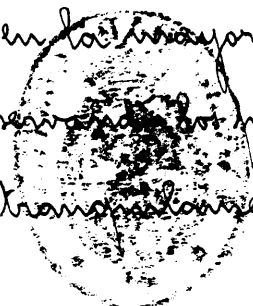


ascender la vaina previamente, que recorre en sentido inverso el camino que siguió á su entrada, dándose por terminado el primer tiempo de la operación, ó sea el paso del sedal; antes de procederse á su arundación sobre el botón por el ayudante, debe esperar á que el operador, una vez sacada la aguja, comience el segundo tiempo haciendo que el dedal avance ayudado por tracción suave del sedal hasta encontrar la entrada del anillo, en cuyo momento el operador con su mano derecha hace que encaje en el mismo substituyendo al índice izquierdo, que desde este momento confía la instalación al dedal. El ayudante conduce una tracción final la fijación del dedal encajado en el anillo her-



riario y procederá a la inyección sobre el botón, ya indicada anteriormente. La operación queda terminada completando la invaginación y practicando dos puntos de sutura de contención a uno y otro lado sobre el tegumento de la región vecina a la entrada del dedal por un ancho ojal que a uno y otro lado del mismo existe, aplicando un vendaje de espica doble o inguinal fuerte, que baste a comprimir el aparato aplicado.

De los 35 casos operados con éxito por este procedimiento, en algunos se ha notado algún movimiento febril en la tarde del segundo al tercer día después de ejecutado; en la mayoría ninguna molestia se nota, conservándose los nacientes su apetito y durmiendo tranquilamente.



te. Al sexto día de la operación se desata el cordónete-sedal, y tirando suavemente del botón correspondiente al extremo que sujetaba el dedal con pinza o fiador, se retira el sedal quedando el dedal sostenido en posición por los puntos de sutura dados en su abertura con este objeto, y más aún sostenido por la tumefacción de las partes ambientes que le comprimen en todos sentidos. Esta tumefacción puede convertirse en verdadero flemon superficial, lo que es muy favorable para el éxito del tratamiento, pues ayuda a la compresión y adherencia de las partes puestas en contacto.

Se recomienda un nuevo plazo de seis u ocho días para que se reúnan los puntos de sutura y el dedal se desate con facilidad, solo si ayudado con una



ligera tracción con las pinzas.

Después se continúan las liberaciones sobreenvidas cuidando de que siempre se establezca sobre la parte una compresión graduada que contribuye a sostener el vendaje de espica, hasta completarse la cicatrización y obtenerse la obturación del anillo.»

Y continuando con la exposición de los métodos para conseguir una cura radical de las hernias no toca dedicar un párrafo a lo que fuéramos llamar «procedimientos modernos», que constituyen el tratamiento operatorio por excelencia, ya que por hoy operación se entiende de la intervención del cirujano armado de instrumentos cortantes. Bien sabemos qué es este el concepto científico de la operación, pero

el vulgo en su ignorancia, tanto mayor cuanto más presume de ciencia sin conocerla, parece que desarta del catálogo de las operaciones aquellas intervenciones en que el cirujano sólo se sirve de su mano.

Ya que de generalidades tratamos, daremos también una idea general de este método, sin extendernos en la descripción de los procedimientos que abarca, llamándolo método de la incisión directa de los tegumentos para llegar al saco herniario.

El procedimiento que en el método de la incisión directa creemos que puede llenar mayor número de éxitos operatorios, es aquel que, después de una buena reducción de las vísceras; de su separación ó extirpación de lo sobrante, ya



por exceso de cantidad ya por alteraciones de vitalidad, de los tejidos que las envuelven y aun atacando la integridad de aquellas; y de una ntura perfecta por capas; deja en el abdomen los órganos en completa libertad fisiológica y evita ~~una~~ ~~nueva~~ ~~propulsión~~ ~~por~~ ~~presión~~ ~~ejercidas~~ sobre ellos.

La incisión de la piel, desde el nivel del anillo herniario hasta el del fondo de saco; la dirección de este, cuidando de librar ~~en~~ ~~el~~ ~~anillo~~ de las adherencias que haya podido contraer; ~~en~~ ~~abertura~~ ~~por~~ ~~incisión~~ para dejar al descubierto las vísceras; ~~en~~ ~~reconocimiento~~ ~~minucioso~~ de estas para evitar errores que ~~podrían~~ ~~ser~~ ~~fatales~~, ni, por ejemplo, el operado ~~ser~~ ~~afectado~~ ~~por~~ ~~la~~ ~~percibiera~~ de una torsión, de una ~~herida~~.

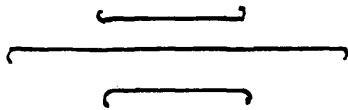


de un punto enclavado ó en vías de serlo; la resección de un trozo sobrante del epiploon, previa formación por ligadura del pedículo; la tracción del saco para introducirlo lo más profundamente posible en el abdomen, escindiendo el resto; la reunión de los labios de la herida por medio de suturas por las que se correspondan tejidos de idéntica estructura anatómica, formando capas; y la colocación extraperitoneal del desagüe cuando se tiene el acúmulo de secreciones en un seno ó foco y su descomposición, constituyen los tiempos de una cura radical de las hernias.



obstrucciones intestinales, seguidas de la aplicación de la luz directa de un conducto por medio de la sutura sero-serosa, ó de

la formación del ano contranatural, nos llevarian á disponer un capítulo saliendo de los lindes que nos hemos trazado, y aqui damos término á esta primera parte de nuestra mal perjeñada labor para pasar á desarrollar el tema que hemos elegido para esta tesis.



2^a Parte.

Ybernias umbilicales estranguladas en el adulto y su tratamiento quirúrgico.

Seguramente que no es nuevo el asunto que implica el epígrafe con que encabezamos esta segunda parte de nuestra Memoria, ni lo consideramos bajo un aspecto anatómico y clínico, y en el breve estudio que nos prometemos dedicarle habremos de repetir mucho de lo que los

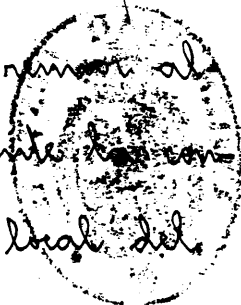


clínicos han descrito mejor de lo que fuere posible hacerlo; pero nuestros esfuerzos han de dirigirse especialmente á consideraciones re-

lacionadas con el tratamiento quirúrgico de las hernias umbilicales estranguladas del adulto, que tan disintido fué hace algunos años y que después parece haber caído en el olvido.

Es un hecho, universalmente admitido, que toda hernia estrangulada del ombligo, lo mismo que las demás variedades que presentan esta complicación, debe ser operada lo más pronto posible.

No son muy numerosas las estadísticas publicadas consignando los resultados obtenidos por la quelotomía en las hernias umbilicales estranguladas del adulto; y así, nos ha parecido que no carecía de interés el reunir algunos casos, exponiendo someramente las condiciones de los enfermos y el estado local del



padecimiento antes de la operación para poder apreciar mejor las ventajas del procedimiento operatorio en vista de los resultados con él conseguidos. Este es el punto que particularmente tratamos de poner de relieve, haciendo, no obstante, un estudio detenido de la hernia umbilical estrangulada.

Anatomía topográfica.

De intento hemos dejado para esta parte el estudio anatómico-topográfico de las par-

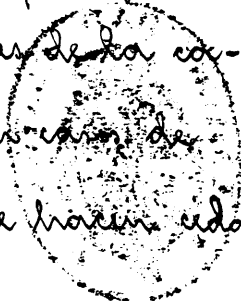


tes laterales del abdomen; pero conviene advertir que nuestras miras se dirigen especialmente á la porción ó zona central

de la cuadrícula topográfica, donde tiene su asiento el ombligo, sin que por ello nos creamos dispensados de dedicar algunas líneas a las relaciones que guardan entre sí las diferentes capas de que están formadas las referidas paredes.

En las partes laterales se cuentan en número de ocho, que de fuera á dentro son: la piel, la fascia superficialis, una vaina celulosa que cubre el obliquo mayor, el músculo obliquo mayor y su aponeurosis, el obliquo menor, el transverso, la fascia transversalis y el peritoneo.

La piel del abdomen puede sufrir grandes distensiones por presiones procedentes de la co-
vidad, como en los embarazos y en caso de
aritis y tumores voluminosos, que hacen cada



en elasticidad produciéndose cicatrices indele-
bles.

Necesidades clínicas obligan à descomponer
la fascia superficialis en dos hojas; una su-
perficial, que se continúa à lo largo del mús-
lo, y otra profunda que termina en el arco
cruval. Consecuencia natural de este desdo-
blamiento y de la inserción de la capa pro-
funda en el arco cruval, es la separación é
incomunicación absoluta de los espacios de te-
jido celular subyacentes à estas capas.

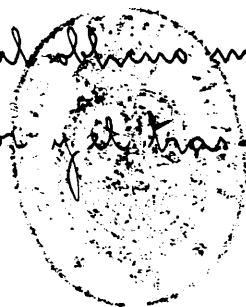
El espacio que existe entre la fascia super-
ficialis y el músculo oblicuo mayor se encuentra
ocupado por una capa delgada de aspecto
celular, que no es otra cosa que
la lámina de este músculo. Esta lámina se



bulosa emite una prolongación sobre el cordón espermático, formando parte de sus envolturas. El músculo oblicuo mayor ofrece à nuestra consideración dos partes: una carnosa y otra aponeurótica. La que más interesa conocer al cirujano, es esta última por ser la parte de la pared abdominal en que más tiene que intervenir. Dicha porción aponeurótica presenta un bulto nacarado y es momentáneamente resistente, caracteres que la hacen distinguir fácilmente de la poca resistencia y del color blanco mate que presentan las fascias que la cubren.

siguen en orden correlativo al oblicuo mayor los ~~los~~ músculos oblicuos menores y el trans-

verso.

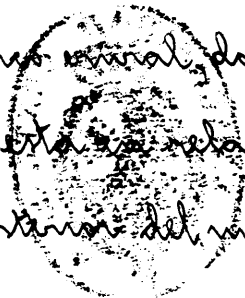


Aquí hemos de fijarnos en el entrecru-
cimiento que presentan respecto à su dirección
las fibras de estos tres músculos; pues mientras
las del oblicuo mayor se dirigen hacia abajo
y adelante las del menor lo hacen de abajo
arriba y de fuera adentro, cortando perpendi-
cularmente las primeras, y las del transverso
van como su nombre indica en dirección
horizontal. Esta correspondencia entre las fibras
de los músculos anchos de la pared abdomi-
nal da por resultado una gran movilidad
de ésta, unida à una considerable resistencia;
y si añadimos que la parte carnosa de cada
músculo responde à la esponjística del mb-
to, comprenderá que sea muy difícil se
repare las hernias al través de estos mús-
culos.



los, como, en efecto, son rarisimas. Como no
hemos de extendernos a describir la topogra-
fia de la pared posterior del abdomen, enten-
damos que este es el lugar destinado a seña-
lar una de las relaciones más importantes
entre el músculo obliquo mayor por su borde
posterior y el borde externo del gran dorsal o
latissimus de la espalda: limitado por am-
bos bordes, existe un espacio triangular (trian-
gulo de J. L. Petit) al través del que se mani-
fiesta la hernia lumbar.

La fascia transversalis es una membra-
na poco resistente en toda su extensión, excep-
tuando las inmediaciones del orificio costal, don-
de presenta bastante resistencia; esta es la rela-
ción inmediata con la cara posterior del mús-



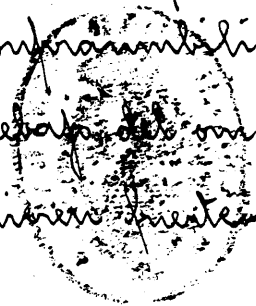
culo transverso, perdiéndose insensiblemente hacia arriba y atrás en el tejido celular subperitoneal, de modo que en realidad solamente existe en la región infraumbilical de la pared del abdomen. Al nivel de la faja inguinal externa, situada por fuera de la arteria epigástrica avansa con el cordón espermático al que, como la fascia superficialis, forma una vaina a modo de dedo de guante.

La octava capa constituye el peritoneo. Está separado de la fascia transversalis por una capa de tejido celular llamado subperitoneal, que se condensa hacia la parte inferior tomando el aspecto de una membrana que a. Peritoneo proprio.



parte media de la pared antero-lateral

teral del abdomen está formada por la piel y el peritoneo separados en la línea media por la línea blanca, y de ésta, cada una de ellas, por una capa celular-adiposa, y a los lados por los músculos rectos encerrados en sus respectivas vainas aponeuróticas. Además de estos últimos, existe otro par de músculos largos llamados piramidales, cuya presencia no es constante. Los músculos rectos son aplanados de delante atrás y se extienden longitudinalmente de arriba abajo desde el tórax al pubis; son más anchos por su parte superior que por abajo. Las fibras están interrumpidas por intersecciones aponeuróticas en número de tres, dos supraumbilicales y la tercera situada por debajo del ombligo: estas intersecciones se adhieren fuertemente

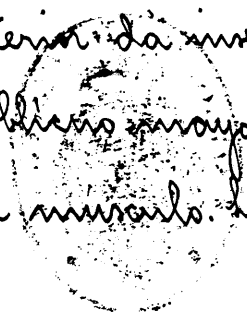


mente a la cara profunda de la hoja anterior de la vaina aponeurótica de los músculos, no así a la posterior. Por este mecanismo la naturaleza impide la separación de los haces intermusculares en la presión. Sin embargo de todo, al final del embarazo los bordes internos pueden separarse, principalmente por encima del ombligo donde llega el máximo de la dilatación a 11 centímetros. Entre los bordes internos de los músculos rectos se encuentra la línea alba; capa aponeurótica formada por el entrecruzamiento de fibras conjuntivas que dejan entre sí espacios romboidales al través de los que asoma a veces el tejido adiposo subperitoneal produciendo una quimera o lipoma de la li-



nea alba, que me le confundire alguna vez con la hernia visceral verdadera. Considerando este entrecruzamiento más bien que como terminación, como origen de las fibras que han de formar las expansiones aponeuróticas del abdomen, veamos como se desenrollan éstas.

Al nivel del borde interno de cada músculo recto se divide la capa fibrosa media o sea la línea alba en dos hojas, una anterior, que pasa por delante del músculo, y otra posterior que se desliza por detrás, formando ambas su vaina. La primera o anterior entre los dos tercios del músculo, se desdobra en otras dos nuevas hojas, de las que la exterior da inserción a las fibras carnosas del oblicuo mayor, y ésta es la aponeurosis de este músculo. La



segunda o posterior, llega al borde externo del recto y se divide igualmente en dos hojas: de éstas la más superficial se une con la profunda del primer desdoblamiento, y de ahí resulta una fuerte y resistente aponeurosis, llamada del oblicuo menor por dar inserción a las fibras de este músculo. Por fin, la hoja más profunda presta inserción a las fibras del transverso y constituye su aponeurosis. Podemos comparar las aponeurosis que acabamos de describir a las hojas de un libro abierto cuyo lomo correspondiera a la línea alba.

Pero no en toda la extensión de la pared abdominal se observa esta distribución. En la región umbilical la hoja posterior de la vaina del músculo recto se adelgaza, por lo que a veces incidida la hoja anterior



en esta zona y separado hacia fuera el borde interno del recto, se penetra fácilmente en la cavidad del vientre. No quiere esto decir que el misero recto queda privado de vaina en su parte inferior, pues el engrosamiento de la fascia transversalis nuplé la deficiencia de aquella.

Las arterias de la pared antero-lateral del vientre proceden principalmente de la aorta interna y de la epigástrica, si bien se distribuyen por ella la subcutánea abdominal y ramas que provienen de las intercostales últimas, de las lumbares y de la circunfleja iliaca. La arteria epigástrica tiene importancia quirúrgica por sus relaciones con el conducto inguinal y por la

anastomosis que entre ella y la mamaria interna se establece, por la que se puede restituir al miembro inferior el riego sanguíneo que pierde después de la ligadura de la aorta o de la iliaca.

Las venas profundas siguen a las arterias y las superficiales se anastomosan en gran número con las del torax, y dilatándose considerablemente en casos de obstáculos a la circulación de retorno, por la porta por ejemplo, forman alrededor del ombligo una red especial que los autores designan con el nombre de cabeza de Medusa.

Los vasos linfáticos profundos siguen el trayecto de las arterias y de las venas para terminar en los ganglios iliacos y lumbares,



y los superficiales terminan en los ganglios de la axila o de la ingle, según procedan de la región supra o infra-umbilical.

Los nervios nacen de los cinco últimos pares intercostales y de las dos ramas abdomino-genitales del plexo lumbar.

Satisfecho nuestro propósito de dar una idea ligera de la conformación anatómica de las paredes antero-laterales del abdomen, vamos a terminar este capítulo describiendo separadamente una región o parte de ellas que más directamente interesa a nuestro estudio.

Si tiramos dos líneas horizontales, perpendiculares a la línea alba, de manera que la superior pase por los cartílagos de la no-

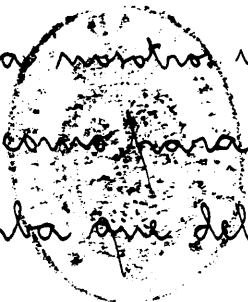
vena costilla y la inferior por las espinas iliacas anteriores superiores, las paredes abdominales quedarán divididas en tres espacios zonas que de arriba abajo se llaman zona epigástrica, mesogástrica é hipogástrica; y si dirigimos á derecha é izquierda de la línea alba otras dos líneas paralelas á esta que, partiendo de las espinas del pubis (Crem) ó de las eminencias ilio-pectíneas (Billoux), asiendan directamente hacia la base del torax, nos resultará que cada una de las tres zonas se dividirá en tres regiones que corresponden á órganos importantes subyacentes de la cavidad abdominal. La zona epigástrica componen la región media ó epigástrica y las laterales ó hipocóndrios, dere-



cho é izquierdo; la region umbilical y los vacios nacen de la división de la zona mesogástrica; y de la hipogástrica, el hipogástrico y las fosas iliacas; es decir, que la pared antero-lateral del abdomen aparece con nueve regiones bien delimitadas constituyendo lo que ha dado en llamarse cuadrícula topográfica.

En el centro de la region umbilical, correspondiendo al punto medio de la línea alba, generalmente un poco por debajo de él, se encuentra una depresión de la piel que recibe el nombre de ombigo.

El ombigo no debe ser para nosotros una simple depresión cutánea ~~como~~ para el vulgo. Hemos dicho más arriba que del



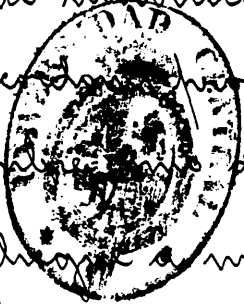
entrecruzamiento de las fibras conjuntivas en la línea blanca resultan espacios cuadriláteros, romboidales, y el obliquo en realidad resulta uno de estos orificios, de mayores dimensiones que los restantes, que visto por la cara profunda de la pared abdominal aparece como un ojal dirigido transversalmente y formado por dos haces de fibras albugíneas que se entrecruzan a los lados. Por este ojal pasan en el feto las arterias y vena umbilicales para dar lugar al cordón que va a unirse a la placenta. Obliteradas las arterias umbilicales después del nacimiento, constituyen dos cordones que de abaxo y de fuera adentro, recorriendo el tegido subperitoneal, alcanzan el ojal um-



bilical, donde se une íntimamente con el
vazo, que asciende desde la vejiga directa-
mente, injetado á la pared abdominal por
el peritoneo como las precipitadas arterias, y
forman un nudo fibroso que ocupa los
tres cuartos inferiores de este anillo. Además
de este nudo cicatricial, existe, según Richet,
una capa fibrosa á la que llama fascia
umbilical, cuya presencia considera Billroth
excepcional, que vá desde el borde interno de la
vainas de uno de los músculos rectos al otro
y refuerza todavía más el anillo por su par-
te posterior. Así resulta un conducto que se
dirige abajo y adelante, pues el borde infe-
rior del ojal se coloca en un nivel más alto
que el superior. Por este conducto pasa la

vena umbilical, que con los cordones mencionados contribuye a formar el núcleo fibroso, y se dirige arriba y a la derecha, a anastomosarse con la vena cava inferior por medio del conducto venoso de Arancio, para atrofiarse después del nacimiento por falta de uso. Pero no siempre se encuentra obliterada esta vena (la umbilical) y de ahí la recomendación de llevar el bisturí por la izquierda del anillo umbilical en las laparotomías y desbridamientos umbilicales.

No guarda en el interior del abdomen la vena umbilical la fíjera del vazo y de los conductos procedentes de las arterias de su nacimiento, que el peritoneo le forma un repliegue a modo de mesenterio ó de liga-



mento (hoz de la vena umbilical) que le separa de la pared. Dentro del conducto, la vena está rodeada a veces de pelotones de grasa.

La fascia superficialis y la capa granulosa subcutánea se interrumpen al llegar a los contornos del anillo umbilical y forman un rodete circular alrededor de la cicatriz.

El ombligo aparece como una cicatriz deprimida y rugosa: la piel, el núcleo fibroso formado por el uraco y los vasos y el peritoneo están íntimamente unidos en los tres cuartos inferiores del anillo, y en el cuarto superior se adhiere la primera a esta última membrana.

La materia sebacea y los detritus epitelia-



los acumulados en la depresión entálica del ombligo producen un eritema, parecido al intertrigo, con secreción de un flujo fétido. La desinfección concienzuda de esta parte se impone en toda intervención quirúrgica seria de las paredes del abdomen.

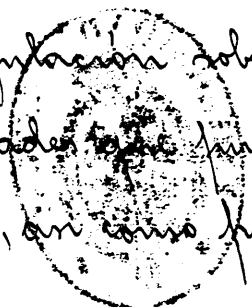
No podemos menos de explicar, como detalle bastante común en las colecciones oóricas, la distensión que sufre la cicatriz umbilical, por la que su depresión está sustituida por una elevación hacia adelante en forma de tumoración que en ocasiones se abre espontáneamente para dar lugar a una fistula por la que fluye libremente el líquido. Recordando que en el parto sufre un espasmo que sólo está obturado este por



un delgado diafragma formado con una piel fina y el peritoneo en íntimo contacto.

Anatomía patológica.

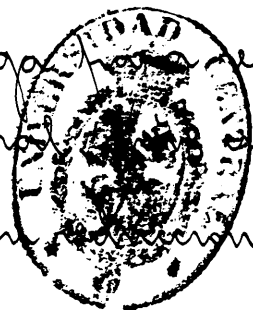
Quando en la primera parte de este escrito hablabamos de la división de las hernias, consideradas en su aspecto general, intencionadamente dejamos para este lugar una división muy importante de las hernias umbilicales en el adulto, tanto bajo el punto de vista de la marcha de los accidentes que por su estrangulación sobrevienen, como por las dificultades que puede presentar el acto operatorio, en caso pa-



ra la apreciación de los resultados obtenidos por la omeletoemia.

Es la división en hernias umbilicales de grande y pequeño volumen.

Entendemos por hernia de gran volumen aquella que alcanza el de una cabeza de adulto, por ejemplo, y que, habiéndose adaptado al medio en que se aloja, ha perdido, por decirlo así, todo derecho de domicilio en la cavidad del vientre. Estas hernias se presentan con predilección en mujeres obesas y de mucha edad, en quienes no da resultado todo el esfuerzo que se ha de hacer para reintegrar la gran masa visceral cuando no está estrangulada; pues en tal caso se hace imposible.



¿Cómo y por donde se verifica la hernia umbilical? El mecanismo de la producción de esta dislocación en el adulto es parecido al de las hernias inguinales y ovoides. Por empujes repetidos y presiones ejercidas sobre las vísceras son estas lanzadas sobre el locus minoris resistentiae en el que se forma el dedo de quante peritoneal que más tarde ha de ser saco herniario. Contra la opinión de J. L. Petit, Scarpa, Richter y Sommering han probado por numerosas autopsias A. Cooper y Brucellier que las hernias umbilicales se efectuaban por el mismo orillo, sin que por esto nieguen los últimos la existencia de las hernias est. umbilicales producidas, como quieren los primer

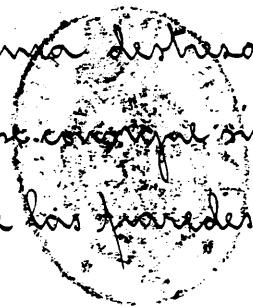
ros, por una hendidura de la línea blanca próxima al ombligo. En un principio, la hernia umbilical ocupa, pues, el cuarto superior del anillo; pero puede llegar á adquirir dimensiones tan enormes que la haga descender hasta los muslos.


Ahora bien; la marcha de la estrangulación en estas hernias reviste caracteres especiales sobre los cuales tendremos cuidado de insistir más adelante, por que consideramos indispensable para el médico el conocimiento de estas nociones.

Se comprenderá bien que en los casos de hernias umbilicales voluminosas presenta la persona verdaderas dificultades; pero una vez conseguida la seguridad de un desenlace funesto,



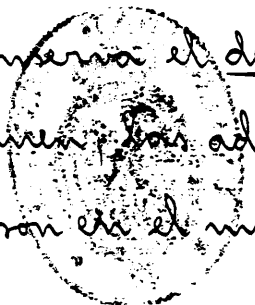
nos parece que el cirujano no debe retroceder y si intervenir ~~mientras~~ ^{cuando} una probabilidad de éxito satisfactorio. Las circunstancias más arduas para aquel son las que le ofrece una masa herniaria voluminosa formada de intestinos, cuyas asas contraen adherencias entre si, con el epiploon y con la superficie interna del saco resultando fusionadas y englobadas en una ganga fibrosa, de la que hay que librarlas mediante delicada diseccion esculpiendo en ella con el bisturí. Fre- cuentemente esta labor resulta complicadísima y muy comprometida por la resistencia de las adherencias, requiere mucha destreza para destruirlas y no siempre se consigue sin dejar resentida la vitalidad de las paredes



intestinales. De todos modos, una operación de esta naturaleza viene à ser de larga duración, condición nada favorable para conseguir un éxito honroso cuando se practica en sujetos profundamente debilitados, como son en general los enfermos que adolecen de estas voluminosas hernias estranguladas. Inconveniente, y no poco serio, es también la retracción de la pared abdominal por detrás de la masa dislocada, que se opone à su restitución al domicilio fisiológico ó natural, así como los exitemas intertrigo y escoriaciones que en el curso de la parte superior del contorno de la tumora-

ción reducen por el roce de las superficies húmedas y son focos de infección, mo-

lestos à veces, y no fáciles de desinfectar. En estas condiciones de difícil desinfección del tegumento se corre un peligro mayor de infectarse el peritoneo, por lo que el aislamiento de las vísceras del contacto de la piel se impone así como la rapidez en la operación.

En el caso de que la hernia sea de pequeño ó mediano volumen, las cosas ocurren de otra manera. Estas hernias presentan bajo el punto de vista de su estrangulación una marcha completamente distinta de las que adquieren gran volumen. La hernia, sea reducible ó no, conserva el derecho de domicilio en el abdomen, las adherencias, cuando existen, no son en el mo-



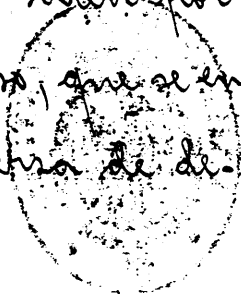
mento de la operación causa de dificultades y la operación puede practicarse rápidamente y terminarse con la cura radical.

Por esto al principio de este capítulo hemos concedido gran importancia á la división que dejamos establecida; y sólo bastaría para concedérsela la noción de la cronicidad y agudeza de la estrangulación, según se trate de hernias grandes ó pequeñas, á veces de las dimensiones de un quironte (Relaton).



Etiología y marcha de la estrangulación en la hernia umbilical del adulto.

Según Bryant, de cada 100 casos de hernias estranguladas hay 50 inguinales, 14 crurales y solamente 6 umbilicales. Gosselin en sus «lecciones acerca de las hernias», explica la rareza de la estrangulación por el hecho de que las vísceras salen por un orificio naturalmente fibroso, que se ensancha y se hace flexible á fuerza de di-



jar paso a la hernia, y no posee la rigidez que sería necesaria para llegar a constituirse en agente de estrangulación. Además, encontrando el peritoneo al nivel del anillo cada vez más campo para desenvolverse, según se dilata aquel a medida que deja pasar mayor cantidad de vísceras, se hace menos apto para sufrir las transformaciones que le hagan inextensible para determinar la estrangulación por el cuello del saco.

La estrangulación de la hernia umbilical se presenta de preferencia en las mujeres, especialmente; de los 53 casos que he remitido en nuestra estadística, 48 en mujeres y 2 hombres. La edad



es un factor importante, pues la mayoría de estos niños habían pasado de los 60 años. Todos eran obreros; la mayor parte enfisematosos y algunos diabéticos.

Si la estrangulación en las hernias umbilicales es más rara que en las inguinales y crurales, débese a la evolución especial que distingue a aquellas. En efecto; la hernia umbilical, según dice Malpighi, se verifica lentamente, con suavidad y de un modo espontáneo, como hernia de debilidad, basando a menudo la distensión de las paredes del abdomen por el embarazo ó por la ascitis, para determinar una hernia umbilical; siendo ésta una de las razones por la que es más frecuente en la mujer que

en el hombre.

De ahí que la estrangulación aguda no se encuentre más que en las hernias umbilicales recientes y de pequeño volumen, mientras que en las antiguas, voluminosas e irreductibles desde hace ya tiempo, la inflamación es más bien la regla: pero si se produce un nuevo entorpecimiento tras de las marcas epifloicas antiguas, la estrangulación vendrá de preferencia sobre esta nueva asa intestinal (Billroth).

Se aumenta el volumen del intestino con la agravación de los fenómenos inflamatorios. Por sí solos, pueden producir una inflamación pasiva secundaria.

Es imposible describir el mecanismo



tipo» de la estrangulación de la hernia umbilical en el adulto; pues si bien es verdad que esta complicación puede producirse por el cuello del saco y el anillo, que se confunden, no es menos cierto que el intestino puede ser estrangulado en el interior del mismo saco por bridas de nueva formación debidas a repetidos procesos irritativos o brotes inflamatorios. Astley Cooper ha observado un vólvulo del intestino delgado mantenido por una adherencia mesentérica; y en otro caso de Benno Schmidt, la estrangulación se asentaba en una asa que, anastomada primitivamente con una gran masa intestinal al través del anillo umbilical, había retrocedido para volver a entrar en el

abdomen y se estranguló. Los divertículos secundarios que se forman á expensas del saco inicial y, aun más, los divertículos proferitoneales, pueden ser igualmente sitios de estrangulación.

A este propósito, copiamos el siguiente párrafo en una comunicación del profesor Fevrier (Sociedad de Cirujía): « El intestino volvía á entrar en el abdomen por el orificio herniario; pero en lugar de estar libre en la cavidad peritoneal, se le veía incluido desde luego delante del peritoneo en el tejido celular subperitoneal, detrás de los vasos de la pared abdominal anterior. Descendía así hasta la altura de la línea que se extiende del ombligo al pubis, después se remontaba



y se continuaba con el extremo inferior del intestino delgado. Existía, pues, independientemente del saco ciego, otro saco propéritoneal, y la porción de intestino, que estaba allí retenida, presentaba un calibre la mitad menor del que presenta el intestino delgado en estado normal. Dada la complejidad de la disposición de las asas en un saco subentérico separado por tabiques y tanto más en un saco propéritoneal, no cuesta trabajo comprender la fácil retención de las materias intestinales y las dificultades que hallamos, etc.»





Sintomas de la estrangulacion de la hernia umbilical

En la práctica, toda hernia umbilical voluminosa, irreductible desde hace poco tiempo, que va acompañada de vómitos y de una imposibilidad absoluta de expeler gases por el ano, debe ser considerada como estrangulada. Simultáneamente con estos síntomas el individuo que la padece se siente acometido, más o menos súbitamente, de dolores vivísimos que se irradian por todo el abdomen. La hernia, que antes era *reductible*, deja de serlo y se hace más dura,

tensa y voluminosa.

Pero volviendo á la división que, en la descripción anatómo-patológica de las hernias umbilicales en el adulto, hemos establecido, de hernias de gran volumen y de pequeño volumen, como quiera que el síndrome de la estrangulación varía de unas á otras, procuraremos diferenciarlas, toda vez que la indicación operativa se deduce de su conocimiento. Cualquiera que sea la causa de la estrangulación (cuello del saco estrechado por el anillo ~~en~~ las hernias pequeñas, bridas inflamatorias formando acodaduras y dando lugar á volvosos intestinales, adherencias del ~~intestino~~ ó de diversas asas del intestino entre ~~el~~ con el saco), lo cual importa poco para la intervención, una vez constituida



aquella complicación, se acompaña de un conjunto de síntomas especiales para cada clase de la división adoptada.

I. Hernias de pequeño y mediano volumen.

Las hernias umbilicales de pequeño volumen en el adulto presentan cuando se estrangulan (en la primera infancia nunca sobreviene este accidente), los mismos síntomas que las hernias inguinales y crurales cuando sufren una estrangulación aguda.

El comienzo de la estrangulación en estas pequeñas hernias es generalmente brusco, súbito; la tumorcación herniaria ~~mal~~ ~~o~~ ~~trien~~ reducida y sostenida por un vendaje, ha reparado este

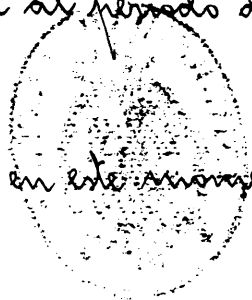
à consecuencia de un esfuerzo ó de un acceso de tos y la visera intestinal ha invadido el saco herniario. La hernia se vuelve de repente más voluminosa, dura y tensa, como acabamos de decir, y al mismo tiempo se produce un dolor, localizado à la parte, más ó menos vivo: asustado el enfermo, trata de reducir como de costumbre su hernia, pero se percibe de un extraordinaria dureza y de la falta de gorgoros que en otras ocasiones observara, así como tambien de la imposibilidad de meterla.

En este momento aparecen los trastornos digestivos, si ya no se habian presentado. Primero se experimentan náuseas que à veces van seguidas de vomitos de origen reflejo. No tarda en aumentarse el malestar, al mismo tiempo que se



acentúan más las náuseas, y el enfermo siente ganas de defecar, sin poder verificar este último acto de la digestión por más que se esfuerce por ello. Sin embargo; puede suceder que no siempre la oclusión intestinal es tan completa que se haga imposible la evacuación gaseosa por las vías inferiores, si bien no hay que perder de vista, si no se quiere incurrir en un error lamentable, que estos gases han podido haberse desarrollado en el tramo intestinal situado por debajo de la estrangulación que cierra por completo la luz del conducto. Continuando la agravación de esta situación, la estrangulación de la hernia llega al período de estado.

El examen de la hernia en este momento,



además de los síntomas locales que hemos señalado, nos enseña que el dolor aumenta a la palpación y que se provoca con este procedimiento la defensa muscular, fundiéndose decirse que el dolor es el síntoma que más resalta sobre los demás porque, localizado en un principio en el pedículo de la hernia, se extiende bien pronto por todo el vientre, que, por la retención de los materiales en el intestino y el desarrollo de gases que es su consecuencia, no tarda en abombarse: la palpación nos hace apreciar también la resistencia del tumor y la peritonitis dá la mayor parte de las veces un ruido ruidoso: si hacemos toser al enfermo no se nota la hinchazón del saco herniario sino media antes de la estrangulación.



lacion; se produce si una impulsión o, mejor dicho, una especie de choque en masa producida por la proyección de la pared abdominal.

Los ruidos digestivos continúan acentuándose y la retención de materias sólidas y de gases que en el intestino es absoluta, al cabo de 24 horas adquiere una gran importancia semiológica. Sin embargo; en la estrangulación aguda por pelliscamiento lateral del intestino se observa diarrea que, según de Dentu, debe atribuirse a las transudaciones que se verifican en el extremo inferior de un intestino estrangulado cerca de su porción alta.

Los vómitos pueden ser espontáneos, mucosos o bien alimenticios si son provocados por la ingestión de algunos alimentos; más

tarde se hacen porrácos y no tardan mucho en cambiar en fealdades acompañados de hipo, que es un signo pronóstico de mal agiero.

Si en este momento no interviene la mano del cirujano armada de bisturí para dejar en libre curso á las materias fecales y á los gases que distienden las paredes del intestino y aun la abdominal, el estado general empeora visiblemente; la frecuencia de los vómitos es mayor; á la angustia y ansiedad del principio sucede un completo abatimiento y una gran depresión de las fuerzas; la respiración se hace difícil; las inspiraciones son cortas y débiles y cada vez más numerosas; el corazón se debilita; el pulso se hace pequeño, rápido, débil e irregular; el enfermo está

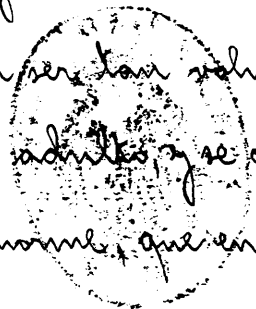


ciansticos por deficiencia de la oxigenación de la sangre; sus extremidades se enfrían; los tejidos toman un color terreo; la secreción urinaria, que empezó por ser escasa y albuminosa, se suprime por completo; y en medio de este espantoso cuadro sintomático de la estercoremia muere el enfermo.

II. Hernias voluminosas.

Ya hemos dicho más arriba que la característica de la hernia umbilical voluminosa consiste en que aumenta lenta y gradualmente.

De esta manera pueden llegar á ser tan voluminosas como la cabeza de un adulto, y se encuentran algunas, de tamaño tan enorme, que en su



saco contenían la mayor parte de las vísceras del abdomen.

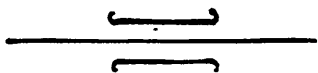
Estas son las hernias que en cierto modo han perdido el derecho de domicilio en el abdomen y de las que nos ocuparemos con motivo de la intervención, porque su reducción es, más imposible, cuando menos muy difícil y laboriosa de obtener dada la presencia de las numerosas adherencias que se establecen entre las asas intestinales, entre estas, el epiploon y el saco, y merced à la presencia de bridas que dividen el saco en varias cavidades y contra las cuales puede estrangularse el intestino, como ya hemos indicado al hablar del estudio de estos procesos



en una magnitud que merecen alcan-

rar estas hernias, se debe, según ha demostrado Duplay, à un desarrollo anormal hipertrofico del epiploon ó más bien à la introducción de nuevas vísceras en el saco herniario; se hacen gradual y paulatinamente irreducibles y esta situación determina consecutivamente una inflamación insidiosa y lenta de la que el paciente no se da cuenta sino le molestan los dolores continuos, aunque sordos ó de poca intensidad concomitantes à ella; existe al mismo tiempo as-
tricción de vientre; cuando ligeras náuseas; cuando verdaderos vómitos; pero los gases desprendidos siguen su curso para ser expulsados por la vía rectal. La estrangulación se establece silenciosamente, à la sordina, y pueden transcurrir algunas semanas antes de quedar definitivamente

ciones de los intestinos se restablecen poco á poco. En el caso contrario, la oclusion intestinal se constituye definitivamente; pero los accidentes son, sin embargo, de poca intensidad; y á la vista de un comienzo tan poco preciso, puede creerse simplemente en la presencia de fenómenos inflamatorios circunscritos al tumor ó de peritonitis herniarias; pero esta duda no puede subsistir más que algunos contados dias, durante los cuales son todavía vagos los síntomas, y en el momento en que se disipe, ha llegado la ocasión en que ha de intervenir el cirujano sin vacilaciones á llenar una indicación vital con la operación.



Diagnostico.

Para conocer, ante todo, una hernia umbilical hay que fijarse en la facilidad con que al través de sus delgadas cubiertas se perciben y distinguen las vísceras contenidas en el saco, que cuando se trata de epiploon da à la palpación y percusión una sensación de pastosidad granulosa y sonoridad mate y cuando de intestinos, aquella es de una masa suave y ruidosa. Además, la cicatriz umbilical se distingue, sino que se encuentra en la base inferior del tumor; pues, como se ha dicho



bilical, sobre todo si ésta pertenece a la clase de las voluminosas e irreductibles desde hace ya algún tiempo. La marcha de los accidentes en la peritonitis será menos rápida y los vómitos en vez de hacerse fecaloideos persisten siendo biliosos; pero aun aquí el error es muy posible si la estranquilación es parcial, porque en ésta se presentan los accidentes en la misma forma que indicamos. El diagnóstico previo del exófalco nos conduce a formular un diagnóstico cierto, cuando a falta de aquel podríamos cometer lamentables errores.

Aproposito de esto creemos interesante transcribir una comunicación curiosa comunicada por H. P. Doyen a la Sociedad de Ciencias Médicas de Lyon.



« Se trataba de una mujer de 60 años de edad, afectada de insuficiencia de la tricuspide con ascitis, ascitis y anasarca. Después de haber empleado inutilmente los diuréticos, la paciente se decidió a practicar la punción del abdomen. A los tres días de operada, la enferma aquejó grandes dolores al nivel de la picadura y al mismo tiempo sobrevinieron vómitos biliosos; se comprobó una erisipelatosidad en dicho sitio que fue combatida con éxito por aplicaciones de percloruro de hierro. Como persistiesen los dolores y los vómitos, se pensó en una peritonitis, complicación rara, pero muy posible consecutivamente a la punción de las paredes del abdomen, y se emplearon el ópio, el hielo y las fricciones mercuriales con belladona. Al ~~septimo~~ día de haberse practicado la punción, la ~~delgada~~ enferma

correspondiente a la porción libre del anillo umbilical, que se creía distendida por el líquido ascítico, se rompió y se formó un ano contranatural o artificial. La enferma murió al noveno día. En la autopsia se encontró una estrangulación de la segunda porción del intestino delgado.»

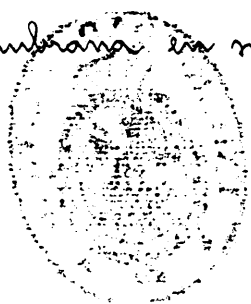
Algunas otras afecciones de la región umbilical pueden inducirnos también a error de diagnóstico. La masa granitosa que rodea la vena umbilical en la porción libre del conducto umbilical, haciéndose irreducible, podría simular una hernia, pero nunca una estrangulación por falta de los accidentes que a ésta acompañan. Solamente la coincidencia en este caso de fenómenos peritoníticos que obedecieran a una causa, podría dificultar el diagnóstico. El conocimiento etiológico de los síntomas vendría enton-



es en nuestra ayuda para la resolución del problema.

Ciertas inflamaciones de vecindad, como los flemones, seguidos de abscesos, del ombligo, pueden acarrear dudas sobre el diagnóstico, y, según Berger, se ha llegado á confundir un absceso de la cavidad de Retzius con una hernia umbilical estrangulada.

Los lipomas de la línea alba, formados por los pedúnculos adiposos subperitoneales que atraviesan los espacios romboidales, no pueden confundirse por sí solos en absoluto con las hernias umbilicales, aunque pueden producir algunos fenómenos peritoníticos por el arrastre de esta membrana en su posición excéntrica.



*Breve reseña histórica del trata-
miento quirúrgico de la hernia um-
bilical estrangulada, desde
1861 á 1900.*

Desde hace muchos años han venido disentiendo los cirujanos qué regla de conducta había de adoptarse como mejor y seguirse en presencia de un enfermo con hernia umbilical estrangulada. ¿Era conveniente intentar una operación que por lo general era fatal para el operado? ¿Era mejor abandonar al paciente á su triste suerte? En cualquiera de estas alternativas el resultado era casi el mismo: la muerte en un plazo más ó menos



largo.

Hoy, y gracias á la asepsia y antisepsia, es de regla el operar toda hernia estrangulada, sea inguinal, crural ó abdominal. Creemos, sin embargo, que es interesante pasar revista á las diferentes teorías expuestas con motivo de la intervención ó de la no intervención quirúrgica en la hernia umbilical estrangulada.

En 1861 sostuvo Miquier ante la Sociedad de Cirujía que era preferible abstenerse de toda intervención á practicar la quelotomía, operación que consiste esencialmente en reccionar las partes blandas capa por capa hasta llegar al agente constrictor que determina los síntomas de la estrangulación para debilitarlo. Como consecuencia de este aserto se sus-

citó una polémica en la que Goyrand d'Aix, Mauricio Perin, Legendre y, sobre todo, Richet combatieron enérgicamente las afirmaciones de Mugnier.

El profesor Gosselin (1865) en sus «Lecciones acerca de las Hernias», demostró que las pruebas que aducía Mugnier en apoyo de su opinión no eran ciertas, y que la operación en la hernia umbilical no revestía mayor gravedad que en las hernias inguinales y crurales, siempre que se practicase a un debido tiempo: según él, las numerosas faltas de éxito dependían de dejar pasar la oportunidad, de retardar el momento de la operación, y de olvidar, que la estrangulación umbilical bien tratada no era más grave que en las de-



miérricas en las primeras 48 horas.

El profesor Duplay, en su tesis de concurso en 1866, propone la dilatación o el desbridamiento del anillo sin abertura del saco (quelotomía externa de Billoux), y aún mejor, la sección del anillo por una abertura muy pequeña practicada en el saco (procedimiento de Bryant). En cuanto a la operación de la quelotomía (interna de Billoux), siguiendo sus reglas habituales, no se decide hasta el último extremo.

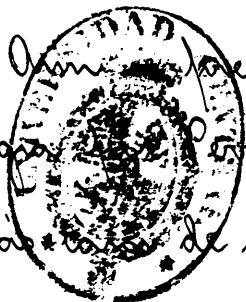
Las tesis de Girardelle y Lafon, en 1869, tienden a remitir las ideas formuladas por Rouquier y aceptadas por el profesor Vermeil. Nada de quelotomía: es preferible abstenerse de toda intervención. Tal es el resumen de sus con-

ciones.

En 1875 vino la cuestión á estar de nuevo á la orden del día, y en la Sociedad de Cirujía de París tuvo lugar una discusión, a propósito de una observación respecto á un caso de quelstomía umbilical seguida de éxito, presentado por Després.

Mauricio Perrin y Le Dentu abogaron en favor de la intervención quirúrgica, mientras que el profesor Verneuil se inclinaba, por el contrario, á las opiniones de Arnquier, de quien fué siempre partidario, no confiando más que en la taxis.

Se presentaron á la Sociedad de Cirujía, Perrin, Alfonso Guérin y Nicaise, más tarde de operados por el procedimiento



de la quelotomía seguido de éxito completo.

Marduel aconsejaba operar el onfalocelo estrangulado por los métodos ordinarios, con o sin abertura del saco y la estrangulación no databa de más de 48 horas, abriendo siempre el saco si los accidentes se remontaban a una fecha más lejana.

Algo más tarde, defiende Soupie en su tesis de 1880 la intervención precoz en la hernia umbilical estrangulada, y sostiene que en estos casos la quelotomía ofrece probabilidades de resultado análogas a las que dispensa en las hernias de otras regiones.

Nueva discusión se entabló en 1881 en la Sociedad de Cirugía. Ferrer y Brelhat inter-

viene en ella, contentándose con practicar desbridamientos múltiples y de algunos milímetros de extensión en las hernias umbilicales voluminosas estranguladas: de esta manera queda el intestino en condiciones de ser examinado y reducido si está libre de adherencias para después resecar la mayor parte posible del saco.

Perseguendo el mismo fin debe intentarse la quelotomía en las hernias voluminosas e irreducibles, aún en los casos en que la intervención se hubiera considerado en otros tiempos contraindicada. Sin embargo, la división, aceptada por nosotros, de pequeñas y grandes hernias umbilicales parece que es necesaria bajo el punto de vista de la indicación opera-



toria y del pronóstico: éstas últimas para Ferriér son rebeldes á la quelotomía.

Después creía que la estrangulación se debía únicamente á la inflamación visceral; que el anillo permanecía siempre con la anchura suficiente para dejar el paso libre á los órganos (estrangulación pasiva).

El único método que á juicio de éste debe emplearse en las hernias pequeñas estranguladas, es la abertura del saco y en las grandes, se limita á recomendar el tratamiento médico.

Desde esta época los cirujanos se decidieron por la terapéutica activa que preconizó Ferriér, siempre que toda hernia, de la clase que fuere, se manifestare por ~~protrusión~~ abar-
nantes y se hubiere considerado en realidad

estrangulada.

El desbridamiento externo sin la abertura del saco por el método de J. L. Petit; el aislamiento del saco sin desbridamiento del anillo como preconiza Després; el desbridamiento à través de una simple punción del saco è incisión directa del agente estrangulador al nivel del pedículo de la hernia, como practicaban Bryant y Astley Cooper, son considerados hoy en día como operaciones peligrosas è ineficaces « porque privan al cirujano de la primera de las garantías que le da la incisión del saco, es decir, la facilidad de inspeccionar directamente el estado de las vísceras contenidas en la hernia ».




« Villoux en su « Tratado de Ana-

tonia topográfica», que parece lamentarse de que la quibotomía externa, nacida en Francia, se cultive más en el extranjero que en esta nación, cita como objeciones principales que pueden hacerse á esta operación, 1.^a Que la quibotomía externa no da ningún resultado cuando la estrangulación tiene lugar por el cuello, sino más bien, por no abrir el saco, se expone á introducir en el vientre la parte estrangulada y el agente de la estrangulación; 2.^a Que reduciendo el saco sin abrirlo, no puede formarse idea del estado del intestino y podría correrse el peligro de reducir una parte gangrenada de este intestino; 3.^a Que pudiendo verificarse la estrangulación en el interior del mismo saco á través del epiploon

ó por una brida epifloica, se hace necesaria la abertura del mismo; y 4.º Que en las hernias antiguas el cuello del saco y el anillo están á veces tan adheridos entre si, que se confunden sin poderlos separar.

El 28 de Julio de 1898, el profesor Bavier escribió en la «Gaceta Hebdomadaria de Medicina y Cirujia», un artículo en el que, declarándose partidario convencido de la operación de la hernia umbilical estrangulada, declaraba sin embargo, fundándose en la estadística, que esta operación presenta una gravedad extraordinaria.

 poder afirmar con Bavier, Malich y otros que la gravedad operatoria es debida á que el enfermo ni el médico encargado de

en asistencia han pensado en la intervención operatoria en el momento oportuno, pues nosotros se han visto engañados por crisis pasajeras experimentadas por el primero, que desaparecían á las 24 horas, creyéndolas de origen inflamatorio cuando obedecían á verdaderas estrangulaciones que cedían por sí solas: el retardo operatorio, consecuencia de este error de diagnóstico, agrava muchas veces el pronóstico.

Lo que debe hacerse en presencia de una estrangulación herniaria umbilical es intervenir con la mayor prontitud. La quelotomía precoz es tan urgente en las formas de pseudo-estrangulación umbilical como en la verdadera estrangulación. La operación será difícil, complicada, en las grandes hernias, es verdad, pero

es una razón más para operar pronto. La quelotomía precoz podría por sí sola salvar al enfermo; la quelotomía tardía, a la cual habría que recurrir finalmente, no sirve más que para rematarlos.

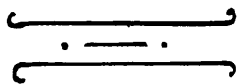
En cirugía hospitalaria hay que operar muchas veces in extremis a enfermos que llegan en el último período de la estercoremia y que se entregan al cirujano en estado desesperado después de haber agotado todos los medios de suspender el tiempo.

Muchas veces la quelotomía es simple, fácil y rápida; resulta útil, sale bien y sin obstáculos que la obstaculen cuando se practica dentro de las 24 horas de realizado el accidente que obliga al cirujano a apelar a ese recurso,



pero es mortal en las lamentables condiciones en que se ve este obligado à practicarla con frecuencia. Por otra parte, enormes hernias adherentes, gangrenadas, operadas con oportunidad aun en enfermos de edad avanzada, se curan, lo cual demuestra que todas las veces que puede prestar sus auxilios el cirujano interviniendo à tiempo, cualquiera que fuese la dificultad de la operacion, se obtienen resultados muy satisfactorios.

En una palabra; no hay que temer à la quelotomia, sino el retardo de la quelotomia.



Tratamiento.

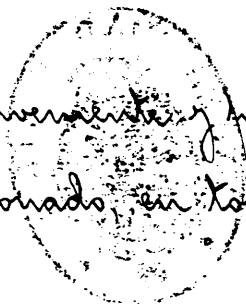
El volumen de la hernia umbilical tiene una influencia directa en la elección del procedimiento terapéutico y las dificultades operatorias varían según sea aquella de mayores ó menores dimensiones.

Si se trata de hernias de mediano y pequeño volumen cuya estrangulación se ha producido recientemente, puede intentarse la reducción por taxis; pero este procedimiento no es aplicable á las hernias de gran volumen. Es preferible que se halla justificado su empleo



unicamente durante las primeras horas que siguen al accidente y teniendo cuidado de no ejercer maniobras brutales con las que solo se consigue contusionar e inflamar el intestino. Desde el momento en que las primeras tentativas de taxis no hubiesen tenido éxito favorable, se recurrirá inmediatamente á la que-
lotomía, que vencerá el obstáculo al paso de los gases y demás contenido intestinal deján-
dolos circular libremente, que debe comple-
tarse, para alcanzar un restablecimiento perfecto de la integridad de las funcio-
nes del intestino, con la cura radical de la hernia.

Será verdaderamente conveniente y pro-
vechoso, como ya hemos mencionado, en todos



los casos practicar la quelotomía en el momento más próximo posible del comienzo de la estrangulación, porque ni es verdad que hoy está perfectamente establecido, al contrario de lo que se creía en otros tiempos, que la marcha de la estrangulación en la hernia umbilical no es más rápida que en las otras hernias, no es menos cierto que todo retardo ocasionado á la operación aumenta considerablemente las probabilidades de un éxito funesto, sobre todo cuando se opera en sujetos obesos, diabéticos, en fisematosos, expuestos á complicaciones pulmonares y cuyo estado general deja mucho que desear como sucede casi siempre en enfermos que padecen una hernia um-



La indicación de operar pronto es positiva tanto para las hernias de pequeño volumen en que la estrangulación aparece bruscamente, como para las hernias de gran volumen en las que este accidente reviste desde su comienzo una marcha bastante insidiosa.

No nos dejaremos influenciar en estos casos de los términos inflamación, peritonitis herniaria, ataxamiento y otras frases tan a menudo usadas para dar largas a la intervención del cirujano acarreado con su retraso consecuencias fatales para el paciente. En caso de duda acerca de la naturaleza de los fenómenos observados, es preferible inclinarse por el lado malo, es decir, en el sentido de la estrangulación, porque tiene menos inconvenientes la creencia en una

estrangulación que no existe, que el desmoronamiento de una estrangulación verdadera.

Salvo la circunstancia de que el enfermo sea un moribundo, no encontramos contraindicación para la aplicación de la terapéutica quirúrgica a su curación.

La quelotomía es una operación de urgencia, lleva una indicación vital, y debemos intentarla siempre; pues de lo contrario, el enfermo está irrevocablemente perdido, sin poderlo evitar.

Hemos sentado en principio que para la hernia estrangulada del ombligo, como para las demás hernias, la cura radical debe ser el resultado de la quelotomía, siempre que nos sea posible realizarla, pues casos hemos de en-



tar más adelante en los que no pudo llevarse á efecto.

Vamos á recordar en pocas líneas algunos de los principales métodos operatorios con abertura del saco y cura radical que se han empleado para las hernias, advirtiéndole que la cura radical tiene la misma aplicación en las hernias estranguladas como en las que no sufren esta complicación y que para la descripción que hacemos de la quelotomía consideramos esta practicada en hernias de pequeño volumen.

Procedimiento de Championniere.

1º Empieza por practicar una incisión

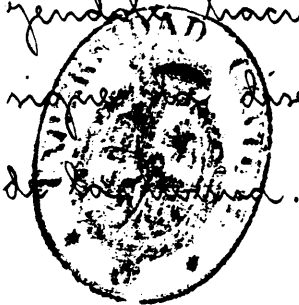


curva al lado izquierdo y encima del tumor, insuficientemente extensa para permitir se descubra ampliamente el pedículo de la hernia.

2º Abre el saco con precaución, pues las frecuentes adherencias del intestino á la superficie interna de aquel obligan á proceder con cautela.

3º Recoje el epiploon con compresas antisépticas y le separa en distintos segmentos, cada uno de los que liga resultando una ligadura en cadaveta.

4º Dirige el saco de abajo arriba atrayéndolo hacia afuera en tanto que prosigue la dirección en dirección del cuello de la hernia.



5º Destruye el agente estrangulador (cuellos, bridas, adherencias, etc.)

6º Reduce el contenido del saco previa resección del epiploon por fuera de la ligadura y separa todas sus conexiones periféricas con la ayuda de un instrumento romo, sea la sonda acanalada, tijeras, etc.

7º Durante esta disección hace ligeras tracciones hacia sí del peritoneo parietal a fin de hacer desaparecer el infundibulum que se forma alrededor del anillo.

8º Liga y extirpa el saco cuando se asegura de que no existen adherencias de ningún modo a la superficie interna del anillo y pueda deslizarse con facilidad en el abdomen donde se mueve con toda

libertad.

9º: Sutura el orificio umbilical con seda o catgut, me los músculos con sutura entrecortada y la piel con sin de Florencia. Para que la confrontación sea más perfecta da tres o cuatro puntos de manera que los hilos abracen toda la masa de los tejidos.

Y 10º: Coloca el drenaje para dar salida a la exudación que se produce en la ~~capa~~ capa adiposa, siempre considerable en esta región.

Todos estos tiempos de la operación que describimos en detalle se pueden reducir a la dirección del saco más allá del orificio umbilical y 2º: Sutura de las partes blan-

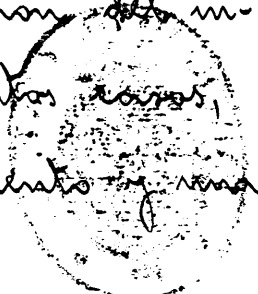


das en tres planos de los que el más profundo corresponde al anillo y el superficial a la piel.

De esta manera el anillo umbilical queda estrechado u obliterado por el subligamento cutáneo.

Procedimiento de Berger.

Recomienda una minuciosa dirección del vaso en el borde interno del anillo umbilical. Este acto considera como el inicio medio para conseguir la estirpación total del vaso y de la desaparición del infundibulum peritoneal. En ciertos casos, para asegurar el confrontamiento y una

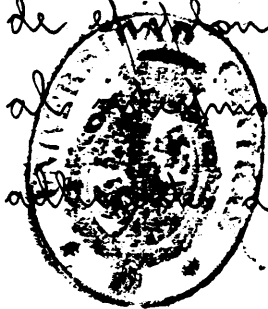


ciatris sólida con la natura, es necesario avivar los bordes del anillo herniario.

Procedimiento de Rouvier.

1º Tiempo = Quebrar la piel, las diferentes capas de los tejidos subyacentes y el saco.

2º = Desgarrar las adherencias con los dedos teniendo mucho cuidado de conservar en su integridad las paredes intestinales; si aquellas ofrecen resistencia, separar el exceso de epiploon seccionándole y dejar unidas las porciones intimamente adheridas a su superficie externa.



3º: Pediculado el epiploon y practicada la ligadura en masa, reseca toda la que puede por fuerza de la constricción y reduce el pedículo y el intestino después de asegurarse de la hemostasia del primero.

4º: Cogido el saco con unas pinzas de forción, se disecciona hasta rebasar los confines del cuello e inmediatamente se liga por encima de este y se reduce su pedículo.

5º: Practica la misma en un solo plano comprendiendo en ella todo el espesor de la pared abdominal, incluso el peritoneo.

Procedimiento de Ferris.

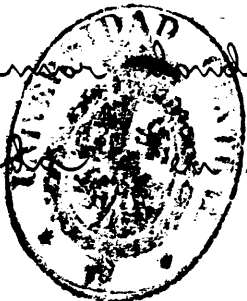
Mediante una incisión crucial, que al



causa al anillo, deja expedito el campo operatorio; reseca el epiploon y el saco, regulariza las partes flotantes de los labios de la herida y finalmente, aivados los bordes, los sutura.

Procedimiento de Le Dentu. Onslectomia.

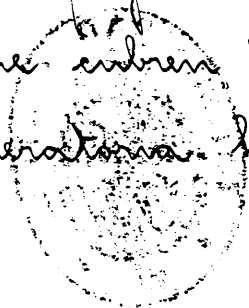
1º Siguiendo este procedimiento, se traza una incision media bastante prolongada. Se seccionan por capas las partes blandas conduciendose con unos cuidados en la parte más prominente del tumor donde la piel está muy adelgazada en relacion con inmediata con



el saco.

2º Al llegar á este, se coje un pellisco de la pared con una pinza y se abre un orificio cortando con un bisturí horizontalmente. Sobre una sonda acanalada ó, mejor, un dedo, que es el conductor más seguro, introducido por este orificio ó abertura se guía el bisturí que abre en toda su longitud el saco y también los divertículos que pudiesen hallarse.

3º Se reduce el intestino si está herniado; y una vez hecho esto, se procede á reducir el epiploon. Para ello, se le atrae hacia afuera y se extiende y despliega sobre las compresas asépticas que cubren la superficie de la zona operativa. Se



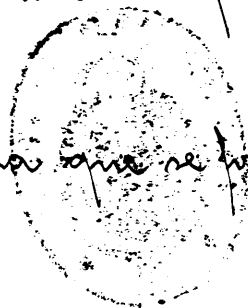
practican en él varias aberturas con el dedo lo más cerca posible del nivel del orificio umbilical. De esta manera se forman varios trozos ó fragmentos de epiploon separados por puentes en los que se practica con seda ó con catgut la sutura escalonada (étagée), de tal modo que cada puente epiploico se estrangula á diversa altura.

4º Anaflectomia propiamente dicha. Introducido el dedo índice izquierdo en el anillo umbilical dirigiéndole hacia abajo, se levanta por medio de un ligero movimiento de baseña hacia delante la circunferencia umbilical rechazando el intestino dorsal á la cavidad. Con mas



tijeras de punta roma dirigidas sobre el dedo conductor se practica una incisión compuesta en forma de V que contornea la cicatriz umbilical por medio de la que se reseca una porción parietal triangular cuya base está lindando con el ombligo y el vértice es sub-umbilical. Se procede del mismo modo hacia arriba separando otro triángulo igual e invertido Δ . La abertura así producida tiene la forma de un gran rombo o de una elipse. La porción resecada comprende no sólo el anillo fibroso sino también porciones de las partes blandas supra e infra-umbilicales.

5º La sutura es igual á la que se prac-



tica en la laparotomía, es decir, sutura de punto por encima hecha con catgut del n.º 2; esta sutura debe ser necesariamente, según de Dentu, aponeurosis-musculo-peritoneal.

Estando cerrado el abdomen por la sutura antedicha, se reseca de cada lado de la herida superficial un colgajo cutáneo semi-elíptico y después se sutura con crin de Florencia.

6.º El drenaje es la regla para dar fin a la operación.

El procedimiento operatorio de de Dentu resulta, según se ha visto, una infalección total seguida de sutura en dos tiempos, es decir, una verdadera laparotomía.



nia por la que desaparecen el anillo umbilical y el ombligo cutáneos.

Procedimiento de Kocher.

El profesor Kocher, de Berna, tratase de hernias umbilicales estranguladas o no, trata una incisión transversal en el contorno superior del tumor herniario, por la que se llega directamente a la abertura del anillo merced a la posición pendiente de la tumoración. Para separarse del punto más prominente del tumor al hacer la incisión, tiene presente el inconveniente de que en dicho punto el saco está fuertemente, íntimamente ad-

herida a la piel y el epiploon mele tambien contraher a un vez relaciones de continuidad con el saco, ademas de que la piel puede presentarse inflamada o ulcerada.

La incision transversal interesa la piel y la fascia superficialis y llega al borde aponeurótico del anillo formado por la linea alba.

sin abrir el saco herniario se diseca hasta el cuello, previa una incision eliptica que a la vez que la porcion alterada de la piel circunscribe toda la parte del saco adherida a ella, y a continuacion se procede para separar las adherencias del epiploon hasta que se pueda mo-



ver bien en el abdomen. Extirpa el epiploon sobrante y corta el saco a dos centímetros por fuera del anillo.

Finalmente, cierra la herida por medio de puntos de sutura por planos, comprendiendo en la primera o más profunda el peritoneo y la línea blanca; emplea en esta parte de la operación el hilo de seda.

Dozier ha tenido la idea, que Hillman califica de felis, para impedir la recidiva de la hernia, de entrecruzar en parte los músculos sobre la línea blanca sosteniéndolos con sutura; los resultados de este procedimiento son buenos.



Procedimiento de Erichsen.

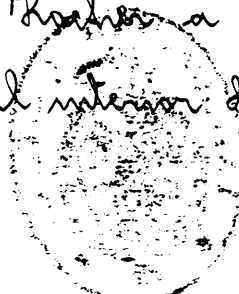
Varia poco del de Kocher. Se hace en el lado de la cicatriz umbilical, pero prefiere practicar una incisión transversal de dos pulgadas en la parte superior del tumor para caer sobre el anillo. El punto preciso de elección para esta incisión es la línea media, encima del cuello de la hernia. Después de este tiempo operatorio procede a la abertura del saco, y las restantes maniobras son las mismas que emplea el profesor de Roma.



que sea el procedimiento ope-

ratorio empleado y después de abierto el saco, no se debe prescindir en ningún caso de inspeccionar y lavar cuidadosamente el intestino; este lavado, según opinión de Lucas Championnière, puede en muchas ocasiones salvar una asa intestinal que pudiere estar afectada. Una vez hecho el lavado hay que proceder a examinar la naturaleza del agente estrangulador y a destruir las adherencias que se oponen a la reducción de las vísceras contenidas en el saco.

Si nos encontramos con el epiploon, se le sujetará con las pinzas de Kocher a fin de evitar se deslice hacia el interior de la cavidad peritoneal.



Después se dilata el anillo por una ó varias incisiones, ó bien, siguiendo el consejo de Ferriér se contenta con hacer desbridamientos múltiples de poca extensión.

Pero no se vaya á creer, y sobre esto hemos llamado antes la atención, que el anillo y el cuello del saco son los únicos agentes de la estrangulación que puedan existir en el mismo saco ó en sus divertículos; no, los acodamientos del intestino, ocasionados y sostenidos por bridas fibrosas, y la torsión sobre su eje, son causas más que suficientes para producir estrangulaciones que pueden perfectamente reconocerse por la abertura del saco.



Las adherencias del epiploon, del intesti

no delgado, del colon y del mesocolon, deben ser tratadas como si fuesen sencillamente hernias estranguladas; pero hay ocasiones en que el cirujano puede hallarse en presencia de dificultades imperables.

Si la dirección de las adherencias es muy difícil ó imposible se reducirán juntamente con el intestino las partes del saco ó peritonos adyacentes que ~~lo~~ estén íntimamente unidas, teniendo el cuidado de recortar ó reducir en lo posible el contorno ó perimetro de dichas partes.

Si se observa alguna herida intestinal que interesa todo el espesor de su pared, bien sea resultado de un esfacelo ó bien producida durante la dirección de las adherencias que

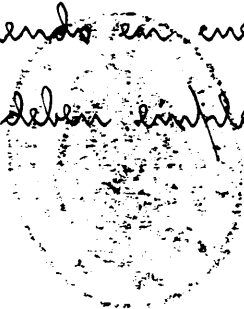
men el intestino al saco ó las asas del primero entre sí, ó se percibe algún cambio en la vitalidad de estas (color de hoja seca), provocado por una estrangulación prolongada, se procederá en el primer caso á reducirlo siempre y cuando la lesión está limitada á una asa perfectamente sana, pues de lo contrario se establecería una fistula estercorácea por la que fluirían materiales á los que sería preciso dar salida al exterior impidiendo su derrame en la cavidad peritoneal: en el caso segundo ó de temores de que sobrevenga una mortificación ulterior, no deberá intentarse la reducción del intestino después del desbridamiento, antes bien se observarán con atención los cambios que experimenta en su



aspecto para reducirlo si la circulación se normaliza en él o para dejar un ans contranatural si esto no se consigue, o no ser que las circunstancias obliguen a practicar una enterectomía.

La resección del epiploon, que muchas veces está estrangulado presentando un aspecto negro o violáceo y un olor fétido, se verificará en el punto más alto posible en la cavidad abdominal si no queremos ver sobrevenir accidentes de los cuales el menor puede ser un absceso del miñon epiploico.

El aislamiento del saco hay que hacerlo con gran precaución, teniendo en cuenta su friabilidad; así es que deben emplearse tracciones muy suaves.

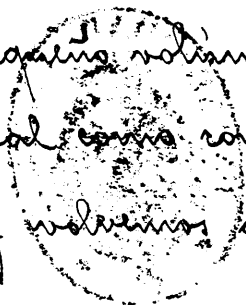


Como contratiempos post-operatorios, puede suceder que, después que la operación ha dejado expedito el curso fisiológico del contenido intestinal, el hilo de sutura corte ó aprisione de tal manera el tejido celular-graso que dé lugar á una exudación serosa que puede servir de caldo de cultivo donde proliferan los microbios piógenos produciendo supuraciones que vendrían á retardar la cicatrización de la herida operatoria (Arvon), y que se presente en el operado una congestión pulmonar, cuyo peligro, si no exclusivo de las hernias umbilicales operadas, es, sin embargo, muy común en estos casos por tratarse de hernias de gran magnitud avanzada, en general, en las que el estado de las vías respiratorias no me-



de estar exento de algún trastorno. Esta complicación agrava mucho la situación del paciente; y está probado que la mortalidad en los operados de hernia umbilical estrangulada se debe muchas veces á la congestión pulmonar hipostática. Hay que evitar, pues, los estasis procurando variar los decúbitos y, á poder ser, haciendo adoptar al enfermo la posición incorporada, cuidando siempre de que el vendaje se mantenga bien colocado ejerciendo una compresión conveniente en las paredes abdominales.

Nos hemos hecho cargo hasta ahora de que en la hernia de mediana y pequeños volúmenes puede emplearse la cura radical como complemento de la quebotomía, y volvemos á



repetir lo que ya dejamos dicho en otro lugar, y es, que la cura radical debe intentarse todas las veces que sea posible; pero cuando la estrangulación sobreviene en una hernia voluminosa, irreductible desde hace muchos tiempos, constituida por la aglomeración de asas intestinales finoradas entre si o con el epiploon u otros tejidos vecinos, en que el estado general del enfermo es grave (en las estadísticas vemos algunos casos de estos) y en que la operación radical tenga que ser de larga duración, muy difícil, acaso imposible de llevarse a cabo; dada esta situación ¿que conducta debemos seguir?

En estos casos queda un último recurso para evitar el compromiso y salvar al prom



No el conflicto que se presenta. Si el enfle-
cele es enorme y el estado general del enfer-
mo tan alarmante que hace suponer no po-
dría soportar una operación prolongada, se
desbida extensamente el anillo, se separa el
intestino de la capa de epiploon que le envuel-
ve, se destruyen hasta cuanto se pueda las
bridas intrasaculares y se deja la masa in-
testinal, libertada de las adherencias y com-
presiones más importantes, en el mismo saco
y se cierra éste. Más tarde, y cuando los acci-
dentes agudos hayan cesado, se podrá recurrir
a una tentativa de reducción. Dicho se está
que con este procedimiento, solo salvamos del pa-
ro, lo cual no es poco, pero puede producirse un
alivio nada despreciable, particularmente en un

do se opera en estrangulaciones intrasaculares.

De este recurso han echado mano muchos cirujanos consiguiendo con él algunas curaciones.

Anvray, en una de sus observaciones, dice que se contentó con proceder según la indicación de dejar al enfermo curar. En otra observación expresa su sentimiento por no haber procedido de la misma manera que en el caso anterior en un enfermo cuyo estado era poco menos que desesperado; se acusa de haber precipitado el desenlace por haber querido hacer una operación demasiado completa y que fue de poca duración por el volumen que presentaba la hernia y por las

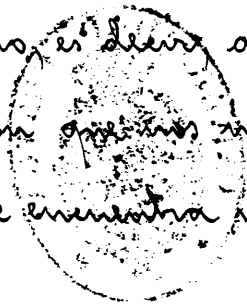


dificultades que se ofrecen para dejar en libertad una masa intestinal y epiploica de tan gran tamaño.

También Aron dice, que tuvo que emplear en uno de sus operados el recurso del simple desbridamiento del cuello del saco dejando las vísceras en su sitio, tal cual estaban, sin intentar la cura radical, y el enfermo curó.

He aquí dos hechos que justifican plenamente el método de prudencia que con tanta razón aconseja dejars.

Vamos imponiendo hasta ahora que el estado del intestino es satisfactorio, es decir, que no presenta ninguna alteración que nos impida reintegrarlo tal y como se encuentra nor



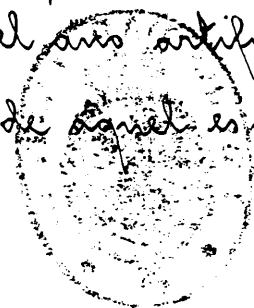
malmente en el abdomen; pero puede suceder, sin embargo, que por una causa cualquiera, como hemos indicado al hablar de las hernias pequeñas, se gangrene el intestino. En este caso nos veremos en la precisión de emplear uno de los métodos aplicables a toda estrangulación intestinal acompañada de gangrena, sea cual fuere su causa y el sitio de su asiento.

Sin entrar en divagaciones acerca de los diversos métodos y procedimientos que se utilizan enfrente de esta grave complicación, nos limitaremos a señalar los dos más usuales, cuales son: la formación del ano artificial o *contraintestinal* y la enterectomía seguida de



enterectomía artificial no produce realmente

una verdadera evasión, sino evita un peligro inminente en los casos en que es preciso obrar con rapidez; pero puede completarse ulteriormente la operación con la enterografía secundaria. Si el ano contranatural se abre muy alto, es decir, en un punto próximo al origen del intestino delgado, tiene el inconveniente de debilitar considerablemente al enfermo, pues las sustancias alimenticias recorren un pequeño tramo intestinal y la superficie absorbente resulta muy restringida, estando abolido uno de los actos más importantes de la digestión en toda la porción intestinal que se halla por debajo de la abertura del ano artificial, por lo que la nutrición de aquel es muy deficiente.



Repetimos, no obstante, que en determinadas circunstancias debe recurrir el cirujano a este método, siquiera sea paliativo o precursor de otra operación más radical.

Esta última, o sea la estereotomía seguida de la esterografía primitiva, debe guardar el puesto de preferencia sobre el ano artificial y a ella debe apelarse en cuanto su ejecución sea posible; pero no sin tener en cuenta que, siendo muy grave en todas las variedades de hernias estranguladas, existe un pronóstico particularmente sombrío en lo que concierne a la hernia umbilical estrangulada, pues el estado general del enfermo en esta constituye un mal pronóstico que ofrece escasas garantías para obtener buenos resultados satisfactorios de



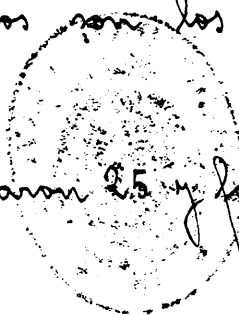
una operación de la que, aún ordinaria-
mente, no siempre obtenemos verdaderos é-
xitos.

Resultados.

En la estadística que damos á continua-
ción hemos podido reunir 53 casos de hernias
umbilicales estranguladas en el adulto tra-
tadas por la quibotomía.

Los resultados operatorios son los siguien-
tes:

De los 53 operados, se curaron 25 y falle-



cieron 28. Resulta, pues, una mortalidad de 52,83% de la aplicación de la quelotomía al tratamiento de la hernia umbilical estrangulada en el adulto.

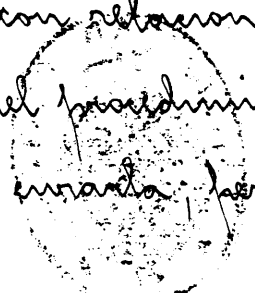
De estos 28 casos desgraciados, murieron en el colapso durante la operación o algunos instantes después, seis operados; hay que atribuir a la peritonitis perforante preexistente o a la presentación secundaria, después de reducido el intestino, de la inflamación de la serosa abdominal, la muerte de otros veintinueve; y en un caso, pareció ser este el resultado de accidentes mecánicos ulteriores a la reducción de las vísceras. Practicada la autopsia del cadáver se encontró una asa del intestino delgado adherida a la pared de la cavidad abdo-



· minal formando un ascudamiento que se opo-
nia al paso de las materias acumuladas en
el intestino por encima del obstáculo.

Los órganos herniados de estos enfermos se ha-
llaban en general en estado de estrangula-
ción antigua (8 à 11 días y aun más tiempo),
lo cual nos permite insistir sobre la necesidad
de las intervenciones precoces abogando en fa-
vor de ellas; y buena prueba de esta premura
es la nota que señalamos en las estadísticas
que ofrecemos de siete casos de espasmo del in-
testino encontrados en el acto de la operación.

Habría sido interesante conocer el tanto
por ciento de la mortalidad con relación
al volumen de la hernia y del procedimien-
to operatorio empleado para curarla; pero



desgraciadamente los datos clínicos y operatorios son defectuosos en un gran número de casos, y nos contentamos con reseñar tres observaciones inciertas respecto a otros tantos casos que hemos tenido ocasión de presenciar. Sin embargo; aún que en la mayor parte de las estadísticas hospitalarias que hemos consultado, solamente se consignan el nombre del cirujano, la fecha de la operación y el resultado de ésta, hallamos seis casos operados y terminados por muerte en los que se llama la atención acerca del enorme volumen de la hernia. Dichos se está que en estos casos el pronóstico tiene que ser mucho más reverso que cuando el cirujano se enfrenta con hernias de pequeño volumen. Después aparte de las mayores difi-



ultades operatorias, el estado general de los enfermos deja mucho que desear.

Tampoco nos es posible hacer una deducción exacta de lo que varia la mortalidad según haya sido el procedimiento operatorio empleado, por que de las 28 defunciones señaladas sólo en 4 se indica cuál fué la operación practicada. Pero puede afirmarse, sin temor de incurrir en error, para la hernia umbilical estrangulada como para las demás hernias que adolezcan de esta complicación, que la mortalidad será mucho más considerable en los casos en que el estado del intestino haga necesaria la resección de una parte de este órgano, cuya vitalidad se ha resentido ó ha llegado a esfentarse

ó la formación de un aneurisma contranatural, que en aquellos casos en que basta únicamente un simple desbridamiento del agente estrangulador ó la cura radical.

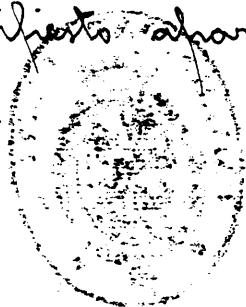
En los casos de nuestra estadística seguidos de curación, la hernia era generalmente de pequeño tamaño ó de mediano y la estrangulación de fecha reciente, circunstancias que limitaron la intervención al desbridamiento ó á la quelotomía seguida de cura radical para obtener el éxito favorable. No cabe, pues, dudar, aunque carecemos de datos precisos para darlos exactos, que las curaciones en estos casos son más frecuentes que cuando



se presentan complicaciones que obligan al operador a atacar el intestino en su integridad resacando un trozo de él o formando un ans artificial o contranatural.

En resumen: lo que verdaderamente queda probado es que la mortalidad operatoria en la hernia umbilical estrangulada es de un 52% y que los resultados del tratamiento están lejos de ser brillantes a pesar de los perfeccionamientos de los nuevos métodos empleados para su curación.

Esto es lo que más manifiesto aparece en las siguientes estadísticas.



Estadística.

I. Mujer de 58 años de edad y muy obesa. Hernia umbilical voluminosa, estrangulada e irreductible, datando de una semana el principio de los fenómenos de estrangulación. Estado general gravísimo. Resección del saco. Cura radical. Muerte. (Bravo 1902).

II. Mujer de 50 años. Hernia umbilical estrangulada desde hace 24 horas con coexistencia de otras tres hernias a lo largo de la línea alba. Laparotomía. Curación. (De la



III. Mujer de 55 años de edad, muy obesa y enfisematosa. Hernia umbilical que data desde hace 20 años. Estrangulada hace 24 horas, presenta el tamaño de la cabeza de un feto. Desbridamiento del anillo y reducción. Curación. (Bravo 1901).

IV. Mujer de 62 años. Hernia umbilical de gran tamaño irreductible. Buen estado general. Desbridamiento múltiple del anillo y reducción de la masa herniada. Curación. (Zola 1899).


V. Mujer de 50 años. Gran hernia umbilical estrangulada desde hace 4 días. Infalsetomia y cura radical. Muerte. (Zola 1898).

VI. Mujer de 55 años. Hernia umbilical con ~~intestinos~~ estrangulación que data de 5 días. Estado general malo. Muerte. (Zola 1896).

VII. Mujer de 48 años. Hernia umbilical estrangulada del tamaño de una naranja. Quelotomía. El intestino estaba espasmodico. Interec-
tómia y enteronafía. Curación. (Cospedal 1894).

~~VIII.~~ VIII. Mujer de 59 años. Hernia umbilical estrangulada desde hace 26 horas. Quelotomía. Muerte. (Zola 1892).

IX. Mujer de 53 años, muy obesa. Operada ya en 1895 de una hernia umbilical estrangulada. - Hernia pequeña estrangulada desde hace 12 horas. No puede intentarse la cura radical, porque se opera en un verdadero embudo grueso. Simple desbridamiento. Curación. (Ariza 1897).

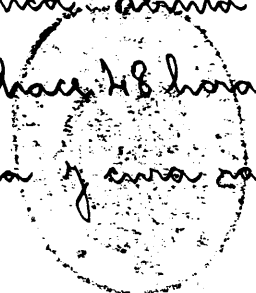
X.  Mujer de 51 años. Hernia umbilical es-
trangulada desde hace dos días. Volumen de

dos puños. Laparotomía; reducción de una asa intestinal; resección del epiploon: excisión del saco. Futura en masa para terminar rápidamente. Curación. (Bonaglé 1900).

XI. Mujer de 56 años. Hernia umbilical estrangulada desde hace 3 días, con flemon de la pared abdominal y espacho del intestino. Simple desbridamiento del anillo sin reducción del intestino. Muerte al tercer día. (Chailoux. 1899).

XII. Mujer de 51 años. Hernia umbilical estrangulada y espachada. Oofalotomía. Muerte. (Chevalier. 1896).

XIII. Mujer de 60 años; diabética. Hernia umbilical estrangulada desde hace 48 horas; mediano volumen. Oofalotomía y cura ca-



dical. Curación. (Nance. 1895).

XIV à XIX. los casos publicados por Grœlich de Nancy, que después de la onfalotomía dan por resultado 1 curación y 5 muertes.

XX. Mujer de 56 años. Ruptura de la cicatriz umbilical en el curso de una bronquitis interna. La mayor parte del colon transversal está fuera desde tres días antes de la operación. Cura radical. Muerte al 1.º día por peritonitis. (Gosset. 1899).

XXI. Mujer de 75 años. Hernia umbilical estrangulada desde hacia 2 días. Incisión. Muerte al 3.º día. (Gosset. 1899).

XXII. Mujer de 53 años de edad. Hernia umbilical estrangulada, con oritis. Para-



centes y quelotonia. Congestión pulmonar
doble. Muerte. (Guinard. 1895).

XXIII. Mujer de 55 años. Hernia umbili-
cal estrangulada desde hace 2 días y del
volumen de una cabeza de niño. Queloto-
nia. El saco contenía epiploon y el colon
transverso. Asepsamiento del intestino por las
bridas que lo estrangulan. Congestión pulmo-
nar. Curación. (Meannel de Bonloux. 1895).

XXIV. Mujer de 47 años. Hernia umbili-
cal estrangulada con coexistencia de un fi-
broma y ligera oritis. Cura radical muy
costosa. Curación. (Meannel. 1895).

XXV. Mujer de 60 años. Hernia umbili-
cal voluminosa estrangulada desde hace
48 horas. Inflección y cura radical. Curación.

ración. (Lamens. 1896).

XXVI. Mujer de 62 años. Gran hernia umbilical estrangulada. Septicemia gangrenosa de la pared. Estado general, sin embargo, bueno. Incisión sobre la línea media; abertura del saco; resección del epiploon y de una asa intestinal espaciada. Muerte. (Michaux. 1900).

XXVII. Mujer de 60 años. Gran hernia umbilical estrangulada desde hace 36 horas. Laparotomía; resección del epiploon. El estómago estaba estrangulado. Curación. (Rieffel. 1897).

XXVIII. Mujer de 41 años. Hernia del volúmen de un puño cerrado, estrangulada hace 4 días. Desbridamiento múltiple.



Curación. (Polaillon. 1879).

XXIX. Mujer de 44 años. Hernia umbilical irreductible del volumen de un huevo de gallina. Ningún signo de estrangulación aguda. Desbridamiento del anillo y reducción del intestino. Curación. (Polaillon. 1882).

XXX. Mujer de 46 años. Gran hernia; irreducible hace muchos años y estrangulada desde 36 horas. Estado grave. Desbridamiento del anillo; se dejan en el saco, libres ya de la estrangulación que sufrían, las asas intestinales adherentes a él para no prolongar la operación. Peritonitis. Muerte. (Polaillon. 1879).

XXXI. Mujer de 49 años. Hernia umbilical estrangulada desde hace 48 horas. Cura radical. Muerte por peritonitis. (Routhier. 1889).

XXXII. Mujer de 55 años. Hernia umbilical estrangulada. Los accidentes datan de mucho tiempo. Laparotomía. Muerte durante la operación. (Schwartz. 1892).

XXXIII. Mujer de 61 años. Inome orbalocel estrangulado desde hace 11 días; piel esfacelada por zonas en la superficie del tumor; enfisema pulmonar y congestión en las bases. Abertura del saco sin anestesia; gran trozo de epiploon esfacelado; una sola asa intestinal también esfacelada; estrangulación al nivel del anillo umbilical, que estaba muy poco estrechado. Accidentes asfíxicos. Septicemia - intestinal. Muerte. (Schwartz.

1892)



XXXIV. Mujer de 47 años. Hernia um-

lilical estrangulada hace ocho días. El saco está esclerosado. No hay más signos. Muerte durante la operación. (Schwartz. 1895).

XXXV. Mujer de 54 años. Hernia umbilical estrangulada. Cura radical. Curación. (Schwartz. 1897).

XXXVI. Mujer de 61 años. Hernia umbilical estrangulada. Ans iliacos. Congestión pulmonar doble. Muerte. (Schwartz. 1898).

XXXVII. Mujer de 77 años. Gran hernia umbilical estrangulada desde hace muchos tiempos. Inelastonia. Muerte. (Schwartz. 1900).

XXXVIII. Mujer de 70 años. Hernia umbilical estrangulada y esclerosada. Interoestomía. Curación. (Fevrier. 1886).

XXXIX. Hernia umbilical estrangula-

do. Muerte de peritonitis por perforación al 7º día. (Fevrier. 1887).

XL. Hernia umbilical estrangulada.

Muerte por colapso. (Fevrier. 1889).

XLI y XLII. Dos hernias umbilicales estranguladas. Curación de las dos. (Fevrier. 1891).

XLIII. Hernia umbilical estrangulada.

Muerte por peritonitis. (Fevrier. 1893):

XLIV. Hernia umbilical estrangulada.

Curación. (Fevrier. 1895).

XLV. Hernia umbilical estrangulada y esfaclada. Muerte. (Fevrier. 1896).

XLVI. Mujer de 60 años. Catarro y enfisema. ~~Hernia~~ hernia umbilical del volumen de una naranja mandarina, estrangulada á consecuencia de una quinta de tos. El saco con



tenía una asa intestinal que se redujo después de la resección del epiploon. Curación.
(Cheveron de Lyon. 1899).

XLVII. Mujer de 61 años. Hernia umbilical que data de un año, estrangulada durante una quinta de tos; mujer enorme y genofisematosa. Se limitó el operador a destruir o dividir las fibras constrictoras y a cerrar rápidamente el anillo umbilical, ante la imposibilidad de anestesiar a la enferma. Curación. (Cheveron. 1900).

XLVIII. Mujer de 60 años. Antigua hernia umbilical de mediano volumen, estrangulada desde hace 15 días (?), dolorosa, pero no tensa ni dura. Estado general bueno; corazón y pulmones sanos. Incisión media, operación

completa; cisterna isodórmica. Curación. (Arron. 1899).

XLIX. Mujer de 70 años. Pequeña hernia umbilical estrangulada en 1866; se laparatomizó y curó. Recidiva de la estrangulación, presentando la hernia el volumen de un puño cerrado de adulto. Laparotomía 24 horas después del comienzo de los accidentes. Pulmones sospechosos; hay que obrar con rapidez. Reducción del intestino; resección del epiploon y del saco; sutura en un solo plano. Amenaza de congestión pulmonar. Curación. (Arron. 1900).

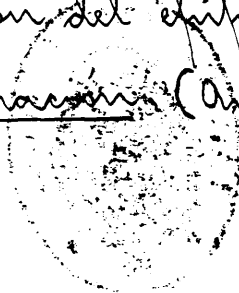
L. Mujer de 55 años; muy gruesa y enfisematosa. Hernia de fecha de 20 años, estrangulada desde 24 h. Volumen de una cabeza de...



y sección del anillo herniario, sin intentar la cura radical. Curación. (Anvray. 1899).

L I. Mujer de 40 años de edad. Antigua hernia umbilical del volumen de tres puños reunidos. Estrangulación ya antigua (?). Estado general muy grave. Cura radical, que se hace muy difícil por que es preciso separar cada asa intestinal de la masa de tejido fibroso que la envuelve. Muerte algunos instantes después de la operación. (Anvray. 1899).

L II. Mujer de 67 años; diabética. Hernia umbilical del volumen de una naranja grande, estrangulada desde hace 48 horas. Estado general bueno. Resección del epiploon y del saco. Cura radical. Curación (Anvray. 1900).



LIII. Hernia umbilical estrangulada desde hace algun tiempo. Cura radical. Muerte de shock. (Bonilly. 1885).

Observaciones.

I. Hernia umbilical estrangulada con coexistencia de tres hernias à distintas alturas de la linea blanca. Laparotomia. Curación.

= El dia 11 de Diciembre de 1901 se presentó en la sala n.º 5 del Hospital Provincial de Madrid, un caso del Sr. Isla, una enferma de 50 años que presentaba una hernia umbilical



estrangulada hacia 24 horas. La enferma era muy obesa y en estado general relativamente bueno; sin embargo, la operación se practicó en el acto.

Operación. Clorofornizada la enferma, se hizo una incisión en la línea media del abdomen con el objeto de caer sobre el saco. Una vez en él, se le abrió el tejido celular-graso que le rodeaba y se abrió, viendo que su contenido estaba constituido por una pequeña masa epifloica momentáneamente adherida a sus paredes.

Se procedió a continuación al desbridamiento del anillo umbilical hacia abajo; pero con objeto de proporcionar un amplio campo operatorio, se prolongó la incisión, y en un

do se hubo extendido a unos cinco centímetros en dirección descendente, se halló otra hernia en la línea alba, cuyo saco contenía un trozo de epiploon y una pequeña asa intestinal.

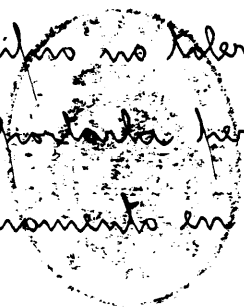
En vista de esto, y por haber notado al tacto que existía algún otro divertículo, se dio mayor extensión a la incisión a lo largo de la línea media terminándola cerca del pubis; y como se había previsto, se encontraron dos hernias más en la línea alba, con adherencias tales, que inmovilizaban por completo el intestino. Se separó el epiploon del intestino destruyéndolo por adherencias a costa de trabajo y mucha sangría, no pudiendo conseguir lo mismo en las que presentaba el peritoneo



con la pared abdominal. Una vez asegurado el operador de la perfecta movilidad del intestino dentro de la cavidad del vientre y de su completa integridad, se procedió a resecar los trozos de epiploon herniados, previa su ligadura, y el sobrante de los sacos que los contenían.

Se terminó la operación, que resultó una verdadera laparotomía, con la reconstitución de la pared abdominal por tres planos de sutura, a saber: peritoneal, fibroso en el cual fueron comprendidos el anillo umbilical y la línea alba, y cutáneo.

La enferma, que al principio no toleraba bien la operación, llegó a recuperarse perfectamente, sobre todo desde el momento en que




se separaron las adherencias que estrangulaban el intestino. También contribuyó a que reaccionara, una inyección de mero artificial que se la puso durante el acto operatorio. Este duró hora y media.

Cada una de las cuatro hernias que se hallaron en esta enferma, tenía el tamaño de una pequeña naranja. Esta enferma curó perfectamente al cabo de mes y medio.

II. Hernia umbilical estrangulada.

Desbridamiento del anillo. Curación.

 = A. H. 15 años, muy gruesa, enfisematorax, con una hernia del ombligo que tenía

20 años de fecha y cuya estrangulación databa de 24 horas. El tamaño del tumor era el de una cabeza de feto.

Operación. Se practicó una incisión longitudinal en la línea media, entre la apófisis xifoides y el tumor herniario, prolongándola para rodearle por su parte lateral izquierda. Abierta la cavidad abdominal por encima del pedículo de la hernia, se introdujo por esta abertura un dedo, dirigido de atrás adelante a abansar el cuello del saco y el anillo constrictor, sobre el que se practicó con una tijera la incisión simultánea del saco y del anillo, que se encontraban íntimamente adheridos. De esta manera se corrigió la estrangulación, y pudo observarse

que por ningún lado existía lesión intestinal que pudiese complicar la operación. Se resecó una gran porción de epiploon, del volumen de dos puños, y se intentó la reducción del paquete intestinal.

Debemos consignar que se trataba de una hernia que había perdido el derecho de domicilio en la cavidad abdominal y que el saco había contraído adherencias extensas y firmes con su contenido, como también las asas intestinales herniadas entre sí; la cura radical parecía imposible de todo punto; y en efecto, el Profesor operador Dr. D. Juan Bravo se contentó, en vista de los inconvenientes que se presentaban para llegar a aquel resultado, a hacer desaparecer la estrangulación



reccionando el anillo consante de ella.

La vitalidad de la piel que habia de servir para reconstituir el plano superficial de la pared abdominal, se hallaba resentida por alteraciones circulatorias dependientes de la gran distension y consiguiente adelgazamiento que el tegumento venia sufriendo desde tan largo tiempo como hacia se habia formado la hernia. Nada es de extrañar, pues, que a los pocos dias de practicada la operacion, se espalcare la piel en un porcion debilitada y se extendiera la mortificacion de las partes blandas hasta los labios cutaneos de la herida operatoria, haciendo temer que la infeccion se propagara a los planos subyacentes y al mismo peritoneo.

Delisamente no fué así, y la herida se recubrió al poco tiempo de manebones carnosos, que protegían las partes profundas, y la cicatrización se verificó lentamente, a pesar de que la vitalidad de los tejidos dejaba mucho que desear.

La enferma salió curada de los accidentes de la estrangulación; pero conservó una voluminosa hernia umbilical, que no puede menos de ir en aumento progresivo, por la sencilla razón de que el anillo fibroso del ombligo queda ensanchado por el desbridamiento que hubo de llevarse á cabo para salvar á la paciente de los accidentes que amenazaban.



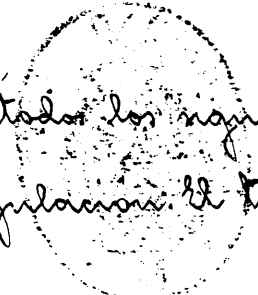
En la ortopedia puede encon-

trar recursos que le ahorren muchas incomodidades y molestias que vendrían a amargar su existencia. =

III. Gran hernia umbilical estrangulada. Curra radical. Muerte.

= Mujer de 70 años; ingresó en la sala núm. 6 del Hospital Provincial, a cargo del Dr. D. Juan Brabo, con accidentes de estrangulación de una hernia umbilical, cuyo volumen tenía las dimensiones de una cabeza regular de feto.

Esta enferma presentaba todos los signos característicos de una estrangulación. El tumor



herniario estaba tenso, doloroso, absolutamente irreductible; la frialdad de las extremidades y de la lengua, la sequedad de ésta, y el pulso débil y pequeño, en una palabra, la algides de la paciente demostraba la misma gravedad de su estado general. Difícil era en estas circunstancias obtener del interrogatorio datos bastantes que pusieran al cirujano al corriente de los antecedentes y de la evolución de la hernia. Sin embargo; la enferma dió á entender que hacia varias semanas no habia tenido deposición alguna, que en este tiempo solamente hubo expulsión de ~~gas~~ por la vía rectal y que desde una ~~semana~~ antes de su ingreso en el Hospital ~~de~~ de espelerlos.



Operación. La operación se consideró de urgencia y se practicó poco después de la entrada de la enferma en el Hospital.

El profesor operador se propuso practicar la cura radical, en cuanto fuera posible, intentando la reducción de las vísceras herniadas en su totalidad, si el estado del intestino lo permitía, y reconstituyendo la pared abdominal.

Se hizo la incisión en la línea media por encima del tumor, dirigiéndola hacia abajo y en parte lateral izquierda, bordeando la periferia de la masa herniada sobre piel indemne que presentaba, por tanto, bastante espesor.

Antes de dar el segundo corte para cir

circunscribir en una incisión elíptica el tumor, se profundizó la primera, penetrando à través de la vaina del músculo recto izquierdo en la cavidad del abdomen; de esta manera quedó al descubierto y à la vista del operador el anillo fibroso que estrechaba el cuello del saco herniario y las vísceras correspondientes.

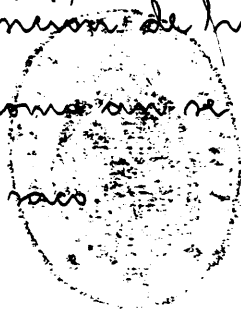
Introduciendo el dedo por este ojal y dirigido de atrás adelante en el anillo fibroso estrangulador, para que sirviera de guía à la tijera, se recionó en varios puntos, e inmediatamente pudo apreciarse que se distendía y ensanchaba lo suficiente para dejar ^{en} libertad los líquidos intestinales, ^{ya} ya desembarazadas de



en compresión.

A pesar del estado de la enferma que reclamaba la pronta terminación de la operación, se practicó la cura radical. Se disecaron una a una las asas intestinales herniadas librándolas de los haces fibrosos que las apretaban y unían íntimamente entre sí; esta última parte del tiempo operatorio, es decir, la reparación de cada asa intestinal de la ganga fibrosa en que parecían estar empotradas, se llevó a cabo viniendo verdaderas dificultades.

Terminado este trabajo, la masa intestinal se hallaba en disposición de poder introducir en el abdomen, como así se verificó para después resecar el saco.



Una vez adquirida la seguridad de que podía reintegrarse la masa herniada en la cavidad del vientre, se reseó un ancho colgajo de piel, de forma elíptica, de la parte más culminante de la tumefacción; la porción de piel separada estaba adelgazada á punto de romperse y muy alterada en su vitalidad.

La operación dió fin con la reconstitución de la pared abdominal hecha horizontal en tres planos; duró hora y media, y la enferma falleció á los pocos momentos de terminada.

A propósito de esta enferma debo hacer una observación y es, que si en las hernias umbilicales pequeñas el comienzo de los



accidentes graves puede á veces ser súbito y en marcha rápida, puede lo contrario en las enteros-epilóicas de gran volumen, en las que sobrevienen lentamente, sobre todo cuando de tiempos atrás se habían hecho parcialmente irreducibles.

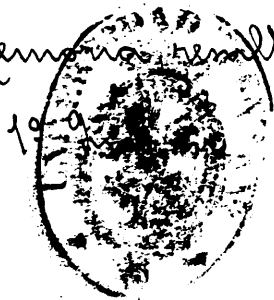
En este caso es cuando la hernia se hace desde luego asiento de accidentes inflamatorios; la peritonitis parcial que se desarrolla dando lugar á exudados que, organizados constituyen más tarde adherencias, provoca dolor local que se irradia á todo el abdomen, vómitos y constipación, dejando expedito sólo el curso de los gases que son expulsados del ano, estableciéndose la irreductibilidad inflamatoria de los órganos

encerrados en el saco.

Estos accidentes pueden atenuarse gradualmente ó al contrario agravarse según vayan repitiéndose, como ha debido ocurrir en la mujer que motiva esta observación clínica, dando lugar á fenómenos de estrangulación que pueden á la larga ó los inflamatorios.

Conclusiones.

De todo cuanto llevamos expuesto en esta Memoria resulta:



estrangulación umbilical

del adulto es necesario distinguir, bajo el punto de vista anatómico, las hernias de pequeño y mediano volumen de aquellas que presentan dimensiones exageradas, son irreductibles desde hace mucho tiempo y están constituidas por la aglomeración de asas intestinales y de epiploon, que han contraído adherencias.

2º: La marcha de la estrangulación es diferente en los dos casos. En las hernias de pequeño y mediano volumen es aguda y por el contrario, en las de gran volumen adquiere la forma crónica, que no por eso deja de ser menos terrible. La estrangulación crónica lleva un curso insidioso y los molestos accidentes que en él acusa el enfermo,

se confunden con los fenómenos inflamatorios (inflamación de iniciación), hasta que puedan apreciarse los verdaderos accidentes motivados por la estrangulación, establecida de hecho. En esta ocasión se solicitan los recursos de la intervención quirúrgica; pero el gravísimo estado general del enfermo hace que la operación ofrezca pocas seguridades de éxito satisfactorio.

3º: La quelotomía se impone en todos los casos desde el momento en que se formula el diagnóstico de hernia umbilical estrangulada. Esta operación debe considerarse de urgencia y se ha de practicar lo más pronto posible; ni puede ser el comienzo de los accidentes.



4º En presencia de una hernia voluminosa y en caso de duda sobre la existencia de una verdadera estrangulación, es preferible creer en ella y proceder a la operación a aplazarla por reparos que podrían hacer perder una oportunidad de la que dependería el resultado de la intervención del cirujano.

5º Debe procurarse que la quelotomía se complete siempre con la cura radical, reconstituyendo lo más perfectamente posible la pared abdominal. Sin embargo; circunstancias especiales obligan al operador a contentarse con practicar un simple desbridamiento del anillo estrangulador proporcionando al paciente un alivio más bien que la

Admirable
Unido

Esta 26 de Junio del 1902

Verifico el ejemplar del tratado de
Doctores y fue calificado de obsecatorio

P. Calles

Alfaro

Alfonso

Manuel

Primito

Manuel

Manuel