

birla, excepción hecha de los casos que ya he manifestado, en que el mejor y exclusivo tratamiento es la aplicación de una ligadura conveniente.

Al que debe apelarse inmediatamente en todos los casos, además de evitar en cuanto sea posible que el niño llore, es á la compresión, que por de pronto se verificará con un dedo envuelto en una parte limpia del pañal, pues el caso es evitar que pierda el niño ni una gota de sangre. Pero después, y suponiendo que ya se ha desprendido el pedículo del cordón umbilical, se efectuará la compresión con un trapo de hilo fino, usado y esterilizado, doblado muchas veces sobre sí mismo, de manera que aun después de aplastado tenga un grosor de un centímetro y una anchura de tres próximamente; esta gruesa compresa se le aplica inmediatamente sobre el ombligo, apretándola convenientemente por medio de circulares de venda. Este es el tratamiento que podríamos llamar *provisional*, aunque en algún caso tal vez sea definitivo por su eficacia, y que es de absoluta necesidad apelar á él siempre, ínterin se preparan otros recursos que se crean indicados. Jamás verificaremos la compresión con algodón hidrófilo, porque como es muy absorbente, se apoderaría de cierta cantidad de sangre y sería, por consiguiente, una causa indirecta de hemorragia.

Voy á hacer primero el juicio crítico de los diferentes medios de tratamiento, y después manifestaré cuáles son los preferibles y en qué orden deben ser empleados.

La *colofonia* en polvo: se espolvorea con ella el ombligo y á continuación el apósito compresivo que acabo de indicar. Es una substancia que merece alguna confianza, por ser el residuo de la destilación de la trementina.

El *hamamelis virginica* en la siguiente forma:

Tintura de hamamelis virgínica.....	3 gramos.
Agua destilada y hervida.....	30 »

Mézclese. Échense unos cuantos chorritos suaves de este líquido sobre la herida, y aplíquese á continuación una compresita impregnada en este mismo líquido, y después el apósito compresivo.

Tal vez se ha exagerado mucho su acción vaso-constrictora; pero debe emplearse.

La solución oficial de *percloruro de hierro* mezclada con diez partes de agua destilada y hervida, para aplicarla en el ombligo de igual manera que la fórmula de hamamelis, y si no se contuviera la hemorragia,

emplear de igual modo otra mezcla cuyas proporciones fueran una parte de la solución de percloruro y cinco partes de agua. Este medicamento le empleo con algún temor por la coagulación de la sangre que produce, pues Nothnagel y Rossbach citan un ejemplo de muerte á consecuencia de embolia, y Pletzer otro por trombus. Mezclado con agua en las proporciones dichas, ¿podrá ocasionar accidentes de esta naturaleza? Tal vez sí, y más especialmente por el calibre y disposición de los vasos umbilicales; por eso le creo sólo indicado cuando la necesidad le impone, ó sea cuando hayan fracasado otros medios más inócuos.

La *compresión digital permanente* aconsejada por Burns y Ray es sumamente eficaz; tiene el inconveniente de ser muy molesta para la persona que la hace; pero en caso de necesidad no se olvide que es un buen medio. Al efecto deberían encargarse varios individuos que irían alternando según se fueran cansando; y para que resistiera más tiempo cada uno, podría emplear primero una mano y luego otra, y cuando á pesar de esta sustitución se fatigara, es cuando sería reemplazado por otro. Antes de hacer la compresión del ombligo deben aseptizarse las manos minuciosamente.

La compresión verificada con unas *pinzas hemostáticas* no es aceptable, porque traumatiza los tejidos, originando así de nuevo la hemorragia.

La *ligadura en masa* indicada por Dubois consiste en atravesar la piel—sólo la piel—del rodete umbilical con dos agujas en forma de cruz, y á continuación se pasa por debajo de cada una de ellas un hilo bastante fuerte, formando un 8. La constricción de los hilos será lo estrictamente indispensable para contener la salida de la sangre. Es un excelente recurso, aunque á mi juicio tiene los siguientes inconvenientes: peligro de que surja algún proceso morbosó, como una erisipela ó un flegmón, y el dolor que ocasiona.

Se ha aconsejado otro procedimiento de *acupresión* que consiste en atravesar la piel del vientre con dos agujas, una á cada lado del ombligo, de manera que queden paralelas, y efectuar la constricción mediante un hilo pasado por debajo de ellas. La forma en que se ha de dar vueltas al hilo, debe, en mi opinión, subordinarse á lo que la observación dicte como más eficaz, pues pudiera ser más conveniente en forma circular ó en 8, ó de ambas maneras. Conceptúo este procedimiento preferible al de Dubois, porque permanecen las agujas separadas de la herida umbilical, lo cual es de gran importancia, porque conviene evitar todo traumatismo en el foco hemorrágico.

Deben aseptizarse previamente las agujas, el hilo y la piel periumbilical con la suavidad y cuidado necesarios.

La *cauterización*, ya se haga con el nitrato de plata ó con el termocauterio, la creo probablemente ineficaz y además muy peligrosa, porque pudiera renovarse la hemorragia, y tal vez con más intensidad, al caerse las escaras producidas por aquélla.

Thomas Hild empleó una vez con éxito el siguiente recurso: enjugó el ombligo é inmediatamente después esparció sobre él una pasta de yeso, llenando con esta misma substancia las grietas que en ella se forman. Es un medio ingenioso indudablemente y tal vez muy eficaz por de pronto. Pero, ¿qué curso seguirá la lesión umbilical ocluída con la pasta de yeso? Y dada la dificultad con que esta pasta se desprende después de seca, ¿cómo se la quitará, cuando fuera llegado el momento de hacerlo, sin que sufriera molestias el ombligo? Estas dos preguntas revelan inconvenientes posibles, los cuales me hacen mirar este recurso con muy poca simpatía; pero, en fin, quede en el catálogo de medios utilizables, por si las circunstancias fueran tales que obligaran á apelar á él.

Las inyecciones subcutáneas de *ergotina* las considero totalmente inútiles en la hemorragia umbilical.

De estos diferentes medios conceptúo inadmisibles: la compresión con las pinzas hemostáticas, la cauterización y las inyecciones hipodérmicas de ergotina; aceptables, en caso de necesidad, por haber fracasado otros recursos de mejores condiciones: la solución de percloruro de hierro, la ligadura en masa por el procedimiento de Dubois, y el enyesamiento practicado por Hild; y preferibles: la colofonia, el hamamelis, la compresión digital y la ligadura en masa con agujas bilaterales.

Pero el calificativo de preferibles que doy á los de la última sección no quiere significar que deban todos ponerse en práctica desde luego, pues la ligadura en masa mediante agujas aplicadas á los lados del ombligo, es un medio que por ser cruento debe reservarse para cuando nos veamos obligados á apelar á él. El orden con que debemos de proceder es: primero, la compresión con el vendaje; si no basta, la colofonia, acompañada de la compresión; si no da resultado á la primera aplicación, se empleará el hamamelis; y si tampoco da resultado á la primera aplicación, se practicará la compresión que á continuación voy á explicar, mediante parches de esparadrappo aglutinante y sedas; si fracasa, se recurrirá á la solución de percloruro de hierro; si fracasa, se apelará á la compresión digital, si hay personas que la practiquen

bien; y si no hay posibilidad ó no diera resultado, se procederá á la ligadura en masa por medio de agujas bilaterales, apelando sucesivamente á estos diferentes medios con la rapidez que el caso exija, ó recurriendo desde luego al más eficaz si la intensidad de la hemorragia lo hiciera preciso; por de pronto, si el caso fuera muy urgente, mientras se prepara la compresión con los trozos de aglutinante ó si fuera preciso con las agujas, se practicará la hemostasis provisional, mediante la compresión digital.

Voy á explicar brevemente cómo creo que puede hacerse la compresión mediante parches de esparadrappo aglutinante y sedas.

Se cortan dos trozos de aglutinante de 6 cm. de largos por 3 de anchos; se atan cinco sedas de 10 cm. de largas cada una á uno de los bordes cortos de cada trozo de esparadrappo, pasando al efecto con una aguja cada una de las sedas á un medio cm. del borde del esparadrappo y anudándolas, de manera que queden unas de otras equidistantes medio centímetro próximamente. Se echa al niño sobre una cama en decúbito supino y se le pega cada parche á un lado del ombligo—calentando previamente el parche, como se hace siempre para que se reblandezca la pasta y se pegue bien—separados de éste como centímetro y medio y cuidando de que queden del lado del ombligo los bordes que tienen atadas las sedas. Después se encarga á un individuo cualquiera que, colocándose detrás de la cabeza del niño ó á sus pies, ponga una mano extendida encima de cada parche y las aproxime lo suficiente—haciendo deslizar á la vez la piel del abdomen—, para que formando la piel un pliegue longitudinal de arriba abajo, adquiera esta misma forma alargada el ombligo y se pongan en mutuo contacto sus bordes laterales con la fuerza precisa para que cohiban la hemorragia, y una vez en esta disposición se atan las sedas de un lado con las del opuesto, con lo cual queda el ombligo obturado. Este procedimiento que propongo puede ser modificado según las circunstancias reclamen, por ejemplo, separando más ó menos los parches de aglutinante del ombligo, retorciendo las sedas si han quedado flojas y atando la parte retorcida con un hilo para que queden más cortas, etc. Si no se contuviera del todo la salida de sangre, se podría colocar debajo de las sedas á cada lado del ombligo una compresita muy estrecha, de cuatro ó seis milímetros, ó un rollito de este mismo diámetro, para que empujados por las sedas contribuyeran á mantener aplicados, uno contra otro, con el grado de fuerza conveniente, los bordes del ombligo. Como las sedas propenden á quedar flojas, conviene poner los rollitos de gasa después de

atadas las sedas, deslizándole al efecto por debajo de ellas. Si el aglutinante no se pegara bien, se le puede reemplazar por tafetán inglés, doblando uno ú otro, como un milímetro el borde á que se atan las sedas, para que no se rasgue; y si por cualquiera razón tampoco el tafetán tuviera bastante fuerza, se puede apelar á dos trozos de gasa en dos ó tres dobleces, pegados con colodión. Es un medio que me parece que ha de resultar eficaz y que tiene la ventaja de ser incruento.

Diré, para terminar, que si por la pérdida de sangre que el niño ha sufrido está débil y se cree necesario levantar sus fuerzas, además de abrigarle convenientemente, se puede apelar á la poción de salvia y té que he indicado al ocuparme de la gangrena del ombligo, á la infusión de café y á la inyección hipodérmica de 10 á 20 gramos de agua destilada y hervida, con un 7 por 1.000 de cloruro de sodio, que se repetirá cuando sea preciso.

Si á pesar de estos medios propendieran las fuerzas á extinguirse, se prescribirá:

Alcanfor.....	10	centigramos.
Aceite de almendras dulces esterilizado...	4,50	gramos.
Eter.....	50	centigramos.

Disuélvase. Póngase una inyección hipodérmica con media jeringuilla de las de 1 c. c., que se podrá repetir cuando se crea conveniente, así como inyectar un gramo de una vez si se conceptúa necesario.

HERNIA UMBILICAL

Bajo esta denominación hay que considerar dos enfermedades distintas: la congénita y la accidental.

Hernia umbilical congénita.

Esta variedad de hernia, llamada también *exónfalo*, *eventración*, *onfalocèle congénito* y *hernia del cordón umbilical*, consiste en la presencia de un saco en el ombligo, en cuyo interior existe mayor ó menor número de vísceras abdominales.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—La enfermedad que estudiamos no constituye realmente una sola entidad, sino que ofrece dos modalidades *anatomopatológicas*: una en la cual el anillo umbilical no ha llegado á formarse, y otra en la que se ha constituido más ó menos completamente; y de aquí la importante división de la hernia umbilical congénita en *embrionaria* y *fetal*, mercediendo en el primer caso el nombre de *eventración* y en el segundo el de *hernia propia-*

mente dicha. Estudiaré sucesivamente la fisiología patológica de ambas variedades.

La embrionaria ha sido atribuída por Simpson á una peritonitis adhesiva; por Guerin á una retracción de los músculos del abdomen; y por Cruveilhier á malas posiciones del feto. Ninguna de estas causas satisface por completo, y, sin embargo, no deben ser rechazadas en absoluto, pues cabe en lo posible su intervención; pero en tesis general no son, á mi juicio, admisibles: la de Simpson, porque se comprende difícilmente que la flegmasia del peritoneo no produjera la muerte del feto, y además habrían de encontrarse rastros anatomo-patológicos muy apreciables de este proceso, especialmente grandes adherencias viscerales; la de Guerin, porque habría que explicar el por qué de la retracción muscular, que sería la verdadera causa primera; y la de Cruveilhier, porque no es verosímil que el embrión permanezca en posición viciosa el largo tiempo necesario para que se constituya tan gran deformidad, y además habría que investigar la razón de esa posición anómala.

En la actualidad no hay otro remedio sino conceptuar á las hernias embrionarias como expresión de un defecto de desarrollo; el por qué, cae de lleno en la sección que hago figurar al estudiar en los preliminares la etiología considerada en general, bajo la denominación de *causas desconocidas*. Atribuyendo, pues, el hecho al incumplimiento de las leyes biológicas que presiden la formación del ombligo, por la intervención de causas ignoradas, la fisiología patológica se halla constituida por fenómenos negativos, consistentes en la no realización de las transformaciones orgánicas normales; es decir, que en vez de hallarse el ombligo constituido á principios del cuarto mes próximamente, mediante el avance sucesivo de las paredes laterales del abdomen hasta que llegan á unirse, persiste con más ó menos amplitud la abertura normal de la vida embrionaria y se produce, naturalmente, la salida de las vísceras de la cavidad abdominal.

La patogenia de la variedad fetal es más fácilmente explicable. Esta clase de hernia se presenta después que el ombligo está ya más ó menos completamente formado; así es que ya no se la puede asignar como causa un defecto de desarrollo, sino que hay que atribuirla á una influencia especial que expulsa de la cavidad del vientre, á través del ombligo, cierta porción de vísceras. Semejante influencia es natural que esté representada por esfuerzos hechos por el feto, hecho que nada tiene de inverosímil, los cuales, ocasionando un exceso de presión intra-abdominal producen la hernia.

Los elementos constitutivos de estas hernias varían según los casos, pues unas veces sólo existen en su interior asas intestinales, en tanto que otras contienen simultáneamente parte del hígado, y en ocasiones toda esta víscera. El saco está formado por una parte del amnios y del peritoneo parietal.

PATOGRAFÍA.—Son sumamente variables el volumen y forma del saco, pues uno y otra se hallan en relación con la amplitud de la abertura abdominal y con la cantidad del contenido, siendo mayor la abertura y más considerable el contenido, por lo general, cuanto más pronto se ha iniciado la enfermedad. Así, cuando la hernia es debida á la falta de