

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 anatómopatológicos 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



una gran parte de la pared abdominal, su tamaño es en ocasiones enorme y muy ancha su base, aunque de ordinario no tanto como el perímetro de la parte libre, y el cordón umbilical aparece inserto en un punto variable de la circunferencia del saco, según las vísceras herniadas se hayan dirigido especialmente hacia uno ú otro lado, ó por encima ó por debajo del cordón. Cuando el saco es pequeño, particularmente en la hernia fetal, su base es más estrecha, lo que le da un aspecto más pediculado. Unas veces es la hernia reducible, otras lo es sólo parcialmente, y otras, por último, irreducible; los gritos y los esfuerzos del niño aumentan su volumen y su tensión, y su consistencia obedece en gran manera á la clase de órganos ectopiados, siendo, por consiguiente, más considerable cuando se halla parte del hígado contenido en el saco, lo que se revelará además por el sonido á macizo que produce la percusión.

#### Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—El de *la hernia en sí* no ofrece dificultad alguna, por lo característico del cuadro fenomenal. Sin embargo, pudiera presentarse algún caso de líneas generales algo parecidas y que voy á exponer brevemente, para que se evite la confusión. En los niños de pecho que tienen ya unos cuantos meses de edad, que á consecuencia de diarreas ó de dispepsias se les desarrolla la forma de vientre de batracio, ancho, plano y blando, la línea blanca aparece ancha y adquiere un relieve bastante notable durante los esfuerzos del niño. Recuerdo, además, haber visitado á un niño de once años de edad, afectado de imbecilidad, parálisis pseudo-hipertrófica y gastro-ectasia, el cual cuando estaba echado y le invitaba á levantar un poco la cabeza y parte superior del tronco con el fin de que contrajera los músculos abdominales, se notaba una separación muy pronunciada de los músculos rectos por su parte superior, dando lugar á un relieve que asemejaba una momentánea y ligera eventración. En ambos casos es referible la patogenia de semejante relieve abdominal á la distensión de la línea blanca ocasionada por el aumento de volumen del vientre, la que es proyectada hacia adelante por la masa intestinal cuando los niños hacen un esfuerzo. El diagnóstico diferencial de esta pseudo-eventración con la hernia embrionaria es realmente fácil; pues aparte de que el ombligo permanece extraño al proceso, la tumefacción no ofrece la forma tan redondeada, tan prominente, de contornos tan pronunciados como la hernia, es decir, se conoce que es un relieve que forma la pared abdominal impe-

lida por la masa de intestinos delgados, mientras que en la hernia es una tumefacción, que aunque subcutánea, está fuera de la cavidad del vientre. Esto aparte de la luz decisiva que arroje la reductibilidad de la tumefacción y los caracteres de la cubierta del saco en caso de hernia. Yo nunca he observado estas pseudo-eventraciones en el recién nacido, pero las cito porque las creo posibles.

El de variedad *embrionaria ó fetal* entre sí no es siempre posible, porque hay algunas hernias de esta última clase bastante grandes, porque el tamaño de las embrionarias es también variable y porque el orificio de comunicación abdominal es de diámetro muy distinto en cada caso; pero, en general, la diferenciación es fácil, porque las embrionarias suelen ser de mayor volumen, de base más ancha, y, por lo mismo, de abertura abdominal más amplia que las fetales.

La *naturaleza del contenido* se conocerá por el sonido que se obtenga á la percusión, por la consistencia y por la sensación particular que dan á la palpación la presencia de asas intestinales, de hígado, etc. Cuando esta última víscera forma parte del contenido de la hernia, se ha denominado al proceso *hepatocèle ó hepatómfalo*.

PRONÓSTICO.—Depende del grado de la deformidad y de las circunstancias especiales de cada caso. Respecto á la intensidad del proceso, es paralela la gravedad, en tesis general, al volumen del saco herniario, á la proporción de las vísceras dislocadas y á la amplitud de la abertura; las demás circunstancias se refieren al estado de las paredes del saco, pues pueden hallarse formadas por piel normal ó casi normal, ó por una piel delgada y con alteraciones de textura de más ó menos entidad; condiciones estas últimas muy inconvenientes, pues si al desprenderse el cordón no se cicatriza la solución de continuidad que le sigue, se establece comunicación entre el exterior y la cavidad del vientre, dando lugar á una peritonitis, á procesos gangrenosos, etc., que acarrearán la muerte del niño. Las hernias fetales deben considerarse, por lo común, como más benignas, porque el defecto de conformación es menor; pero por lo mismo que el orificio de comunicación es más pequeño, es posible en ciertos casos la extrangulación. En resumen: el pronóstico es leve en las hernias fetales muy pequeñas; no tan leve cuando son más grandes, sin poderlas calificar, no obstante, de graves porque depende el juicio pronóstico de las circunstancias de cada caso; grave, en mi opinión, en las formas ligeras de hernia embrionaria, y de una gravedad inmensa en las formas más acentuadas.

TRATAMIENTO.—Presenta tres indicaciones: reducir la hernia, man-



tenerla reducida y obtener la oclusión del orificio. Estos objetos, cuya realización es necesaria para curar la hernia, son, sin embargo, independientes, pues puede conseguirse ó no el primero; en caso afirmativo, obtenerse ó no totalmente el segundo; y en caso afirmativo, obtenerse espontáneamente el tercero, ó mediante una operación, ó ser, por el contrario, superior este objeto á los recursos del arte. Lo primero que hay que hacer es tener un cuidado extraordinario al practicar la ligadura del cordón en el recién nacido, para no coger con ella ninguna porción de las vísceras herniadas, para lo cual se comenzará por reducir la hernia, si es posible; y sea ó no posible, se pondrá la ligadura suficientemente apartada del ombligo.

La reducción se practicará comprimiendo suavemente el saco herniario, de manera que penetre primero en la cavidad abdominal la porción visceral que ocupa el orificio y la que está contigua á él; es decir, deben reducirse primero las partes que han salido las últimas, y sucesivamente las contiguas, hasta que penetren por fin las que primero salieron, ó sea las que ocupan la periferia del saco. Pero semejante reducción se ha de hacer *si es posible, y sólo lo que sea prudentemente posible*, sin emplear violencias, y realizándolo, si es necesario, en varias ó en muchas sesiones, manteniendo las partes en el estado conseguido después de cada sesión mediante un vendaje moderadamente compresivo. Los principios que han de guiar nuestra conducta los formulo yo así: debe aspirarse á la reducción de la hernia; pero téngase en cuenta el tamaño de ésta y el volumen del abdomen, porque puede darse el caso de que por de pronto no tenga capacidad suficiente para dar cabida á las vísceras ectopiadas, y sería una gravísima inconveniencia el pretender introducir las á viva fuerza, pues semejante conducta no produciría sino desdichas, porque crearía una situación molestísima á todos los órganos contenidos en la cavidad abdominal por la exagerada presión á que estarían sometidos; la misma abertura y el saco herniario tendrían que soportar la nociva influencia de la compresión intensa que sería necesario ejercer con el vendaje para contrarrestar el impulso excéntrico de las vísceras violentamente reducidas; y aun los órganos torácicos habrían de experimentar las malas consecuencias de la elevación del diafragma, y de su dificultad ó imposibilidad de descenso en el momento de la inspiración.

Pero además de la capacidad del vientre hay que tener en cuenta *su costumbre de no tener alojadas las vísceras dislocadas*, lo que nos impone también prudencia para la reducción; surgiendo igualmente de

esta circunstancia el precepto, en los casos de hernia de cierto volumen, de introducir las vísceras ectopiadas en el número de sesiones que sea preciso; porque si realizáramos la reducción en una sola sesión, colocaríamos al vientre del niño en condiciones análogas, aunque atenuadas, á las de la reducción violenta por escasa capacidad del abdomen.

Y aún debo exponer otra consideración: la relativa á la naturaleza anatómica y al estado del saco. Hay casos en que la piel que forma las paredes de éste ofrece condiciones fisiológicas, tales son, por ejemplo, algunos de hernia fetal, y soporta, por consiguiente, sin que surja accidente alguno, una compresión prudente. Pero hay otros, como son los de hernia embrionaria, sobre todo de gran intensidad, en que la constitución anatómica del saco no toleraría compresiones algo fuertes, porque tiene por capa externa, en vez de piel, la vaina del cordón umbilical, y aun en ocasiones sin estar almohadillada con la gelatina de Wharton, lo que hace que su tenuidad sea mayor; en tales casos conceptúo absolutamente contraindicada la compresión de todo género, tanto la ligera como la fuerte, pues destruirían la membrana externa del saco, y experimentaría, por lo tanto, el peritoneo, las fatales consecuencias de las alteraciones que sufriera esta membrana, que le sirve ordinariamente de preservativo contra las influencias exteriores.

Pero supongamos que se trata de un caso muy ligero, con piel normal, y en el que se ha obtenido una reducción fácil é *inócua*.

La conducta que entonces hay que seguir consiste en aplicar un vendaje moderadamente compresivo alrededor del vientre, para mantener reducida la hernia. El vendaje puede consistir en un apósito aplicado por los mismos padres, á quien el médico enseñará cómo deben hacerlo, ó en un aparato construido por un ortopédico. El aparato no diré que, estando *muy bien hecho*, no sea útil en ciertos casos, pero es preciso que no produzca sino el grado necesario de compresión, nada más, y que no haga daño al niño en ninguna parte. Pero creo preferible á éste —llamémosle *cinturón artístico* para distinguirlo del *vendaje casero*— el vendaje casero, porque en vez de ofrecer un grado de fuerza invariable, se le aprieta ó se le afloja en el grado conveniente, siempre que sea preciso; y aun cuando un cinturón artístico debe de tener en su mecanismo recursos para aflojarle ó apretarle, según convenga, no suele ser con esa minuciosidad con que se puede hacer con una venda común; además, ésta, como es más ancha y muy delgada, es de contacto más suave y no hace daño al enfermito, porque no ejerce su pre-