

Y cuando se trata de una hernia embrionaria grande, de amplia abertura, que queda al descubierto así que se ha desprendido el pedículo del cordón, ¿qué se hace? Dos recursos se nos presentan, no absolutos, sino relativos, circunstanciales, y á veces ineficaces los dos, que son: confiar á la cicatrización el formar un tejido que cubra la abertura, ó realizar la oclusión de ésta mediante un procedimiento operatorio.

Lo primero tiene el inconveniente de estar sembrado el curso del proceso de reparación de gravísimas contingencias, entre las que descuella, por la facilidad con que puede surgir, la peritonitis. Es, pues, en mi opinión, un medio inaceptable por lo incierto, por su excesiva duración y por lo peligroso. No constituye un recurso de elección, sino de necesidad, cuando por cualquier motivo no se pueda apelar á la operación.

La intervención operatoria, no está, es verdad, desprovista de inconvenientes, pero la conceptúa de una superioridad absoluta. El procedimiento operatorio que haya de emplearse y la fijación del momento oportuno para llevarlo á cabo, dependen de las circunstancias de cada caso; pero debo decir que, en mi opinión, tal vez sea preferible practicar la operación lo más próximo posible al nacimiento, antes de que se desprenda el cordón, para evitar así los accidentes que pueden presentarse durante el curso del desprendimiento y después de la caída de aquél.

Hernia umbilical adquirida.

Esta variedad de hernia es la que se *produce* después del nacimiento. Subrayo el verbo produce, porque quiero con ello significar que el mecanismo etiológico-patogénico se realiza por entero después del nacimiento, circunstancia que constituye la característica de esta variedad, toda vez que cabe en lo posible que el orificio abdominal que da paso á las vísceras en caso de hernia fetal, fuera muy pequeño y que el niño no hubiera hecho grandes esfuerzos durante su vida intrauterina, dando por resultado que no se hubiera producido la hernia hasta después del nacimiento, en que, por el esfuerzo que implica el llanto del niño ó por otras circunstancias, son empujadas las vísceras por el orificio abdominal y se efectúa la hernia.

Creo preferible la denominación de hernia umbilical *adquirida*, á la de hernia *accidental* con que algunos autores la designan, porque expresa de una manera clara y terminante el concepto cronológico

que la caracteriza y porque, aparte de semejante circunstancia, tampoco considero apropiada la significación de este vocablo, pues la accidentalidad no expresa otra cosa sino que no es esencial, y tampoco es esencial la congénita, pues aun cuando la embrionaria obedece á un vicio de conformación, este vicio es, filosóficamente considerado, un accidente ocurrido en el curso del desarrollo normal del embrión, y la hernia fetal se desarrolla probablemente á consecuencia de un esfuerzo realizado por el feto, y por lo tanto, efecto también de un accidente durante el curso normal de la vida intrauterina.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.— El orificio umbilical pierde por completo su razón de ser así que se ha verificado el nacimiento, porque se liga el cordón, se desprende su pedículo, se retraen las arterias y vena umbilicales, y lo que ha sido un orificio se obtura por un trabajo de cicatrización auxiliado por la mutua aproximación del reborde cutáneo, merced á la retractilidad del tejido cicatricial neoformado. Pero mientras se realiza esta oclusión, y aun mucho tiempo después, y tal vez deba decirse que siempre—pues nunca puede ofrecer tanta resistencia como la continuidad más uniforme é intrínseca de las partes contiguas de la pared abdominal—el ombligo representa un *locus minoris resistentie* que atraviesan con relativa facilidad el peritoneo y las asas intestinales cuando son impulsados por la viva contracción de los músculos del abdomen. Este proceso de obturación cicatricial, durante el cual es más fácil la producción de las hernias, dura de ocho á doce semanas en opinión de Berard y Gosse- lin, y según Richet no termina sino á los tres ó cuatro meses. No es de extrañar semejante discrepancia de pareceres, porque no siempre invierte la economía el mismo tiempo en la realización de su funcionalismo, sea del orden que quiera; porque no todos los anillos umbilicales ofrecen idéntico calibre; y porque las enfermedades que á veces se desarrollan en el ombligo implican retraso de la metamorfosis orgánica que en él tiene lugar. De suerte que las condiciones materiales del ombligo constituyen una causa predisponente de grande é indiscutible importancia.

El meteorismo constituye otra causa predisponente, cuyo mecanismo de acción es fácilmente explicable, pues consiste en la dilatación que las paredes abdominales y, por lo tanto, el anillo umbilical, experimentan á consecuencia de la hipertensión gaseosa de los intestinos.

Las causas eficientes están representadas por la tos, los vómitos, y especialmente los gritos, cuya manera de obrar es idéntica, y que consiste en la intensa compresión que las vísceras abdominales sufren por el esfuerzo que el niño hace en todos estos actos, lo cual las impele con más ó menos fuerza contra las paredes del vientre y obliga á las más fácilmente dislocables á insinuarse por el anillo umbilical, al que dilatan por la presión excéntrica que en él producen, atravesándole hasta hacerse subcutáneas y quedando así constituida la hernia. Tal es la *fisiología patológica* de esta enfermedad.

Debe figurar también como causa determinante el estreñimiento, pues que obliga al niño á realizar esfuerzos, en ocasiones sumamente considerables, tal

vez mayores que los de los vómitos, los de la tos y que aun los de los gritos, pues en la expulsión de materias fecales escasas y duras, que es lo ordinario en caso de astricción de vientre ó de bolo excrementicio duro y voluminoso, el esfuerzo es mucho más considerable por su mayor duración y por la intensidad de la contracción muscular que exige, siendo también mayor, por consiguiente, su influencia morbígena.

Otra causa, que no tiene nada de rara, es el tenesmo rectal que acompaña al catarro intestinal de las últimas vías y al prolapso del recto, por los repetidos y violentos esfuerzos de defecación que el niño hace.

Schmidt considera también al fimosis como causa de esta hernia, y el mecanismo patogénico sería idéntico: los esfuerzos que el niño hace para expulsar la orina. Wittelshoffer refuta la opinión de Schmidt, fundándose en el examen de 295 niños que ha verificado con este objeto. La negativa de Wittelshoffer no la creo, sin embargo, acertada, por lo mismo que es absoluta. Entiendo que ambos tienen razón, pues no puede negarse que un niño que por cualquier circunstancia halle dificultad para expulsar la orina ha de hacer los esfuerzos que sean necesarios hasta conseguirlo; sirva de ejemplo lo que he observado en algunos niños de más edad afectados de cálculos de la vejiga de la orina, en quienes existía prolapso del recto, ocasionado por los reiterados esfuerzos que el tenesmo vesical les provocaba. Pero si en principio es admisible que el fimosis pueda determinar indirectamente la hernia, en la realidad debe de ser verdaderamente excepcional, porque esta conformación del prepucio es general en los niños pequeños, pero no entorpece la micción de ordinario y por consiguiente no les obliga á hacer esfuerzos; ahora, cuando el fimosis sea muy pronunciado ó esté desviada la abertura del prepucio, de manera que no coincida con el meato, ó bien cuando se desarrolle una postitis, en estos diferentes casos puede hallarse dificultada la emisión de orina y exigir á los niños esfuerzos para verficarla; mas semejantes casos los conceptúo relativamente raros, y por esto he dicho que ambos autores tienen razón.

Malgaigne cree que estas hernias son más frecuentes en los niños que en las niñas. En algunas enfermedades se hace jugar al sexo un papel causal, tal vez completamente gratuito, confundiendo la *casualidad* con la *causalidad*; pero en ésta el parecer de Malgaigne le considero muy probablemente cierto, por una razón: la de que los niños son más llorones que las niñas, pero más llorones en cantidad y en intensidad; las niñas son, por lo general, más dulces, de moral más apacible, y por lo mismo son menos estrepitosas para llorar y el esfuerzo que para ello emplean es menor, lo que puede explicar satisfactoriamente el mayor contingente de niños herniados que, según Malgaigne, se observa.

PATOLOGÍA. — En el mismo ombligo, reemplazando á la depresión cicatricial que éste presenta ordinariamente, existe una elevación redondeada, lisa, de tamaño variable según los casos, pero por lo común pequeña, como media avellana, de una blandura semiaérea y que se reduce nada más comprimirla ligerísimamente con la yema del dedo, produciendo en éste esa sensación de *glu* característica, y aprecián-

dose seguidamente con el mismo dedo el reborde tenso del anillo umbilical dilatado. La piel del ombligo conserva su color normal. El abultamiento es completamente indolente, reapareciendo y adquiriendo más volumen y tensión cuando el niño llora ó hace cualquier esfuerzo; su forma se halla en relación con la de la abertura umbilical; así es que puede ser semiesférica, que es lo más frecuente, ú oval, de igual manera que la abertura puede ser circular ó alargada, ancha ó estrecha. El contenido de la hernia es una porción muy pequeña de intestino delgado, pero también puede haber epiplón. El saco herniario está formado de dentro afuera por la hoja parietal del peritoneo, la delgada capa fibro-cicatricial de la línea blanca, la fascia superficial, el tejido conjuntivo subcutáneo y la piel; pero como estos tejidos se adelgazan á impulso de la presión excéntrica que les imprime la porción de asa intestinal ectopiada, su grosor es muy pequeño, en ocasiones de un tercio de milímetro.

PATOCRONIA.—El curso es esencialmente crónico. Puede estrangularse la hernia, pero yo no he observado nunca este accidente.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Se forma desde luego, y sin duda de ningún género, pues la excesiva blandura de la tumefacción, que yo califico de semi-aérea, y todos los demás síntomas, entre los que descuellan por lo característicos, la reductibilidad de aquélla y la comprobación del contorno del anillo, dan evidencia al diagnóstico. En la *peritonitis crónica*, en el *meteorismo* muy intenso y en la *ascitis*, puede presentarse una prominencia umbilical, por desplegamiento, digámoslo así, de los elementos conglomerados por la cicatriz, merced á la tracción excéntrica que la piel del vientre distendida por estos procesos ejerce sobre el reborde cutáneo umbilical, y éste sobre la cicatriz, y además por la presión hacia afuera que sobre ésta produce la excesiva tensión intra-abdominal, prominencia que ofrece cierta semejanza con la enfermedad que estudiamos; pero no es reductible, sino simplemente *depresible*; es decir, cede ante la presión del dedo, pero así que quitamos éste se reproduce la elevación, pero no como puede hacerlo la hernia *después de haberse notado claramente su desaparición, sino simultáneamente con la separación del dedo*; de modo que se advierte, sin que haya lugar á duda, que es una tumefacción permanente que sólo desaparece mientras contrarrestamos con la presión del dedo la excesiva tensión intra-