

bién se había empezado por constreñir el saco y el cordón en un asa de hilo de oro, que es lo que se llamaba *punto dorado*, y después se separó el cordón y se ligó el saco exclusivamente con un hilo de oro, plomo, seda ó cáñamo.

He mencionado todos los detestables procedimientos que sacrificaban el testículo ó el cordón solamente, porque fueron el punto de partida de los demás. Estos últimos, sin duda menos bárbaros, no tienen mejores fundamentos con respecto al fin que se les destina. Obliterando el saco cerca del anillo, dejan libre toda la porción que ocupa el conducto y sólo por casualidad podrían procurar verdaderas curaciones cuando la inflamación adhesiva se propagase á toda la longitud del conducto.

Los procedimientos actuales, más puestos en razón y menos peligrosos, son también más eficaces. Consisten en incidir las partes blandas por delante del anillo y en la extensión de la hernia; en aislar el saco disecándolo con precaución hasta el nivel del anillo interno y hasta dentro del mismo anillo; en practicar en este punto una sutura del peritoneo, y en aproximar, por fin, á beneficio de puntos de sutura, todas las partes de la herida refrescadas por la disección del saco. La parte difícil de la operación es la disección de los elementos del cordón, que importa mucho no interesar. Algunos cirujanos añaden á esta operación la sutura por coaptación de los pilares del anillo.

En los casos en que se ha practicado la operación de la hernia estrangulada, en vez de limitarse á la sutura del saco, se le aísla y se suprime hasta la mayor altura posible.

*Apreciación.*—Los procedimientos de Gerdy, Wood y Wurtzer han caído en completo desuso y han sido reemplazados por los procedimientos de disección y de extirpación del saco. Por otra parte, los resultados de aquellos procedimientos eran muy poco satisfactorios. En 62 casos reunidos por Thierry y en los cuales se empleó el procedimiento de Gerdy, hubo 4 muertos; en 11 casos tratados por Bonnet haciendo aplicación de su método, hubo 4 curaciones, 5 casos sin resultado y 2 muertos. Según una comunicación de Otto Weber de Birkett, en 14 casos operados por Wurtzer, no se consiguió ni una sola curación definitiva. Al contrario, en 140 operaciones practicadas por Rothmund, cuyo método no es más que una variante del anterior, resultaron 117 curaciones, 4 mejorías, 6 casos sin resultado y 13 recidivas. Wood en 155 casos operados hasta 1870 tuvo 133 curaciones y un solo caso de muerte.

Los procedimientos actuales más racionales, más quirúrgicos, en los cuales el cirujano se da cuenta exacta de lo que hace, son

muy superiores bajo el punto de vista de la seguridad que ofrecen respecto de los procedimientos anteriores. La mortalidad parece poco elevada, y digo parece, porque si bien se han presentado estadísticas comprendiendo numerosas operaciones sin casos mortales, en cambio yo conozco algunos casos de muerte que no figuraron en estas estadísticas. Leisrink, en una estadística de 202 operaciones por hernia no estrangulada, ha contado 15 muertos. La falta de recidiva después de un período de tiempo algo notable se ha observado únicamente en 15 operados.

Hoy día, al menos en la cirugía francesa, se exagera de un modo extraordinario la frecuencia de esta operación. No quiero investigar las causas de este fenómeno. Decir que proporciona curaciones radicales es un error, porque la mayoría de los operados se ven obligados á llevar braguero, y yo no me decido á considerar como curados los que se nos han presentado como tales y he tenido ocasión de examinar; porque todos, aunque curados de reciente fecha, presentaban aún la impulsión por la tos. Por lo demás, aunque se haya suprimido el saco, no se ha suprimido el trayecto inguinal ni se ha vuelto á la pared abdominal su resistencia. Si el peritoneo pudo prolongarse y dislocarse para formar el saco primitivo, se prolongará y se dislocará también segunda vez arrastrando consigo la cicatriz de la sutura. Comparar los peligros de la eventualidad de una estrangulación herniaria á los de la operación llamada radical, y considerar que todo individuo herniado está expuesto á la estrangulación, es desconocer el verdadero estado de las cosas. En la práctica civil, los enfermos usan bragueros apropiados, cuidan de su salud, evitan los esfuerzos extraordinarios y por esto la estrangulación inguinal es un hecho muy poco frecuente. Si se encuentra más á menudo en la práctica hospitalaria, es porque los pobres usan malos bragueros, que muchas veces ni siquiera sirven para mantener la hernia reducida, hasta el extremo de que con frecuencia han comprado bragueros viejos y se aplican por una hernia inguinal un braguero crural; por consiguiente no se puede encontrar en la frecuencia de la estrangulación en la clase pobre la justificación de la cura radical en la práctica civil. Algunos consideran que la hernia congénita únicamente puede curar por la operación. Es un grave error; porque la curación de una hernia congénita, lo mismo en el niño que en el adulto, es segura si el cirujano sabe cuidar á su enfermo y éste observa los consejos que se le den.

Hay, no obstante, casos en que la operación esta justificada. En los enfermos de la clase trabajadora, la hernia que no ha sido contenida por un braguero á veces ha dilatado tanto los anillos y los ha aproximado tanto, que el conducto en cierto modo no existe ya y es á veces imposible encontrar un braguero que pueda contener

semejante hernia. En este caso la operación tendrá la ventaja de permitir la aplicación eficaz de un braguero apropiado. Asimismo, en algunas hernias entero-epiploicas con adherencias é irreductibilidad del epiploon, y tratándose de sujetos que se dedican á los más penosos trabajos manuales, la operación será motivada; pero estos casos son excepcionales, y sin embargo hoy día se pretende considerar esta operación como el tratamiento general de la mayor parte de las hernias. Protesto enérgicamente contra semejante exageración, y con este motivo diré con Malgaigne: «apliquen los cirujanos á este caso la gran ley de la moral universal, que prescribe no hacer á otro lo que uno mismo no quisiera sufrir.»

## II. — Hernia inguinal estrangulada

No es éste el lugar á propósito para ocuparnos en el diagnóstico diferencial de la hernia estrangulada y de la inflamada. Sea como fuere, en ambos casos la principal indicación consiste en reducirla; y para alcanzar el resultado, son muchos los medios que se han propuesto; baños, sangría, hielo, compresión, etc., etc., me limitaré á tratar de los que más de cerca pertenecen á la medicina operatoria, á saber: 1.º la *posición*, porque se refiere generalmente á la taxis; 2.º la *taxis*; 3.º para las hernias verdaderamente estranguladas, el *desbridamiento*.

1.º *Posición*.—Por lo general, se coloca al enfermo de manera que queden en relajación á la vez los músculos del abdomen y la abertura por la cual pasa la hernia, es decir, en decúbito supino, con los hombros y la cabeza apoyados en almohadas, la pelvis elevada y un travesaño colocado debajo de las rodillas para mantener doblados los muslos y las piernas; pero tengo observado que una fuerte flexión combinada con la abducción algo forzada del muslo, es el mejor medio de dilatar el anillo inguinal, y por consiguiente es la posición que prefiero.

Otros cirujanos han procurado hacer de manera que los intestinos puedan introducirse de nuevo en la cavidad abdominal por su propio peso, colocando la masa intestinal en una posición declive con relación á la hernia.

Dalesme adoptaba el decúbito sobre el lado sano.

A. Pareo colocaba al enfermo con la cabeza baja y las nalgas elevadas. Ribes, para asegurar mejor esta posición, doblaba un colchón de manera que la mitad superior excediese un poco el borde de la inferior, con lo cual la superficie representaba un

plano muy inclinado. La pelvis se apoyaba en la parte media de este colchón y la cabeza correspondía al punto más declive, colocándole únicamente debajo una pequeña almohada para hacer esta posición menos incómoda.

Sharp afirma haber alcanzado algunos éxitos suspendiendo al enfermo cabeza abajo, con las rodillas dobladas sobre los hombros de un hombre robusto y vigoroso. Otros han modificado esta posición dejando descansar la cabeza y el pecho sobre una cama en vez de quedar suspendidos en el aire. Creían algunos que la reducción se favorecería si de cuando en cuando se imprimiesen al enfermo sacudidas.

Finalmente, Winslow hacía colocar al enfermo de modo que se apoyase sobre los codos y las rodillas con el vientre mirando abajo y la cabeza colgando entre los brazos.

Indudablemente algunas veces se ha obtenido la reducción por la sola influencia de la posición de Sharp ó la de Winslow, sostenida de diez á quince minutos. Ribes añadía á la suya una vejiga llena de hielo, aplicada sobre la hernia. Creo que en tales casos no se trataría más que de hernias ligeramente inflamadas, pues que las más de las veces es indispensable recurrir á la taxis.

2.º *Taxis*.—Podemos practicar la taxis casi en cualquiera de las posiciones indicadas, y ya he indicado no obstante la que yo prefiero. Debemos distinguir, por lo demás, la *taxis ordinaria* y la *taxis forzada*.

*Taxis ordinaria*.—El manual operatorio ha sufrido infinitas variantes.

Dionis ordena simplemente que se rodee el tumor con los cinco dedos y se comprima suavemente.

Ledran fué el primero que aconsejó rodear la raíz de la hernia por debajo del anillo con dos ó tres dedos de la mano izquierda y *sobar* el resto del tumor con la otra mano para *ablandar y desleír las materias endurecidas*.

J. L. Pétit pasaba una mano por debajo del muslo y rodeando el anillo con la otra colocada sobre el vientre, reunía las dos manos para circunvalar y comprimir el tumor en toda su extensión, y recomendaba especialmente que se comprimiese con suavidad.

Goursaud, después de haber abarcado el tumor entre las dos manos, lo dirigía *hacia arriba, hacia abajo, y le daba vueltas en diferentes sentidos*, lo atraía un poco hacia sí, *como si quisiese prolongar el asa del intestino y procurar mayor espacio á las materias*; y por último lo comprimía lateralmente procurando dirigir las materias oblicuamente hacia el hueso iliaco.

Richter aconseja coger el tumor con una mano, de suerte que

su base se apoye en la palma, y en esta disposición, lo levanta y lo empuja hacia el anillo; si esto no es suficiente, lo empuja *en todas las direcciones posibles*. Reprodujo también el método de Goursaud añadiéndole las circunstancias de comprimir fuertemente el tumor, y *amasarlo* con los dedos. Finalmente, indica además otro que tiene por objeto hacer penetrar antes todas las partes constreñidas en el anillo; para lo cual coloca uno ó dos dedos cerca de éste, á los lados del saco herniario, en cuya disposición se empujan hacia adentro las partes subyacentes, primero con suavidad y después con fuerza cada vez mayor; procediendo así, desde el momento que se ha alcanzado reintroducir una porción, aunque sea pequeña, la restante penetra por lo regular sin dificultad.

Esto es lo que se hacía en el siglo XVIII; veamos ahora lo que á todo esto ha añadido el siglo XIX.

Sabatier establece como regla general que la impulsión debe variar según la dirección del trayecto, y que por lo tanto en la hernia inguinal, por ejemplo, es preciso dirigir las presiones *hacia arriba y afuera en la dirección del anillo*. Boyer quiere que se procure reintroducir primero la porción de intestino más próxima al anillo; Velpeau prescribe que se reduzcan primero las partes que salieron las últimas; y finalmente, Seutin, obrando sobre el anillo inguinal mismo, introduce en él el índice empujando la piel del escroto por debajo de la piel de la hernia, y dilata y desgarrá este anillo á fin de ensanchar la vía de reintroducción de los intestinos.

Todo esto no son más que maniobras empíricas y preceptos teóricos. Las teorías son la mayoría pura imaginación, gracias si al menos son alguna vez inofensivas; en este caso se encuentra la de Sabatier. Como que ignoraba este cirujano la existencia del conducto, se ocupaba tan sólo de salvar el anillo, y en realidad, una vez franqueado éste, no tenemos ya gran acción sobre la hernia; ó bien penetra por sí misma ó debemos limitarnos á ejercer una presión directa sobre el conducto, no tanto en su dirección como en la del orificio superior. La idea de Boyer no deja de ser especiosa, pues que olvidaba este cirujano que una parte del asa intestinal puede haber contraído adherencias, y que cuando esto acontezca no penetrará sino con toda la porción restante. La de Velpeau sería todavía mejor si se pudiese distinguir cuáles fuesen las partes que salieron últimamente. Goursaud, antes que ellos, creía que, atrayendo el tumor, *prolongaría el asa intestinal y procuraría mayor espacio á las materias*; pero esto es puramente teórico, y hasta estoy en dudas de si esta maniobra sería más bien perjudicial que útil; pero, por suerte es más dudoso todavía que semejante resultado se pueda conseguir.

Estas teorías son á lo menos inofensivas; pero en cambio hay otras que están muy lejos de serlo; en primer lugar colocaremos la que atribuye la dureza de la hernia á la presencia de *materias endurecidas*; ésta es la que condujo á Ledran á recomendar el *sobamiento* del tumor, y por esto también Richter aconseja el *amasarlo* con los dedos. Únicamente podrían existir materias endurecidas en las hernias del intestino grueso, que son de por sí excesivamente raras, y aun en estas hernias mismas la presencia de ciberales duros es un caso infinitamente más raro aún. El *sobamiento* y *masaje* de una hernia estrangulada no puede producir otros resultados que contundir cuando no romper el intestino. A su vez Seutin, al desgarrar el anillo inguinal, lo hace guiado por la antigua teoría que atribuía la estrangulación á este anillo. Pues bien, en el estado actual de la ciencia, no existe un solo hecho positivo que venga en apoyo de esta teoría; la maniobra de Seutin para destruir una estrangulación imaginaria, no podía producir otro resultado que el de ensanchar el paso de la hernia, haciéndola por este motivo más voluminosa y de más difícil contención.

Recuérdese que no hablo en este momento más que de las hernias estranguladas é inflamadas; porque en los epiplooneceles antiguos é irreductibles, es muchas veces positivamente ventajoso el *amasar* enérgicamente el tumor con los dedos para ablandarlo y quizás romper sus adherencias; en este caso, si el anillo inguinal es muy estrecho, podemos dilatarle un poco con el dedo para facilitar su paso, pero es éste un recurso extremo del que no debemos echar mano sino en caso de absoluta necesidad.

Volviendo ahora á las maniobras empíricas, conviene, para apreciar su valor, haberse formado antes una idea exacta del mecanismo de la reducción. El intestino inflamado ó estrangulado no es al principio irreducible sino porque está lleno de líquidos ó gases, y principalmente de gases, por poco volumen que tenga la hernia. El gorgoteo que anuncia la reducción es esencialmente producido por la entrada de los gases antes que el intestino haya cambiado de lugar; una presión suave ejercida sobre todos los puntos del tumor, produce la expulsión de estos gases por la única salida que encuentran libre. Las maniobras de Dionis y de J. L. Pétit son, bajo este punto de vista, eminentemente racionales; los movimientos hacia arriba, hacia abajo y las *rotaciones* de Goursaud son absurdos. Lo único que hay que hacer es dejar el paso libre, y por lo tanto no conviene empujar directamente la masa de la hernia contra el anillo, porque ella misma lo cerraría, y por esto apruebo por completo la aplicación de los dedos de la mano izquierda del modo que aconseja Ledran, á fin de adelgazar el pedículo de la hernia y dar en cierto modo al saco herniario la forma de embudo. Finalmente, es algunas veces útil, cuando la

hernia contiene epiploon, impeler hacia adentro las partes situadas cerca del anillo, como lo hace Richter. Bien se comprende que las demás presiones obran mucho menos sobre el epiploon que sobre el intestino.

En resumen, presión uniforme y continua, adelgazamiento del pedículo, introducción previa del epiploon inmediato al anillo, tales son los elementos fundamentales de la taxis racional. A menudo la practico con éxito de la manera siguiente:

De pie al lado del enfermo y vuelto de espaldas á su cara, cojo la hernia con la mano derecha apoyando la muñeca por encima del anillo y doblando los dedos por debajo del escroto; en esta disposición, comprimo gradualmente conduciendo la hernia hacia el anillo sin otra maniobra.

Cuando la hernia es muy pequeña, *en forma de castaña*, como se dice, pero que aún sobresale por fuera del anillo, se comprime por encima con el pulpejo de los dedos; pero como quiera que en este caso la estrangulación tiene lugar casi siempre en el cuello del saco y al nivel del orificio interno, el cirujano no debe insistir mucho en la reducción, porque es poco menos que imposible.

Cuando la hernia estrangulada es intersticial, todo se reduce á hacer presión sobre el conducto inguinal; pero con todo no tengo noticia de que jamás se haya obtenido la reducción.

Por lo general, no conviene prolongar la taxis más de veinte á treinta minutos, y es también regla más general aún no ejercer presiones excesivas, y, por el contrario, como aconseja A. Cooper, debemos esperar más de la perseverancia que de la violencia. Sin embargo, como quiera que se ha intentado introducir una práctica enteramente contraria á este precepto, debemos ocuparnos de ella un instante.

*Taxis forzada.*—Amusat decía haber adquirido de Lallemand, cirujano de la Salpêtrière, la idea de prolongar la taxis mucho más de lo que generalmente se hace. No solamente la continuaba durante dos, tres, cuatro horas y aun más, sino que, á fin de aumentar gradualmente la intensidad de la presión, hacía que le auxiliaran uno ó más ayudantes para comprimir el tumor con dos, tres, cuatro ó seis manos á la vez.

Lisfranc, que era partidario de la taxis forzada, vió dos casos en que el intestino se abrió, muriendo rápidamente el enfermo por haberse derramado en la cavidad del peritoneo las materias contenidas; á pesar de todo, y para no renunciar á su práctica, á fin de disminuir el peligro, trató de establecer la absurda regla de no intentar la taxis después del cuarto día de la estrangulación.

Recientemente Gosselin ha seguido el ejemplo de los ciruja-

nos que acabamos de citar, pero con alguna mayor reserva; aplica sobre la hernia á lo más cuatro manos; no prolonga la taxis más allá de treinta á cincuenta minutos, y no la intenta ya, tratándose de hernias inguinales, después del tercer día de estrangulación. En diez y nueve hernias inguinales tratadas de este modo únicamente dos veces se ha frustrado la maniobra.

Lo que sobre todo repruebo en la taxis forzada es el hecho de haber sido hasta hoy día un recurso empírico y ciego, moderado alternativamente por la limitación no menos ciega y empírica del cuarto y tercero días. Cuando de esto se ha tratado, nadie ha distinguido la enérgica estrangulación de las hernias en forma de castaña, de la estrangulación mucho menos fuerte de las hernias más voluminosas; ni siquiera ha establecido nadie la diferencia de las verdaderas y de las falsas estrangulaciones. En los diez y siete casos de buen éxito alcanzado por Gosselin, me atreveré á afirmar que había más de uno de estrangulación falsa; véase sino cómo en las hernias crurales, en que las verdaderas estrangulaciones son más frecuentes, los resultados conseguidos han sido mucho menos satisfactorios. Además, aun mirando la cuestión bajo un punto de vista puramente empírico, invito á los cirujanos jóvenes á meditar un instante sobre el sencillo hecho histórico siguiente: la taxis forzada de Amussat, á pesar de sus resultados, se hizo temible á los ojos de Lisfranc; la taxis forzada de Lisfranc inspiró miedo á Gosselin; y en este momento la taxis forzada de Gosselin es temerosamente respetada por la inmensa mayoría de los cirujanos.

La taxis forzada es un método que ha dado deplorables resultados, y aun hoy día con excesiva frecuencia tenemos ocasión de presenciarlos. Ciertamente que en manos de un cirujano de la talla de Gosselin este medio pierde una gran parte de sus peligros; pero no es menos cierto que esta proposición ha hecho creer á los prácticos que, con fuerza é insistencia, sea posible llegar á reducir hernias verdaderamente irreducibles. Contusiones en los intestinos, desgarros producidos por la excesiva presión, la vitalidad comprometida de esta misma víscera y la gangrena ocasionada por una malaxación enérgica y muy prolongada, reducción en masa del saco y del intestino estrangulado, tales son los resultados todavía demasiado frecuentes de la taxis forzada.

*Taxis por medio de la venda de caucho.*—Maisonneuve fué el primero que tuvo la idea de comprimir la hernia por medio de una venda de caucho, con la cual se aplica una espica por la ingle rodeando circularmente la hernia cuando su forma hace posible esta maniobra. Puede decirse que esto es obrar á ciegas; no obstan-

te, empleando este medio con suavidad y prudencia, puede, por un mecanismo de que nos ocuparemos más adelante, dar buenos resultados y evitar al cirujano una gran parte de la fatiga que causa la taxis; de otro modo se convierte en un medio peligroso y por lo tanto detestable, porque una compresión fuerte ejercida con una venda de caucho alcanza rápidamente una violencia que compromete la vitalidad del intestino y hasta de la piel, y puede llegar á ser causa de la ruptura del asa herniada. Semejante resultado he tenido ocasión de observarlo en un hospital provincial: tratábase de una hernia escrotal de las más voluminosas, hernia que estaba esfacelada é infiltrada de gases cuando el cirujano levantó en mi presencia la venda de caucho para consultar mi parecer sobre la utilidad de la operación de la hernia estrangulada. La presión efectuada con objetos de mucho peso, tales como sacos llenos de perdigones, es también peligrosa y mucho más ilógica que los procederes anteriores.

*Punción y aspiración.*—La invención de la jeringa aspiradora ha traído la idea de practicar la punción de la hernia para extraer los gases. Este método es inútil y peligroso; inútil, porque, cuando no haya sido posible reintroducir los gases y materias líquidas por el medio que indicaré más adelante, se puede afirmar que el obstáculo á la reducción del intestino no depende ni de estos líquidos ni de aquellos gases, sino de la extraordinaria estrechez de la estrangulación ó de adherencias, y por lo tanto la reducción del intestino tampoco será posible después de haberlo vaciado por la punción, y peligroso, porque no puede dejar de serlo el practicar una herida, por pequeña que sea, en un intestino que tratamos de reducirlo. Si la punción ha producido en realidad algunos resultados en hernias estranguladas, es probable que lo mismo se hubiera alcanzado por una taxis bien hecha.

*Modo de practicar la taxis.*—He visto tantas veces practicar la taxis de un modo ilógico, y hasta por cirujanos eminentes, que creo de la mayor utilidad insistir sobre el modo de proceder en esta operación. Casi siempre en el mismo momento de haber establecido el diagnóstico, el cirujano empieza la taxis propiamente dicha, es decir, trata de rechazar el intestino á la cavidad abdominal. Esto es un error: si se propusiese á un cirujano hacer pasar una vejiga de cerdo llena de agua á través de una sortija, empezaría por vaciarla, comprimiéndola hasta que todo el líquido hubiese salido por la pequeña abertura de la uretra, y únicamente entonces intentaría realizar una maniobra que se hubiera hecho fácil. Lo mismo acontece con el intestino: no es posible hacer pasar á través de un anillo estrecho un intestino lleno de gases ó

líquidos, es necesario vaciarlo previamente, y para ello, no es indispensable la punción. Es preciso coger la hernia entre los dedos de las dos manos, estrechar con una de ellas la porción inmediata al anillo para que no se produzca el fenómeno del agujero del naipe en el experimento de O'Beirn, y comprimir con la otra la hernia cogida con toda la mano, *pero sin movimiento alguno de taxis*. Esta presión, análoga á la que ejercería la venda de caucho, tiene por objeto y produce el efecto de reintroducir lentamente á través de la pequeña abertura que corresponde al anillo constrictor el contenido del intestino. Cuando la parte inmediata al anillo, es decir, cuando la parte que salió últimamente ha sido vaciada, algunos movimientos de maxalación harán pasar á ella el contenido de las partes más lejanas, por lo cual es preciso continuar en la misma forma la presión. Únicamente después de haber alcanzado esta evacuación, tratará el cirujano de reducir la hernia por las maniobras indicadas más arriba. Mientras esta evacuación previa no se haya podido alcanzar, podemos estar seguros de que las tentativas de taxis no darán resultado alguno, como de ello nos convenceremos fácilmente, sabiendo que esta reducción de volumen por evacuación del contenido de la hernia no es imposible sino cuando el anillo constrictor es en tal grado estrecho que constriñe extraordinariamente el intestino; cuando tal acontezca, es natural que esta víscera no podrá salvar un orificio por el que no pudieron pasar, ni líquidos ni gases. El desbridamiento será entonces necesario. Otras veces, á pesar de haber tenido lugar la evacuación, no es posible reducir el intestino, probablemente á causa de que existirán, además de la estrangulación, adherencias del intestino al saco, lo cual indicará también la necesidad de la operación. En resumen, no ya para las grandes hernias inflamadas, cuya terapéutica es enteramente distinta, sino para las hernias estranguladas, la regla que debe observarse consiste: en practicar la taxis de la manera que acabo de indicar, añadiéndole tal vez la posición invertida del enfermo, como lo indica Sharp; abstenerse sobre todo de la absurda práctica de los purgantes; no aguardar nunca para hacer algo al día siguiente, y si así no es posible la reducción, es preciso decidirse á operar.

3.º *Del desbridamiento.*—Esta operación consiste en poner al descubierto el anillo, sea cual fuere el que ocasione la estrangulación, y dividirlo, para reducir seguidamente la hernia. Por consiguiente, de lo primero que el cirujano debe cerciorarse bien, es del sitio de la estrangulación.

Quando la hernia sigue su trayecto ordinario, la estrangulación está siempre en el cuello del saco. Generalmente este cuello se encuentra al nivel del orificio superior; algunas veces, gracias á

los progresos de la hernia, ha descendido al nivel del anillo inguinal ó más abajo aún; y en algunos casos, cuando ha descendido mucho, se ha formado otro en un punto más superior, resultando por lo tanto dos cuellos; raras veces se encuentran más. Pero, cuando la hernia ha pasado á través de una rasgadura de la fascia transversalis, esta aponeurosis puede ser causa de la estrangulación, y quizás también podrá tener lugar algunas veces por una rasgadura análoga de la aponeurosis del oblicuo mayor; por la cual habría pasado la hernia en vez de hacerlo por el anillo inguinal.

La hernia ordinaria se aloja dentro de la cubierta fibrosa que la

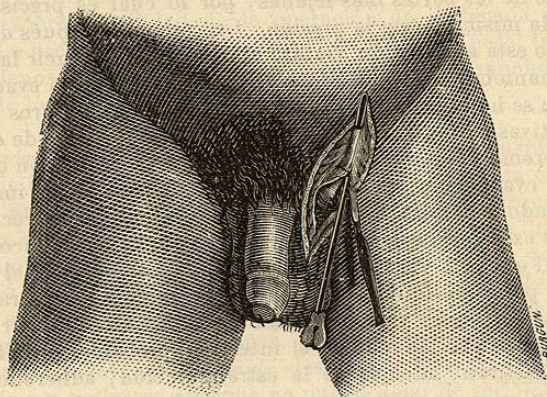


FIG. 592

Operación de la hernia estrangulada

fascia transversalis proporciona al cordón. Por lo general, el conducto deferente y los vasos sanguíneos quedan por detrás de la hernia, excepto la pequeña arteriola del cremáster, y por lo tanto la división de la cubierta fibrosa puede hacerse sin el menor temor. Pero algunas veces los vasos del cordón se disgregan y esparcen alrededor de la hernia; entonces es preciso vigilar que el bisturí no interese el conducto deferente ó la arteria espermática. En la hernia directa, que pasa á través de una abertura anormal de la fascia transversalis, el cordón en su totalidad está colocado por fuera del saco herniario, y no es nada difícil evitar su herida.

Las capas más exteriores que hay que atravesar para llegar al saco, son distintas según el sitio en que se opera la sección. Cuando se practica la incisión por debajo del anillo inguinal, desde este

anillo hasta el fondo del escroto, hay que dividir la piel, la fascia superficialis, el dartos, el cremáster, y, si el caso lo requiere, la cubierta fibrosa del cordón. Hay peligro de herir las arterias pudendas externas y la cremastérica; pero por lo común son tan pequeñas, que no hay necesidad alguna de ligarlas. Por encima del anillo hay que dividir además la aponeurosis del oblicuo mayor y á veces algunas fibras de los músculos oblicuo interno y transverso. No se encuentran por este lado más vasos que la tegumentaria abdominal en las capas subcutáneas y la cremastérica inmediatamente por encima del cordón. Pero cuando se trata de desbridar el orificio superior del conducto, existe en sus inmediaciones una arteria que durante mucho tiempo ha sido, por decirlo así, el terror de los cirujanos; esta arteria es la epigástrica, que se aloja detrás de la fascia transversalis en la capa celulosa subperitoneal. Esta arteria asciende oblicuamente por dentro del orificio superior, describiendo una especie de asa de concavidad superior sobre la cual pasa el cordón espermático. Cuando la hernia es oblicua y descende por el cordón, la arteria resulta colocada por debajo y por dentro; por lo tanto podemos desbridar por encima y por fuera sin temor alguno. Pero si la hernia ha tenido lugar directamente á través de una rasgadura de la fascia transversalis, la arteria queda por encima y por fuera, y casi sería segura su sección practicando el desbridamiento ordinario, si bien es verdad que, en este caso, si la operación se ha practicado cual conviene, antes de proceder al desbridamiento podrá el cirujano asegurarse de si la hernia ha seguido ó no una vía anormal.

En las anteriores ediciones de este libro, Malgaigne protestaba con energía contra el procedimiento que desde treinta años se seguía para practicar el desbridamiento. En efecto, en esta época la mayoría de los cirujanos ponían al descubierto la hernia en toda su extensión exterior, pero no prolongaban la incisión precisamente en el punto en que es más necesario distinguir bien las cosas, es decir, al nivel de la estrangulación. Malgaigne demostró que este punto debía ser precisamente el centro de la incisión; pero por otra parte se circunscribía demasiado aconsejando una incisión que no excediese de 2 á 3 centímetros, pues lo que conviene es poner al descubierto el intestino herniado para formarse cabal idea de su estado y de la falta de adherencias. Hoy día todos observan los preceptos de Malgaigne, y por consiguiente creo inútil reproducir, para criticarla, una práctica generalmente abandonada; me limitaré, pues, á describir la operación tal cual debe hacerse. Colocado el enfermo en decúbito supino y previamente rasuradas las partes sobre que debe operarse, el cirujano practica sobre el punto de la estrangulación una incisión de 5 á 6 centímetros, más ó menos prolongada según el estado de gordura del sujeto. Gene-

ralmente se forma con la piel un pliegue transversal sosteniendo un ayudante uno de los extremos, y de este modo la incisión vertical de la piel se hace de un solo golpe sin que nada haya que temer respecto de las partes profundas. Con todas las precauciones se continúa la disección, siguiendo las reglas ordinarias de las incisiones ó dividiendo los tejidos sobre la sonda acanalada. Al llegar á la aponeurosis del oblicuo mayor, se la divide disecando con precaución, se corta ó se separa el borde inferior del oblicuo menor y del transverso, y así se ponen al descubierto el cordón ó el saco. Si el saco está alojado dentro del cordón disociado, se abre con precaución la cubierta fibrosa del cordón, se mira con cuidado si algunos vasos serpentean sobre el saco, en cuyo caso se los separa y se ponen el saco y el peritoneo bien al descubierto, un centímetro por encima y un centímetro por debajo de la estrangulación. Entonces se distingue perfectamente la ranura circular ahuecada por la estrangulación y se reconoce que ésta la produce el cuello del saco. Desde luego se puede dividir el cuello por pequeños cortes de fuera á dentro, como lo aconsejaba Malgaigne; pero es preferible abrir extensamente el saco, porque así se puede examinar el estado del intestino y operar el desbridamiento con mayor seguridad de dentro á fuera. Con las mayores precauciones se introduce entre el saco y el intestino una sonda acanalada y sobre ésta se divide el cuello del saco. Si la hernia en vez de estar alojada en el cordón sale por dentro de éste, como que se tienen á la vista todos los órganos, el cirujano se hace fácilmente cargo de sus respectivas relaciones. Se distingue, pues, el orificio superior que da paso al cordón; en su parte interna se pueden ver ó sentir los latidos de la arteria epigástrica y más adentro se encuentra el agujero de la *fascia transversalis*, que ha dado paso y estrangula la hernia. En este caso, se puede desbridar sin abrir el saco, y si el estado del intestino no inspira temor ninguno, se reduce la hernia sin ni siquiera haber puesto al descubierto los intestinos. He de observar, no obstante, que raras veces puede procederse de este modo, pues yo únicamente he podido hacerlo una sola vez, porque casi siempre la estrangulación la produce el cuello del saco, y por consiguiente el cuello es el que se debe desbridar; ya veremos más adelante que sucede todo lo contrario cuando se trata de la hernia crural.

Debemos ahora decir algo de las complicaciones, que pueden ser: la ulceración, la gangrena, la perforación y las adherencias del intestino, y lo que digamos sobre este particular tendrá igualmente aplicación á las hernias crurales estranguladas. Hasta pocos años há, siempre que había gangrena ó solamente indicios de ella ó de perforación del intestino, por pequeña que fuese, era de regla no practicar la reducción de las partes enfermas y dejar que se

produjese una fístula estercorácea ó un ano anormal. En estos últimos quince años han dominado otras ideas, de las cuales se ha deducido la práctica de reducir el intestino después de haberlo suturado y aún después de haberlo reseado. Esta cuestión merece más detenido examen. Veamos, ante todo, lo que concierne respecto de las perforaciones.

Hemos de empezar por distinguir dos casos: las perforaciones accidentales, muy pequeñas y debidas á un accidente operatorio durante el desbridamiento ó en el acto de destruir algunas adherencias, y las que son debidas á la ulceración de un punto del intestino. En el primer caso, el intestino está relativamente sano y en condiciones que permiten contar con el buen éxito de la sutura, y por consiguiente estamos autorizados para cerrar la herida por sutura y reducir el intestino, siempre y cuando no exista ninguna otra complicación. El segundo caso es el que más ha preocupado á los cirujanos. Comprende los casos en que se ha producido una pequeña perforación por ulceración ó gangrena limitada á consecuencia de la estrangulación. Lawrence, apoyándose en una observación de hernia crural, propuso la reducción hasta sin previa sutura siempre que el intestino presentase pequeñas perforaciones; Velpeau durante algún tiempo observó esta práctica, pero repetidos ejemplos han acabado por demostrar cuán peligroso es este proceder y por esto hoy día está generalmente abandonado. Otros dos ó mejor tres procedimientos pueden seguirse: 1.º atravesar con un hilo los labios de la ulceración para mantener ésta en contacto con la herida, reduciendo toda la porción restante. Este es el consejo de Malgaigne. En este caso el hilo no obra más que como un lazo de unión y no como verdadera sutura, y es muy probable que se produzca una fístula estercorácea; 2.º practicar la sutura con ó sin refrescamiento ó resección de los bordes de la úlcera y reducir el intestino; 3.º practicar la sutura y abstenerse de la reducción. Hay un punto sobre el cual apenas caben pareceres, y es la utilidad de la sutura; por consiguiente, debe practicarse ésta sin vacilación. En cuanto á la reducción, á pesar de las observaciones favorables reunidas por Barette, tengo por más prudente no practicarla y me parece preferible mantener durante algunos días los hilos al nivel de la herida cutánea sin cerrar ésta por completo. Si la sutura no da resultado, menos peligros traerá consigo una fístula estercorácea que un derrame intraperitoneal, y al contrario, si da resultado, luego de haber caído el hilo, el intestino se reducirá fácilmente, porque son muy poco probables las adherencias. Este proceder lo considero el más prudente, siquiera se pueda objetar que la circunstancia de mantener inmóvil el intestino en la herida puede producir cierta tirantez poco favorable al éxito de la sutura. Por lo demás, no es posible erigir aquí en regla absoluta