

ningún proceder; si la perforación es pequeña, si el resto del intestino está sano, se podrá practicar la reducción; pero como una perforación espontánea supone casi siempre una alteración bastante extensa del intestino y por consiguiente las peores condiciones para la reunión, es más de presumir que ésta no tendrá lugar. En vez de la sutura, A. Cooper, Laugier, Tatum y Révière, practicaron con buen éxito una ligadura lateral formando en el intestino un pliegue comprendiendo la perforación.

No hace aún mucho tiempo, la gangrena del intestino se consideraba como una grave contraindicación de la reducción de la hernia y se esperaba la formación de un ano contranatural. Hoy día algunos cirujanos recomiendan la resección y consiguiente reducción del intestino suturado. Esta práctica no es tan nueva como parece: Ramdohr, en 1727, reseccó dos pies de intestino gangrenado en una hernia inguinal estrangulada, invaginó los dos extremos, practicó la sutura y luego la reducción. El enfermo curó. De 1727 á 1794 encontramos únicamente siete observaciones análogas debidas á Remond, Duverger, Schmidt, Nolleon, Vincent y Nayler, y de 1806 á 1830 se encontraron otros seis casos de A. Cooper (dos casos), Molwitz, Steinmetz (dos casos), Dieffenbach; después parece que se abandonó esta operación, no solamente á causa de sus peligros, sino sobre todo bajo la influencia de los progresos que Dupuytren introdujo en la terapéutica del ano contranatural. Desde 1875, bajo la influencia de las ideas que han inducido á los cirujanos á recurrir á las operaciones siempre y cuando no parezca probable que empeoren la situación y estén solamente justificadas, las observaciones se han multiplicado, y Barette en su Memoria ha reunido treinta y seis casos en un período que se extiende desde 1875 á 1883.

La operación es de por sí bastante simple.

Se atrae al exterior el intestino haciendo de manera que queden al descubierto las partes que quedaron sanas más allá del punto gangrenado. Por dos incisiones perpendiculares se separa toda la parte gangrenada y si es posible se escinde una porción triangular del mesenterio. Después de esto se reunen por sutura los dos cabos superior é inferior y luego se reduce el intestino dentro del vientre.

¿Qué resultado dieron estas 36 operaciones? 20 de los operados murieron, 16 curaron, uno de ellos con ano contranatural; tenemos, pues, una mortalidad de 55 por 100, y es más que probable que se trata de una estadística algo suavizada por la no publicación de muchos casos de éxito infortunado. Esto sería suficiente para condenar la operación; pero hay además otras razones. Desde luego un traumatismo quirúrgico actuando sobre un intestino irritado ya por la estrangulación y tratándose de un enfermo extremadamente postrado por los fenómenos nerviosos reaccio-

nales que acompañan la hernia estrangulada, no deja de tener una gravedad excepcional. Al contrario, la formación de un ano anormal se efectúa sin peligro para el enfermo desde el momento que se ha quitado la estrangulación y no existe otro proceso patológico que la eliminación de un asa intestinal gangrenada.

No tiene, pues, esto ninguna otra ventaja que la de evitar el inconveniente de un ano anormal. Pero este ano anormal puede limitarse á una fistula estercorácea, que á su vez puede curar espontáneamente, y en el caso de que más adelante hubiese de recurrirse á la enterotomía y á las operaciones plásticas para curar el ano contranatural, el peligro de esta operación no es comparable con el de la resección, sutura y reducción consiguiente. En efecto, esto último significa jugarse al azar la vida del enfermo: si la sutura da resultado, se consigue la curación y el resultado es de los más brillantes; si la sutura cede, se produce un derrame estercoráceo intraabdominal, que ocasiona la muerte. Por mi parte, sin vacilaciones de ningún género, continúo observando los preceptos que una larga experiencia clínica inspiró á nuestros maestros. Hacer las cosas de otro modo no siempre es hacerlas mejor, y lo nuevo no siempre significa progreso.

El epiploon gangrenado debe researse ó cuando menos se le ha de mantener al exterior; pero cuando al parecer está sano, los cirujanos están en disidencia sobre la conducta que se ha de observar. Malgaigne empezó por reducirlo y al principio le fué bien así; después vinieron las contrariedades, y el epiploon, que se había considerado sano, se inflamaba y hasta á veces se gangrenaba dentro del vientre. Resulta de esto que con la reducción no se gana nada y se puede perder mucho, de lo cual se deduce la regla general de dejarlo al exterior ó resecarlo.

Es también una complicación bastante enredosa la existencia de adherencias. Las del epiploon, sean recientes ó antiguas, no constituyen de por sí ninguna dificultad. Se las disocia con precaución con el dedo ó el bisturí para asegurarse de que no hay intestino oculto en medio de la masa eplipoica; se disecan las adherencias del epiploon al saco y se reseca primero el epiploon, y en seguida el saco, para intentar lo que se ha llamado la cura radical.

Pero sí tienen mucha importancia las adherencias del intestino, lo mismo cuando unen las dos partes de una misma asa ó diferentes asas entre sí, que cuando unen el intestino al saco ó al epiploon.

Bajo el punto de vista práctico, estas adherencias se presentan bajo tres formas distintas: exudados blandos sin organización, que se separan fácilmente con el dedo; otros que han sufrido ya cierto grado de organización y permiten igualmente dejar libre el intes-

tino con el dedo ó la sonda acanalada, pero esta operación ya deja trasudar una pequeña cantidad de sangre. En ambos casos se destruyen fácilmente estas adherencias sin peligro para el intestino y se está autorizado para proceder á la reducción. Pero á veces las adherencias son muy firmes, están completamente organizadas y únicamente á beneficio de una delicada disección podría dejarse libre el intestino. Si se intenta destruirlas, se corre el peligro de desgarrar el intestino, como les sucedió á Jobert, Michon y Trélat, y si á beneficio de la sutura los operados curaron, no por esto la herida dejó de ser una grave complicación. Según se desprende de la Memoria de Barette, de diez y nueve casos de adherencias tratados por la disección y la reducción, resultaron diez y siete curaciones y únicamente dos muertos; pero si se analizan atentamente las observaciones, se ve que las conclusiones numéricas deben ser notablemente modificadas. Desde luego deben separarse los cuatro casos de Bourguet, Trélat, Monjeot y A. Cooper, en los cuales, en rigor, no se practicó la disección sino un simple desprendimiento de adherencias blandas; y aún debiera añadirse á éstos el caso Foryer, en el cual se trataba simplemente de adherencias membranosas. Tampoco debe contarse el de Garengot, porque la disección tuvo que dejarse por imposible, y los de A. Cooper y de Bourguet, en los cuales no se practicó la reducción. De este modo únicamente quedan las diez observaciones publicadas por Dionis, Richter, Scarpa, Jobert, Michon, Broca, Labbé, Trélat y Bell; pero tan corto número de casos afortunados que han merecido los honores de la publicación, no son suficientes para dejar definitivamente juzgada una cuestión muy delicada y de índole esencialmente práctica.

Ante un caso de esta naturaleza, el cirujano debe tomar consejo de las circunstancias, y su conducta deberá variar según sean la resistencia y la extensión de las adherencias. Si son poco extensas y afectan tan sólo una pequeña parte del intestino y éste no está friable por la inflamación, podrán intentarse la disección y la reducción; al contrario, si son extensas, resistentes y, como sucedió en los casos de Garengot, Arnaut, J. L. Pétit y Dionis, comprenden una gran parte de la hernia, será mejor respetarlas, operar el desbridamiento y esperar. Podrá suceder, como en los casos de J. L. Pétit y Merger, que se produzca un ano contranatural, que se curará espontáneamente ó se deberá intervenir más adelante para conseguir su curación; de todos modos, aún esto último es preferible antes que introducir en el vientre una asa intestinal rasgada y suturada ó también un intestino, que la disección de las adherencias le ha puesto en las más abonadas condiciones para inflamarse y contraer nuevas adherencias intraabdominales que le predispondrán á la estrangulación interna.

III.—Hernia crural

Anatomía quirúrgica.—El anillo crural, que da paso á la mayoría de las hernias del mismo nombre, es una abertura triangular, circunscrita por arriba y por delante por el ligamento de Falopio, hacia abajo y atrás por el pubis, hacia afuera por la *fascia iliaca*, que cubre los músculos psoas é iliaco, y el ángulo interno, que es

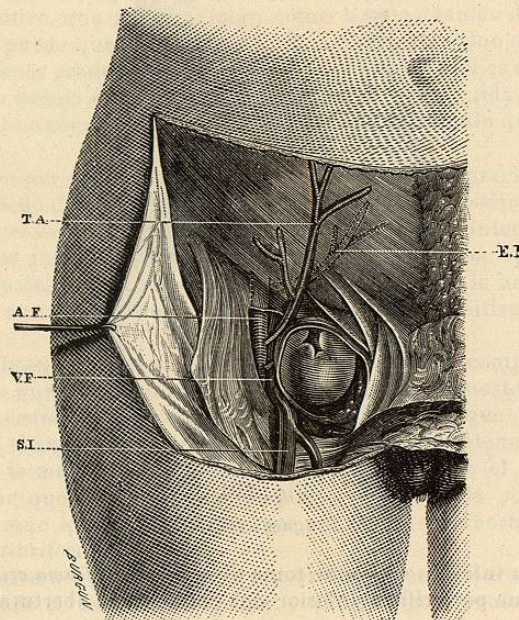


FIG. 593

RELACIONES DE LA HERNIA CRURAL

T.A, arteria y vena tegumentarias abdominales.—A.F, arteria femoral.
—V.F, vena femoral.—S.I, safena interna

el único que nos interesa, lo ocupa el ligamento de Gimbernat. Su diámetro es variable; dejando las partes cual están y en un hombre de buena constitución, lo ha encontrado Malgaigne midiendo unos 3 centímetros; pero separando la *fascia iliaca* hacia

afuera, lo cual es muy fácil, llegaba á medir 5 centímetros. Pasan por este anillo la arteria y vena crurales situadas hacia afuera y un poco hacia atrás, el espacio restante está ocupado por tejido celular, linfáticos y algunas veces existe en él un ganglio. Pero este anillo está cerrado por el lado del abdomen por una hoja fibrosa llamada *septum crural*, sobre el cual descansan la *fascia propria* y el peritoneo (fig. 592 y 593).

Después del anillo crural viene el conducto crural, formado hacia afuera por la *fascia illaca*; hacia atrás, por la aponeurosis del pectíneo; hacia adelante, por la *fascia lata*, delgada y cribosa en

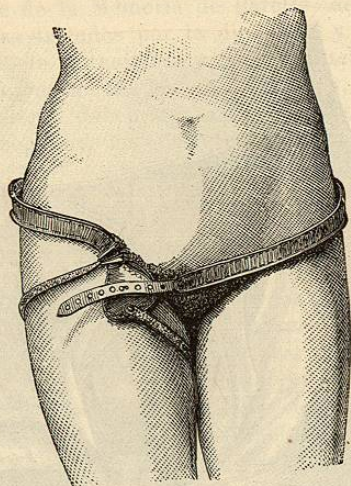


FIG. 594

Braguero crural

su porción interna, en donde toma el nombre de *fascia cribriforme*; y se designa por orificio inferior del conducto la abertura por que pasa la vena safena.

La hernia crural sale generalmente por el anillo, se prolonga en mayor ó menor extensión por dentro del conducto, y llega á veces á salir por la abertura de la safena; pero, por lo común, se abre paso por uno de los agujeros de la *fascia cribriforme* y un poco por debajo del ligamento de Gimbernat. En algunos casos, aunque raros, pasa á través de una abertura de este ligamento mismo. Finalmente, cuando ha llegado debajo de la piel, muchas veces asciende por delante del ligamento de Falopio, de manera que puede llegar á simular una hernia inguinal. Esto será suficiente para lo que hemos de decir de la hernia simple.

I. HERNIA SIMPLE.—Esta hernia reclama la aplicación de un braguero, que consiste generalmente en un resorte análogo al de la hernia inguinal, con la única diferencia de que su extremidad anterior está perfectamente inclinada para llegar al pliegue de la ingle y de una pelota de forma variable. Es preciso hacer notar que cuando el sujeto está de pie ó acostado, jamás la pelota se apoya exactamente sobre el anillo crural, primera abertura que atraviesa la hernia, sino que se limita á comprimir el orificio de la *fascia cribriforme*. Esto constituye de por sí una causa que impide la curación de la hernia por la presión del braguero; pero aún más: cuando el sujeto dobla el muslo, la pelota, cogida entre éste y el vientre, que se aproximan como las dos ramas de un compás, no puede quedar en el fondo de este ángulo, sino que en mayor ó menor grado es rechazada hacia adelante; así es que no hay una sola hernia crural que esté exactamente contenida, y hasta es permitido dudar que sea posible resolver el obstáculo que á ello se opone.

Ya que por el braguero es imposible obtener la curación radical, ha tanteado Jameson obtenerla á beneficio del procedimiento descrito en el tomo I, pág. 138; y asimismo lo han intentado otros cirujanos introduciendo los tegumentos en el anillo, aplicación á este caso del procedimiento ideado por Gerdy para la hernia inguinal. No se conoce ejemplo alguno de curación definitiva.

II. HERNIA ESTRANGULADA.—No sería posible comprender las bases en que se fundaran los procedimientos propuestos contra la hernia crural estrangulada, sin recordar antes que hasta muy entrado el siglo XIX se desconocían todavía la existencia del conducto y la marcha de la hernia. Malgaigne ha sido el primero en anunciar que la estrangulación jamás es producida por el anillo crural, sino que lo es casi siempre por aberturas anormales de la *fascia cribriforme*.

No volveré á ocuparme de las diversas posiciones que se han aconsejado en la hernia inguinal y que son igualmente aplicables á la crural; por lo demás, inspiran en este caso todavía menos confianza que en aquél, y los dos grandes recursos con que contamos son: la taxis y la operación.

1.º *Taxis*.—Para practicar la taxis, Richter recomienda colocar el muslo en flexión; Scarpa en flexión y adducción á la vez; y Allan Burns añade además la rotación hacia adentro; de este modo se ponen en relajación todos los tejidos, lo que es una circunstancia favorable para la reducción. Pero Demeaux ha hecho notar, con motivo, que, si la *fascia cribriforme* está en completa relajación, se deja deprimir demasiado colocando el miembro en

flexión, y por consiguiente le parece preferible una ligera extensión. La mejor posición que puede darse es la abducción, rotación hacia afuera y extensión moderada.

Las maniobras de la taxis indicadas para la hernia inguinal deben practicarse con arreglo á los mismos principios, lo único que conviene precisar de un modo especial es el sentido de la impulsión. Sabatier quería que se impeliese la hernia hacia adentro en dirección del ombligo; detestable consejo que indica que Sabatier desconocía las circunstancias de esta hernia. Dupuytren, por conducto de Sanson y Bégin, emite una idea enteramente distinta: que si la hernia ha llegado á colocarse por delante del ligamento de Falopio, se empieza por rechazarla directamente hacia abajo ó en dirección oblicua hacia abajo y adentro, para conducirla hasta el orificio inferior del conducto, después de lo cual se la empujará *directamente de delante atrás, y después de delante atrás y de abajo arriba, para que las vísceras dislocadas franqueen sucesivamente el orificio inferior del conducto, luego este conducto mismo, y por último su orificio superior.* Todo esto es pura teoría, pues desde que la hernia ha salvado el orificio constrictor, acaba de reducirse por sí misma; todo lo más si se detuviese en el conducto dilatado, sería conveniente impelerla comprimiendo directamente con el pulgar sobre el conducto.

Por lo tanto, lo primero que hay que hacer es buscar el orificio por el que pasó la hernia, y para esto, es preciso circunscribir el tumor con los dedos é inspeccionar el pedículo. Cuando la tumefacción impide este examen, debemos atenernos á la noción general de que la hernia sale, las más de las veces, por un agujero de la fascia cribriforme, por delante y un poco por dentro del conducto y á cosa de un centímetro por debajo de los ligamentos de Falopio y de Gimbernat; y en su consecuencia, se procura reintroducir la hernia por este presunto orificio empujándola hacia atrás y un poco hacia afuera.

La mayoría de las hernias crurales son pequeñas, *en forma de castaña*, lo cual por sí solo indica que se trata de una abertura muy estrecha y de una estrangulación muy fuerte; por esto resisten mucho á la taxis, aun á la forzada. He dicho anteriormente que Gosselin obtuvo la reducción diez y siete veces en diez y nueve hernias inguinales; pero en trece hernias crurales sólo alcanzó buen éxito ocho veces, y aun una de estas reducciones, obtenida en doce minutos tratándose de una estrangulación que sólo databa de horas, fué seguida de un derrame de materiales fecales con peritonitis mortal consecutiva.

Thierry había hecho construir, para desplegar más fuerza, unas pinzas con bocados de boj destinados á comprimir las hernias, las cuales se aproximaban por medio de un tornillo. Este cirujano re-

dujo dos hernias crurales con el auxilio de estas pinzas; pero, si bien este proceder es indudablemente superior á la taxis á cuatro y seis manos, nadie, después de Thierry, se ha atrevido á utilizarlo.

Por mi parte, en estas pequeñas hernias crurales sigo los preceptos de Malgaigne, tanteo la taxis obrando siempre con moderación; y si después de diez á quince minutos todo lo más han sido inútiles estos esfuerzos, paso inmediatamente á la operación.

2.º *Operación del desbridamiento.*—La hernia crural estrangulada se encuentra generalmente, si no siempre, por fuera del conducto y debajo de la piel y de las fascias subcutáneas. Parece, por lo tanto, natural creer que, una vez divididas estas capas, quedará de manifiesto el saco, y en realidad así sucede algunas veces; pero por una parte los ganglios de la ingle ingurgitados pueden interponerse entre la piel y el saco, y por otra, existe frecuentemente una capa especial que proviene del abdomen y fué empujada hacia adelante por la hernia misma: es una porción de la *fascia propria* y del tejido adiposo subperitoneal, que puede simular á la vez el saco y una capa del epiploon, y por lo mismo es preciso fijarse bien en ello para evitar el error.

Cuando se atribuía la estrangulación al anillo crural, la disposición de los vasos era por sí sola suficiente para imponer al cirujano. En efecto, hacia afuera se encuentran la arteria y la vena crurales; hacia arriba y afuera la arteria epigástrica; hacia arriba y adentro, el cordón espermático en el hombre; y además en los dos sexos se encuentra frecuentemente que la arteria obturatriz, nacida de la epigástrica, rodea la parte superior del anillo, aumentando los peligros del desbridamiento en esta dirección y hacia abajo completan el anillo los huesos. Queda, pues, el lado interno en el que el desbridamiento debiera recaer sobre el ligamento de Gimbernat. Pues bien, en los casos en que la arteria obturatriz costea la parte superior del anillo, desciende siguiendo el borde interno de este ligamento y completa alrededor del anillo un círculo de arterias que el bisturí no las dividiría impunemente, á no ser por una feliz casualidad.

Así es que los cirujanos se han ocupado mucho en evitar este peligro, y por esto han atacado sucesivamente el anillo en todas direcciones: Sharp desbridaba hacia afuera y arriba; Pott directamente hacia arriba; Sabatier hacia arriba y adentro en dirección del ombligo, y Gimbernat hacia adentro y sobre el ligamento que lleva su nombre, rasando la cara superior del pubis. Scarpa había recurrido al desbridamiento múltiple, practicando tres ó cuatro incisiones en el borde inferior del arco crural. A. Cooper practicaba una pequeña incisión paralelamente á este arco y un poco por encima del mismo; alejaba el cordón espermático del filo del ins-

trumento por medio de una sonda acanalada encorvada, y sin temor alguno dividía el borde del anillo que se encuentra por debajo. Dupuytren desbridaba de dentro á fuera y de abajo arriba paralelamente al cordón espermático, sirviéndose para ello de un bisturí de botón de hoja estrecha y convexa sobre el filo para dividir los tejidos desde el exterior al interior. Por último, Verpillat propuso el desbridamiento hacia abajo y atrás, dividiendo el asa inferior del ligamento de Gimbernat y el ligamento pubiano.

Malgaigne con una sola palabra ha concluido con todos estos quiméricos temores: *jamás el anillo crural es el agente de la estrangulación*. Supuso, sin embargo, el caso de que el cuello del saco estuviese situado al nivel de este anillo, é indicó las precauciones que en tal caso debieran tomarse. Pues bien, jamás hasta el presente se ha encontrado á tal altura el cuello del saco, sino que siempre corresponde á la abertura de la fascia cribriforme, y añade además que la estrangulación por el cuello es, en este punto, extraordinariamente rara. En un solo caso pudieran presentarse dificultades, y sería el de que la hernia hubiese atravesado el ligamento de Gimbernat; porque, en efecto, sería imposible saber si existe tal vez una arteria obturatriz anormal y en qué lado se encuentra. No obstante, debemos hacer presente que fácilmente podemos rasgar cualquiera de estos orificios anormales, sin que sea para ello necesario emplear el bisturí; así es que ningún temor debe inspirarnos la presencia de la arteria. Véase, pues, cuál es el procedimiento que ha establecido Malgaigne para esta hernia.

Procedimiento de Malgaigne.—Echado el enfermo en decúbito supino con el muslo extendido y colocado todo él en abducción y rotación hacia afuera, practica sobre el tumor, siguiendo su mayor diámetro, una incisión transversal, que en caso necesario la transforma en incisión en T ó crucial. Después de divididas las capas subcutáneas, se presenta el pseudo-saco y el pseudo-epiloon de que he hablado hace poco; se abre con precaución este saco, deslízase el dedo por debajo para despegar hasta el pedículo las partes subyacentes, y procúrase entonces descubrir lo que parece ser el epiloon. Si esto no es posible, puede desde luego afirmarse que se trata de un saco grasiento que proviene del tejido adiposo subperitoneal. De todos modos se le divide lentamente por pequeños cortes por si hubiese equivocación, y por debajo se descubre inmediatamente el saco. Desprendiendo éste con el dedo, lo mismo que se hizo con el otro, lo cual es en este caso extraordinariamente fácil, se reconoce su pedículo y por lo tanto el sitio del orificio constrictor. Cuando la estrangulación es reciente y es de presumir que el intestino está sano, sin abrir el saco, se desliza entre su pedículo y el orificio aponeurótico un instrumento obtuso, como

por ejemplo, la extremidad inferior de una espátula ó una sonda acanalada resistente y cogiendo este instrumento con toda la mano, se inclina violentamente hacia adentro, con objeto de rasgar el orificio por este lado. Inmediatamente se aplica el dedo en la rasgadura para cerciorarse de si es suficiente y agrandarlo en caso necesario, y desde luego se reduce la hernia dejando el saco al exterior.

Quando no inspira entera confianza el estado del intestino, se abre el saco y luego se desliza el instrumento obtuso entre éste y su contenido y se procede como de ordinario á la rasgadura.

Casi constantemente he observado sobre este particular la práctica de Malgaigne, y tengo motivos para estar satisfecho de ello. Será siempre una ventaja inmensa el respetar el peritoneo, evitando con ello la penetración de la sangre, de la serosidad y más tarde del pus en la cavidad peritoneal. A veces abro el saco después de haber desgarrado el anillo constrictor, y esto cuando la fecha de la estrangulación y el color del contenido del saco, visto por la transparencia de su pared, me inspiran temores respecto del estado del intestino. *Jamás suturo los bordes de la herida cutánea. Cuando la piel, dividida en una operación cualquiera ha sido há poco irritada por aplicaciones excitantes, cuando ha sufrido contusiones ó tal vez ha llegado á inflamarse por la presión de los dedos en el momento de la taxis, es casi seguro que esta incisión de la piel será el punto de partida de una erisipela; este peligro subirá de punto si se aplican suturas que por su presencia irritan, y por su colocación pueden retener el pus en una herida que casi constantemente supura.*

Apreciación.—La operación del desbridamiento de las hernias crurales estranguladas es una de las más graves de la cirugía. De 220 operaciones sumadas por Malgaigne y practicadas en todos los hospitales de París desde 1836 hasta 1842, la mortalidad fué de 133 ó sea del 60 por 100; ésta ha sido aún mayor en los tres años de 1861-1863, porque, exceptuando las hernias umbilicales, que han terminado siempre por la muerte, de 170 operaciones de hernia estrangulada resultaron únicamente 36 curaciones, es decir, una mortalidad de 78'8 por 100.

¿Cuál es la proporción actual, hoy día que se opera con las precauciones que evitan cuando menos la contaminación por los dedos, las esponjas, etc.? No puedo contestar esta pregunta con precisión, porque no me ha sido posible hasta el presente reunir los datos de nuestros servicios hospitalarios referentes á la época actual; pero á juzgar por lo que veo á mi alrededor, por las operaciones practicadas en mi visita y de urgencia por jóvenes colegas que ponen en práctica todos los preceptos del célebre método anti-séptico la mortalidad es aún muy elevada.

Por lo demás es preciso consignar que esta mortalidad casi nunca puede tener relación con el proceder del cirujano que practica la operación. Casi todos los enfermos de nuestros hospitales nos vienen después de muchos días de estrangulación y habiendo sufrido tentativas de taxis casi siempre exageradas, por lo cual su vida se halla ya seriamente comprometida y casi sin esperanzas de salvación cuando se trata de operar.

Me limitaré, pues, á insistir sobre los puntos siguientes. En la hernia crural estrangulada, sobre todo en las pequeñas, en forma de castaña, debe ser muy moderada la duración de la taxis, porque la reducción es un caso excepcional. Si la reducción no se consigue no debe aplazarse la operación ni siquiera por algunas horas, sino que debe operarse en seguida. Siguiendo el ejemplo de Malgaigne, siempre he procedido al desbridamiento sin abrir el saco, ó más exactamente antes de abrirlo. Si la estrangulación es reciente, desbrido por desgarrar el anillo de la *fascia cribriforme*, que es el agente de la estrangulación, y luego reduzco la hernia. Cuando se me ocurren dudas acerca del estado del intestino, después del desbridamiento abro el saco. Una sencilla explicación hará comprender las ventajas de este proceder. Si se desbrida después de haber abierto el saco, antes que el instrumento llegue al agente de la estrangulación, que es la *fascia*, habrá tenido que atravesar todo el espesor del saco, ó sea el peritoneo. Si esta sección da sangre, como que corresponde al nivel del cuello del saco, esta sangre lo mismo puede derramarse dentro del vientre que dentro del saco. Cuando después de haber quitado la causa de la estrangulación, por prudencia determino abrir el saco, la incisión la practico no en el cuello sino en el fondo del mismo, ó sea á cierta distancia de la cavidad abdominal, y si el saco está engrosado y vascularizado, aunque dé sangre, de ninguna manera ésta puede penetrar en el abdomen.

Facilidad, rapidez de ejecución y mayor seguridad, tales son las ventajas del desbridamiento de las hernias crurales sin la abertura del saco.

IV. — Hernia umbilical

La hernia umbilical se presenta bajo dos formas diversas: la hernia congénita, que es pequeña, fácil de reducir, contener y hasta curar, y que quizá jamás llega á estrangularse, y la hernia de los adultos, que es más voluminosa y ofrece algunas veces dos ó tres lóbulos separados por los cordones fibrosos que representan la vena y las dos arterias umbilicales, ó tal vez por bridas fibrosas

irregulares. La hernia de los adultos puede inflamarse y hasta algunas veces estrangularse; inflamación y estrangulación que se limitan frecuentemente á uno de estos lóbulos sin afectar en nada á los demás.

I. *Hernia simple*.—Esta clase de hernia se la contiene por medio de un braguero, que debe ser muy diferente según esté destinado á un niño ó á un adulto. En los niños, todos los bragueros de resorte sirven de muy poco; el mejor braguero consiste en una ancha tira de tela ó de caucho que dé vuelta y media al cuerpo, debajo de la cual se coloca, en el punto correspondiente al anillo, una pelota plana, oblonga, rellena de lana, ó más sencillamente, una pequeña compresa de espesor suficiente.

Para los adultos, después de haber reducido la hernia, se modela con cera el hueco umbilical, y sobre este molde se manda cortar una pelota de caucho puro, colocándola por su base sobre una chapa metálica separada por un pequeño resorte espiral de otra chapa análoga, sobre la cual se aplica un gran resorte semicircular que abraza la mitad del cuerpo. Reemplazo, con grande ventaja la pelota ordinaria por una placa de aluminio aplicada directamente sobre la piel y sujeta por medio de un cinturón elástico. Empiezo por tomar el molde de la región, se hace la prueba en metal fusible, y sobre ésta se forja con el martillo la chapa de aluminio. La pelota de los bragueros umbilicales se disloca muy fácilmente; pero no es difícil evitarlo dándole movilidad sobre el cinturón, el cual no se mueve de su sitio aunque el enfermo se encorve ó se enderece. Los cinturones blandos, sin resorte alguno, tienen el inconveniente de apretar circularmente el

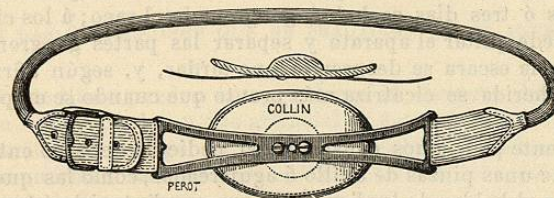


FIG. 595

Braguero umbilical modificado por Dolbeau

vientre. Para lograr la presión ántero-posterior suficientemente fuerte, aplicando una compresión circular moderada, ha modificado Dolbeau el resorte acortándolo y apartándolo de la placa.

En los adultos jamás se se obtiene la curación radical con los

bragueros; en los niños muy pequeños, se *obtiene casi siempre por la sola acción del braguero*. Cuando éste no ha sido suficiente ó se trata de obtener una curación más rápida, he aconsejado atravesar el saco por su base con alfileres sujetos por medio de taponcitos á fin de obtener la adherencia de sus paredes; es el procedimiento de Bonnet para la hernia umbilical (v. pág. 401). Pero hasta el presente han preferido los cirujanos destruir á la vez el saco y los tegumentos que lo cubren; contamos para ello con dos procedimientos: la *ligadura* y las *mordazas*.

1.º *Ligadura*.—Después de reducida la hernia, se aplican alrededor de la base del saco muchas ligaduras circulares con un hilo encerado, resistente, apretándolo todo lo posible. Cuando el saco es algo voluminoso, Bouchacourt propone atravesar la base con una aguja enhebrada con un hilo doble para ligar separadamente las dos mitades del pedículo. Del octavo al décimo día, cae la ligadura con las partes comprendidas en la estrangulación, resultando de ello una pequeña herida, cuya curación es generalmente rápida. Será útil que durante dos ó tres meses después el niño lleve aplicado un braguero circular para evitar mejor la recidiva.

2.º *Mordazas. Procedimiento de Chicoyne*.—Se sirve este cirujano de dos pequeñas mordazas de madera largas de unos 12 centímetros por uno de espesor, aplanadas por sus caras correspondientes y recubiertas de un pequeño y fino lienzo. Después de reducida con cuidado la hernia, constriñe el pedículo del saco entre estas dos mordazas, las aprieta por los dos extremos con hilos encerados, coloca por debajo de ellos una compresa hendida para proteger la piel, y sujeta el todo por medio de un vendaje de cuerpo. A los dos ó tres días se habrá gangrenado el saco; á los cinco ó seis se puede quitar el aparato y separar las partes gangrenadas; el resto de la escara se desprende á no tardar, y, según afirma el autor, la herida se cicatriza más pronto que cuando se emplea la ligadura.

Igualmente podríamos constreñir el pedículo del saco entre los bocados de unas pinzas de anillo ó agujereadas, como las que describiremos al hablar de las hemorroides, para destruirlo á beneficio de los cáusticos. No obstante, repetiré que, á menos de encontrarse en condiciones muy excepcionales, ya que el braguero procura también una curación radical, debemos darle siempre la preferencia.

3.º *Diseción del saco*.—Si se creyese deber recurrir á la cura radical, sería preferible emplear los procedimientos que se utilizan actualmente con frecuencia para las hernias inguinales y crurales.

Incindir la piel y el saco, disecar el saco incindido y hacer la sutura. Faltan hechos todavía para apreciar esta práctica, de la cual en este momento no soy partidario.

Las hernias de la infancia pueden curarse sin operación y con solo el uso de un braguero. Respecto de las del adulto, si son muy voluminosas y difíciles de reducir á consecuencia de adherencias que justifiquen la operación, no podrían operarse sin hacer correr al enfermo peligros mucho más serios que los de la hernia inguinal.

II. HERNIA ESTRANGULADA. — Nada tengo que añadir á las reglas generales de la taxis para este caso particular. Cuando no hay necesidad imprescindible de recurrir á la operación, se aconseja poner la hernia al descubierto por medio de una incisión longitudinal ó en T; ó una incisión semielíptica para obtener un colgajo que cubrirá el orificio herniario é impedirá el contacto del aire. Es preciso abrir el saco con mucha precaución y desbridar hacia arriba y á la izquierda. Para las hernias voluminosas, se hará lo posible por desbridar sin abrir el saco, y en todos los casos procuraremos igualmente reunir la herida por primera intención, ya por medio de tiras aglutinantes, ya por la sutura. Debemos advertir sin embargo que la estrangulación verdadera es, en este caso, un hecho muy raro, y que el desbridamiento, cuando existe inflamación es, á corta diferencia, tan peligroso abriendo como dejando de abrir el saco.

ARTÍCULO IX

DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL INTESTINO

Con este título pueden comprenderse la abertura del intestino para la formación de un ano artificial ó de una fistula intestinal, las operaciones que, por el contrario, tienen por objeto obliterar un ano anormal, accidental ó artificial; la resección del intestino y también la laparatomía cuando se practica en el caso de estrangulación interna.

I.— Formación de un ano artificial

Se hace indispensable la formación de un ano artificial en diversas circunstancias: desde luego este caso tiene aplicación cuando