

MEDICINA. Hérnias en jeneral, consideradas bajo el punto de vista de la Patolojía externa.—Memoria leída por don Adolfo Valderrama en la oposicion a la clase de Patolojía externa i Anatomía de las rejiones de la Delegacion universitaria, el 29 de mayo de 1863.

El jénio crea, el vulgo consagra.

Cecilia Fee (Pensamientos).

La palabra *hérnia* viene de una voz griega que significa *rama*, no solo porque la víscera sale hácia afuera cambiando su situacion normal, sino tambien mui probablemente, porque debieron observarse al principio las hérnias intestinales que son las mas comunes, i que los antiguos tomaron, no sin razon, como tipo de la hérnia.

“Los cirujanos, dice Samuel Cooper, han llamado hérnia a los tumores formados por el cambio de lugar de cualquiera víscera abdominal, que hace salida hácia afuera de esta cavidad, i que están encerrados en una especie de saco formado por una porcion del peritoneo.” Es fácil comprender la falta de exactitud de esta definicion, pues todos saben que ni todas las hérnias salen hácia afuera, ni todas tienen saco herniario. Por otra parte no solo las vísceras contenidas en el vientre pueden hacer hérnia; todos saben que hai hérnias del cerebro, de los pulmones, etc. Por consiguiente esta definicion es inadmisibile: primero, porque no abraza todo lo que pretende definir; segundo, porque tiende a jeneralizar una disposicion que es particular a ciertas hérnias solamente. Por lo demas, no nos esforzaremos en dar otra definicion mejor; no creemos que esto sea de tanta importancia, ni para la enseñanza ni para la práctica médica. Cuando se ha estudiado con atencion el procedimiento por medio del cual se forman los estados mórbidos, cada individuo se hace una definicion que pinta con mas o ménos verdad en su espíritu la idea que de ellos se ha formado, i todas estas definiciones llenan su objeto; son para cada individuo la síntesis de los estudios analíticos que él mismo ha podido hacer.

Hemos dicho que los antiguos tomaron como tipo de las hérnias, i no sin razon, las abdominales; i en efecto, si se ha de atender al sentido etimolójico de la palabra, solo ellas debieran llevar este nombre, porque es mas fácil que el intestino presente al espíritu la idea de rama, que los pulmones o el cerebro; son ademas las mas frecuentes i constituyen por sí solas una enfermedad, miéntras que las del cerebro, pulmones, etc. son mas bien consecuencias de otros estados mórbidos como cáries, úlceras, heridas penetrantes, etc. Al tomarlas nosotros como tipo, imitando a los antiguos, creemos conformarnos con la jeneralidad de los grandes prácticos que se han ocupado de esta materia i cuyas obras son todavía monumentos del arte.

FRECUENCIA DE LAS HÉRNIAS.

La esperiencia diaria demuestra que las h ernias abdominales son las mas frecuentes, i aunque ella no lo hubiera demostrado, se podria calcular *a priori* este hecho, con solo echar una ojeada sobre la anatomía i la fisiología del abd omen. En efecto, los órganos contenidos en el vientre son muchos, i algunos de ellos mui movibles, uniéndose flojamente a las partes circunvecinas por los pliegues que forma el peritoneo; de aquí resulta que están sometidos a cambios de posicion i de volúmen.

Las paredes del abd omen contrayéndose disminuyen la cavidad del vientre, i comprimiendo los órganos, tienden a espulsarlos fuera de la cavidad que los contiene; si a esto se añade que los músculos i las aponevrosis presentan una porcion de aberturas para el paso de vasos i nervios, que son otros tantos puntos débiles donde pueden introducirse las vísceras, habremos completado el cuadro de las razones que prueban *a priori* la frecuencia de las h ernias abdominales, ya bastante demostrada por la práctica.

Pero entre las mismas h ernias de que venimos ocupándonos, hai tambien una relacion de frecuencia que no debemos pasar en silencio. Todos los puntos del abd omen, con escepcion de los que están defendidos por huesos, pueden ser el sitio de una h ernia, sin que se exceptúe la rejion lumbar cuyas fuertes i multiplicadas aponevrosis parecen oponerse al paso de los  rganos. Pero de todas las variedades las mas frecuentes son, sin duda alguna, la inguinal, la crural i la umbilical. La razon de esto se encuentra en la disposicion anatómica de las rejiones en que dichas hernias se forman. Estas rejiones presentan un agujero mas o m enos débilmente obstruido, por donde es fácil que los órganos se introduzcan; asi no es estraño que sean el sitio mas frecuente de las h ernias.

SITIO I NOMENCLATURA DE LAS H ERNIAS.

Las h ernias pueden formarse en el anillo inguinal siguiendo el trayecto del cordón espermático en el hombre i del ligamento redondo en la mujer i descendiendo hasta el escroto o hasta el espesor de los grandes lábios, segun el sexo en que se la observe. Esta h ernia ha recibido los nombres de *h ernia inguinal*, *bubonocoele*, *osqueocoele* i *h ernia escrotal*.

Cuando el órgano herniado pasa por debajo del ligamento de Poupart i forma tumor en la parte interna i superior del muslo, la h ernia se llama, *femoral*, *crural* o *merocoele*.

Si la h ernia se hace por el anillo que en el feto, d  paso al cordón umbilical, se la denomina *umbilical*, *ex nfalo*.

Las h ernias de los otros puntos de las paredes del vientre se llaman simplemente *ventrales*. Entre estas son las mas comunes las de la línea

blanca i las de la línea que A. Cooper ha llamado semilunar, que no es otra que la línea lijaramente encorbada que limita el borde externo del músculo recto del abdómen.

La hérnia que se hace por el agujero subpubiano se llama *obturatriz*; la que se forma siguiendo el trayecto del nervio ciático i atravesando la escotadura ciática, se llama *isquiatocèle* i la que se hace entre la vejiga i el recto en el hombre i entre el recto i el útero en la mujer, lleva el nombre de *hérnia del periné*.

Se ha visto algunas veces a los intestinos introducirse entre la vejiga i el útero i formar tumor hácia afuera; esta hérnia se denomina *hérnia vajínal*. Cuando la hérnia sigue el trayecto de la arteria pudenda interna i pasando por debajo de la rama del isquion, se presenta en la parte lateral de la vajina, lleva el nombre de *pudenda, de los grandes lábios*.

Por la abertura que en el diafragma da paso a la vena cava inferior i mas raras veces por la que hai en el mismo músculo para el paso de la aorta, suelen introducirse los órganos abdominales i en tal caso, se dice que hai una hérnia *diafragmática*.

Hai otra hérnia que se llama *conjenita* porque se forma en la época del nacimiento; sigue el trayecto de la hérnia inguinal, pero no se presenta en la parte anterior del cordón, sino que entra en la túnica vajínal del testículo. A. Cooper propone llamarla *hérnia de la túnica vajínal*.

Por último en la coleccion anatómo-patológica del famoso cirujano ingles que acabamos de citar, había dos piezas que representaban una hérnia de los intestinos al traves de las hojas del peritoneo: él llama esta hérnia, *mesenterica*.

Las hérnias han sido tambien clasificadas segun su situacion i los órganos que contienen. Se las ha llamado *epiplóicas* o *epiploceles* cuando era el epiplon el órgano herniado; *enterocèle* si solo estaba formada por el intestino; *entero-epiplocele* si estaba formada por el intestino i el epiplon al mismo tiempo. En fin las hérnias del estómago, del hígado, del útero han recibido los nombres de *gastrocèle, hepatocele, histerocèle*, etc.

No terminamos este párrafo sin hacer mension de los órganos que contienen las hérnias en sus envolturas. Si se exceptúan el páncreas i el duodeno que están mui fuertemente unidos a la columna vertebral para cambiar facilmente de situacion, todos los órganos ventrales pueden encontrarse en una hérnia; i en jeneral siempre que una viscera sale de la cavidad que la encierra se dice que hai hérnia. Ahora bien ¿cuáles son los órganos de alguna dimension que no puedan cambiar de situacion i salir fuera de la cavidad que los contiene? Son mui pocos, pues ni la aorta misma está libre de presentarse fuera del pecho. Tengo actualmente en mi servicio del Hospital de San Francisco de Borja una mujer con una enorme aneurisma que ha gastado las costillas por la parte posterior del tronco i se ha pre-

sentado formando tumor en la rejion dorsal del lado derecho. ¿Qué es esto sino una verdadera hiérnia de la aorta? Se dirá talvez que este estado depende de una alteracion de la misma arteria; sea así si se quiere; pero en el mismo caso se encuentra el ovario pues casi siempre está alterado i aumentado de volúmen cuando se le encuentra bajo las tunicas de una hiérnia. De todos modos, la esperiencia ha demostrado que los órganos que mas comunmente componen las hiérnias son el epiploon i el ileon, viniendo en seguida, por órden de frecuencia, el cólon, el ciego i el yeyuno, a los que podria agregarse el apéndice vermicular del ciego. La razon de este órden de frecuencia se ve claramente en la disposicion anatómica de estas partes i nos parece inútil detenernos en este punto.

ENVOLTURAS DE LAS HIÉRNIAS.

Las hiérnias están cubiertas por tunicas tegumentarias i planos fibrosos cuyo número varía, segun las diversas clases de hiérnia. Hai ademas una última cubierta, formada por el peritoneo que es la que constituye lo que los autores han llamado saco herniario. Aunque los cirujanos han estudiado con una prolijidad asombrosa los diversos planos fibrosos que se encuentran en las diversas hiérnias, nosotros creemos con el profesor Nelaton, que es imposible señalar el número de capas que hai que dividir para llegar al saco, pues la distension de las tunicas modifica su testura haciendo imposible la distincion que con tanta facilidad se hace en los tratados de Anatomía Topográfica i de Patología Quirúrgica. Uno de los fenómenos que viene a arrojar mas confusion en este punto es el edema de las cubiertas herniarias; este estado que Dupuytren atribuia a los esfuerzos del taxis, i Demeaux a la filtracion al traves de las paredes del saco, del líquido que con tanta frecuencia se halla en él, es un accidente que está mui léjos de haber sido esplicado satisfactoriamente. Sin embargo, nosotros creemos que la especie de exosmosis de que habla el profesor Demeaux unida a la dificultad de la circulacion, que produce la distension de los tejidos i la estrangulacion de los órganos herniados, son los principales elementos que entran en la produccion del fenómeno de que tratamos.

La última cubierta de las hiérnias es la túnica peritoneal que segun los antiguos se rompía para dar paso a los órganos; esta túnica forma el saco herniario; pero ¿cómo se forma? ¿cómo se presenta a la vista del cirujano? Vamos a verlo. El peritoneo, introduciéndose entre las fibras musculares i aponevróticas, es arrastrado por el órgano herniado i estendido por él en una grande estension, de aquí la tirantez que acusan los enfermos que ven formarse una hiérnia con alguna rapidez. Este fenómeno no es sin embargo constante: cuando el cuello del saco herniario está adherido al contorno del anillo que le ha dado paso, la distension se hace parcialmente en el saco mismo, i los enfermos no acusan jeneralmente la tirantez de que he-

mos hecho mencion Esto se observa jeneralmente en las hérnias umbilicales.

El saco puede ser único o múltiple, i en todo caso es preciso estudiar en él: el cuello, el fondo i sus dos superficies.

La abertura que comunica la cavidad peritoneal con el saco es lo que se ha llamado cuello; pero es preciso decir que dicha abertura no merece el nombre de cuello sino en los casos en que es estrecha, porque en el principio de la formacion de la hérnia, esta abertura es más ancha que el cuerpo mismo de la hérnia que se está formando, como sucede en lo que los franceses llaman *pointe d'hernie*.

Quando ha pasado algún tiempo despues de la formacion de la hérnia, los bordes del anillo por donde se ha presentado, reaccionando sobre sí mismos, tienden a acercarse mas i mas i se forma el cuello, plegándose el peritoneo perpendicularmente al contorno de la abertura. Pronto se adhieren los pliegues unos a otros i se forma un tejido parecido a una cicatriz, en el que se ven las señales de las plegaduras de la serosa, que el profesor Cloquet ha llamado *estigmas*. Pero no es solo el peritoneo el que sufre modificaciones en estos casos; la distension aniquila bien pronto el tejido adiposo de la fascia propia, la rejion se vasculariza considerablemente, el peritoneo se adhiere a la capa celulosa; bien pronto la vascularizacion disminuye, el cuello se estrecha, su tejido se condensa i la hérnia se hace irreductible.

Si ántes de que se verifiquen estos fenómenos la hernia ha sido reducida, puede formarse otra al travez del mismo anillo i en tal caso tenemos un cuello doble *superpuesto* cuya formacion ha esplicado tan brillantemente Mr. J. Cloquet. Estos dos sacos comunican por su fondo; no así cuando los sacos están uno al lado del otro, pues entónces solo están en relacion con un costado. Esta última disposicion depende de un pellizcamiento del intestino en el cuello del saco antiguo i es necesario tenerla presente, cuando se practica la operacion de la hérnia estrangulada.

La forma del cuello varía con la del anillo que da paso a la hérnia; su resistencia no es la misma en todos los puntos, pues muchas veces cede en uno i resiste considerablemente en otros. Su lonjitud puede ser a veces considerable como sucede en ciertas hérnias inguinales.

La parte mas ancha i distante del cuello herniario i cuya forma i dimensiones están en relacion con las vísceras herniadas, es lo que se ha llamado fondo del saco.

La superficie interna es lisa i suele contraer adherencias con el epiplon dividiéndose así el saco en varias cavidades como se ha observado en ciertas hernias antiguas. Ya hemos dicho que la superficie esterna del saco se adhiere a la capa celulosa que la cubre inmediatamente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LAS HÉRNIAS.

Cuando sobreviene la muerte, cuando el motor de todas las actividades humanas se sumerge en el fondo silencioso de su propio oríjen; cuando, en fin, desaparece el organismo i solo nos queda el mudo secuestro de una individualidad orgánica, ya no es tiempo de observar sino mui imperfectamente el estado de los órganos, a no ser que queramos presenciar el conjunto oscuro que forman las lesiones verdaderamente patológicas con las señales indelebles de la cadaverización. Pero como llegará probablemente un día en que sepamos distinguir las huellas de la enfermedad de las de la muerte, nos vemos obligados a señalar las lesiones que se observan en el cadáver.

La piel suele estar lijaramente amoratada, a veces pálida i luciente por la distension que ha sufrido; las capas celulosas o aponevróticas infiltradas i mas o ménos adheridas unas a otras segun la antigüedad de la hénria i el saco herniario que hemos visto unirse a la facia celulosa que lo cubre, está roto, conjestionado i gangrenado a veces. En muchas ocasiones falta el saco como sucede en ciertos órganos que están imperfectamente cubiertos por el peritoneo. Tal se observa en las hénrias de la vejiga sobre todo al principio de su formacion. Las hénrias conjénitas no tienen tampoco saco herniario a ménos que no se quiera dar este nombre a la túnica vaginal, lo que no seria lójico. Cuando la hénria depende de un vicio de conformacion de los músculos i hai en ellos aberturas anormales, suelen no estar éstas cubiertas por el peritoneo i entónces la hénria no tiene saco, como sucedió en un caso de hénria diafragmática citado por A. Cooper. En muchas ocasiones se podria cometer errores graves de diagnóstico sino se hiciera saber que el saco suele no contener ningun órgano o solamente un pedazo de epiplon; circunstancia que es preciso no olvidar cuando se trata de diagnosticar enfermedades del testículo. Terminemos la anatomía patológica de las hénrias diciendo; que la distension que sufren las tunicas herniarias puede llegar a su último término, rompiéndose i apareciendo al exterior el órgano herniado. Hemos tenido ocasion de observar un caso de esta naturaleza i es el único que conocemos. Se trataba de una mujer de cuarenta años, pequeña, gbesa i que tenia hacia mucho tiempo una hénria umbilical irreductible; esta mujer, despues de algunos exesos en la comida, tuvo un cólico, el vientre se hinchó considerablemente, los gaces distendieron el asa de intestino encarcelada en el saco i la distension fué tal que se rompieron los tegumentos i los intestinos se precipitaron por la abertura rompiendo probablemente las adherencias que debian haber contraido con el cuello del saco herniario. En este estado la mujer fué conducida al Hospital; fué imposible reducir los intestinos que por otra parte habian principiado a gangrenarse; la mujer murió seis horas despues.

CAUSAS DE LAS HÉRNIAS.

Las causas son predisponentes i ocasionales; las primeras se encuentran en el hombre mismo, las segundas vienen jeneralmente del mundo esterno. Examinemos unas i otras i veamos la parte que toman en la produccion de las hérnias.

Los órganos ventrales llenan exactamente la cavidad que los contiene, las partes contenidas i las continentes se comprimen recíprocamente, reaccionando unas sobre otras. Un efecto de esta igualdad de presion, es el equilibrio que mantiene las vísceras en su posicion normal. El abdómen está sometido a dos fuerzas opuestas que se destruyen mútuamente produciendo el equilibrio de que acabamos de hablar. Si este equilibrio no se rompiera jamas, las hérnias serian imposibles; pero no sucede así desgraciadamente i en muchos casos la impulsion visceral, venciendo la reaccion de las paredes abdominales, lanza fuera de la cavidad del vientre los órganos que mas violentamente pugnan por romper el obstáculo que ellas les oponen: de aqui la formacion de las hérnias.

Hai ademas en muchos individuos una debilidad de las paredes abdominales que se esplica por enfermedades anteriores o por una disposicion conjénita i que obra como causa predisponente de las hérnias. Siempre resulta que la causa primera es el desequilibrio de las fuerzas de que hemos hecho mencion.

Algunos autores señalan como causa predisponente la flojedad de las adherencias que ligan a los órganos con la cavidad que los contiene, lo largo del mesenterio, etc. En efecto, todas estas causas pueden considerarse como predisponentes i tienen una parte en la produccion de las hérnias; pero estos estados tienen ménos valor como causas, que la flojedad de las fibras aponevróticas que cruzan el anillo inguinal, fortificándolo. En cuanto a la idea de que mezclar mucho aceite con los alimentos predispone a las hérnias, está muy léjos de haber sido probada i en nuestra opinion no pasa de ser una preocupacion infundada i estravagante.

Las diferencias que, segun el sexo, presentan las paredes abdominales predisponen mas especialmente al uno o al otro a tal o cual especie de hérnia. Sabido es que el anillo inguinal es mas grande en el hombre, por eso está mas espuesto que la mujer a las hérnias inguinales, al paso que esta última se ve con frecuencia afectada de hérnias crurales, en razon de la mayor amplitud de la pelvis i de hérnias umbilicales a causa del desarrollo considerable del vientre en el período de jestacion. Estas diferencias que hemos notado en los sexos, se ven tambien entre los lados del abdómen; en jeneral las hérnias son mas comunes en el lado derecho que en el izquierdo, en razon de que el lado derecho es mas vigoroso i hace esfuerzos mas violentos. Este hecho ha sido probado satisfactoriamente por

el profesor Malgaigne en su tratado de Anatomía Quirúrgica, añadiendo la observacion curiosa de que en los surdos sucede enteramente al revez. Las cifras presentadas por este hábil profesor, tienen su esplicacion en la incontestable dualidad lateral de la organizacion i en una diferencia de fuerzas de ambos lados, que es conjénita i que depende talvez de la desigualdad de la impulsión jenética de las fuerzas vitales.

Ya sabemos que en las hérnias conjénitas el descenso del testículo deja abierta la túnica vaginal por donde las vísceras se introducen. Richerand creia que en virtud de estas circunstancias la mayor parte de las hérnias conjénitas se formaban en el momento del nacimiento; pero la estadística prueba que esta asercion es errónea. Parece que la causa predisponente espera la causa ocasional (Malgaigne, loco citato). Por último, las personas cuyo peritoneo ha sido herido o debilitado de algun modo, están predispuestas a las hérnias (Richerand, Nosographie Chirurgicale).

Relativamente a las causas ocasionales, tenemos conocimientos algo mas exactos. La potencia contractil del diafragma i de los músculos anchos del abdómen debe colocarse en primera línea, en la historia de las causas ocasionales de las hérnias. En los movimientos violentos como el salto, la carrera, las caidas, etc., la presión ejercida por las paredes abdominales es capaz en muchas ocasiones, de hacer salir las vísceras del vientre por todos los puntos en que no hai suficiente resistencia. La disminucion de la cavidad del vientre producida por la contraccion del diafragma i de las paredes abdominales, que acompaña siempre a los grandes esfuerzos, es la que determina la produccion de las hérnias en los individuos que levantan grandes pesos, que tienen vómitos i en fin en los que por sus hábitos o profesiones se ven obligados a hacer esfuerzos considerables.

Las causas de que nos ocupamos pueden sin duda alguna determinar por sí solas la produccion de una hérnia; pero cuando los esfuerzos no son tan violentos, cuando vemos aparecer una hérnia en consecuencia de un estornudo, de un ataque de tos, etc., no podemos esplicarnos su formacion sin suponer una predisposicion particular, una falta de resistencia de las paredes en que se forma, sin hacer preceder en fin las causas predisponentes de que ya hemos hablado. De aquí resulta que la manera de formarse las hérnias no sea la misma cuando obran solas las causas ocasionales, que cuando a ellas se juntan las predisponentes. En el primer caso, el esfuerzo es preciso que sea violento para romper el equilibrio entre las paredes de la cavidad i los órganos que ella encierra; así el esfuerzo se hace, el equilibrio se rompe, las paredes ceden i la hérnia se presenta inmediatamente; la lucha ha sido corta pero decisiva.

En el segundo caso no sucede lo mismo; desde el momento en que hai debilidad de las paredes de la cavidad o aumento de volúmen, de movilidad en los órganos que ella contiene, el equilibrio ha principiado a rom-

perse; pero como la potencia es solo un poco mayor que la resistencia la lucha se prolonga por largo tiempo, la resistencia cede, pero no está completamente vencida. ¿Qué falta pues para la formacion de la hérnia?... Una causa ocasional. Los órganos están golpeando constantemente a las paredes que los contienen, las empujan a cada instante i van minando poco a poco la resistencia débil que les oponen i entónces la hérnia no se forma súbitamente como en el primer caso, sino de una manera gradual i lenta. La enfermedad se anuncia por una sensacion de debilidad i plenitud en el punto en que ha de manifestarse; no así cuando solo obran las causas ocasionales, pues entónces los enfermos experimentan un dolor mas o ménos violento i una sensacion particular, como si algo cediera en la rejion en que la hérnia se presenta.

Scarpa dice que todas las fuerzas de las paredes abdominales parecen concentrarse en los puntos mas débiles i que esto está probado por la experiencia. Cuando los individuos tosen, dice, o cuando hacen cualquier lijero esfuerzo, las vísceras tienden a salir por el punto debilitado i si la hérnia está formada, el tumor aumenta de volúmen i los enfermos llevan maquinalmente las manos a él, como para sostenerlo. Este es un error que nadie se ha atrevido a combatir, a caso por hallarse escudado con un nombre ilustre, como el de Scarpa, pero que nosotros no podemos dejar pasar en silencio. En efecto ¿cómo es que las vísceras salen por el punto en que todas las fuerzas parecen concentrarse? Esto deberia ser enteramente al contrario. ¿Habrá querido decir el célebre cirujano italiano que la impulsion visceral obra sobre el punto mas débil de la cavidad que los contiene? Pero esto no lo dice i luego ¿qué quiere decir que las vísceras tienden a salir por el punto mas débil? Las vísceras tienen acaso algo de misterioso que las impulsa a tomar esta direccion i no otra? De ninguna manera; los órganos salen por el punto mas débil porque no pueden salir por otra parte i esta direccion es el resultado de leyes mecánicas, claras i evidentes que se pueden demostrar con la mayor facilidad. Los órganos que ocupan una cavidad pueden considerarse como un centro de donde parten fuerzas infinitas que van a obrar sobre los infinitos puntos de la cavidad que los contiene, a su vez las paredes irradian hácia el centro un número de fuerzas igual que teviendo la misma intensidad sirvan exactamente para destruir las fuerzas centrales, produciendo el equilibrio, puesto que la *potencia* es igual a la *resistencia*. Pero si en uno de los puntos de la cavidad hai una fuerza que no puede equilibrar a su contraria que parte del centro, es claro que ya la *resultante* no es cero, sino que está representada por la diferencia que hai entre la fuerza central, siempre la misma i la fuerza del punto debilitado que ha disminuido. ¿Cuál será la direccion de esta *resultante*? Es claro que ella estará representada por una línea que partiendo del centro, se dirija al punto debilitado de las paredes de la ca-

vidad. Vemos pues que no es el capricho, ni una tendencia misteriosa la que marca la direccion de las vísceras en las hérnias; es una lei física; es en fin el rompimiento de las leyes de la estática, que produce el desequilibrio.

SÍNTOMAS DE LAS HÉRNIAS

Llegamos ya a los síntomas de las hérnias i este es el caso de volver a recordar que hemos tomado por tipo de las hérnias las abdominales i que los síntomas de que vamos a ocuparnos se refieren a ellas, porque ellas solo pueden constituir por sí mismas una enfermedad. Ya hemos dicho que las hérnias del pulmon, del cerebro, del iris, etc. son mas bien terminaciones o accidentes de otros estados mórbidos que verdaderas enfermedades esenciales, con una existencia independiente. Quede pues consignado para en adelante, que esto no es una innovacion nuestra i que al hacerlo así, no hemos hecho mas que imitar a Scarpa, A. Cooper, Richter, Velpeau, Nclaton, Jamain, Vidal (de Casis) i cuantos se han ocupado de esta materia. Con esta advertencia podemos continuar nuestro trabajo.

Los síntomas jenerales de una hérnia reductible son: un tumor en cualquier punto de las paredes del abdómen pero mas comunmente saliendo por el anillo inguinal, por el ombligo o por debajo del ligamento de Poupert, en la parte superior e interna del muslo. El tumor es mas pequeño cuando el individuo se halla acostado sobre el dorso que cuando está de pié; si se le comprime como para hacerle entrar en el vientre, disminuye o desaparece completamente, pero para volver a manifestarse cuando la compresion ha dejado de obrar. Su volúmen aumenta despues de la comida i cuando los intestinos contienen muchos gases, apareciendo mas duro que de ordinario. Suele haber cólicos, constipacion, vómitos, etc.

Si la hérnia es irreductible pero no estrangulada, los síntomas varían solo en cuanto a la imposibilidad de hacer entrar las vísceras en la cavidad de donde han salido. Esta imposibilidad proviene, segun Pott, de la gran cantidad de partes contenidas en el saco, de cambios de forma i de contesura que se presentan en los órganos herniados, de adherencias de las partes al saco, del espesor, en fin del cuello del saco herniario (*Samuel Cooper, Dictionnaire de Chirurgie pratique*). Pott en sus obras quirúrgicas describe los síntomas de la hérnia segun sea un *enterocele*, un *epiplocele* o un *entero epiplocele*. Vamos a seguir sus huellas.

Si en el saco solo existe el intestino, el tumor es proporcionado a la parte herniada i si ésta es reductible, se siente un gorgoteo particular al hacer entrar las vísceras en el vientre. Cuando hai gran cantidad de gases o el intestino está inflamado, el tumor es tenso, resistente i doloroso al tacto; si los síntomas de constipacion, inflamacion, etc. no existen, el tumor es blando e indolente. Debemos agregar que los enfermos sienten al

toser una sensacion particular, como la que experimentarían si se echase aire sobre el tumor.

Cuando la h ernia es un *epiplocele*, el tumor es mas blando i desigual, indolente i comprensible i en caso de poder apreciar el peso del tumor, se veria que es mayor que en el *enterocele*; esto puede hacerse en un *epiplocele* escrotal.

El *entero-epiplocele* tiene síntomas mistos, que hacen su diagnóstico mucho mas difícil; pero no son sin embargo tan oscuros que un cirujano ejercitado no pueda hacer al fin un diagnóstico correcto. No debemos a pesar de todo confiar tanto en nosotros mismos, pues es preciso convenir que hai necesidad de ciertas disposiciones individuales, de cierto tacto especial, para hacer esta clase de diagnósticos.  Qu n podria distinguir con precision i con la conciencia de no equivocarse, un *epiplocele* umbilical de una *h ernia adiposa* de la línea blanca? Nosotros nos hemos encontrado en el caso de hacer este diagnóstico i aunque estábamos acompañados de un habilisimo cirujano, no hemos podido hacer otra cosa de su habilidad. De nuestra atencion reunidas, que un diagnóstico dudoso i tímidas aseveraciones.

Pero ya es tiempo de ocuparnos de la *estrangulacion*, accidente de las h ernias, cuya gravedad nadie desconoce. Digamos pues desde luego cuales son los síntomas de una h ernia estrangulada.

La h ernia estrangulada aparece formando un tumor jeneralmente inguinal o escrotal. Este tumor es duro, resistente i doloroso al tacto si se trata de un *enterocele*. El dolor aumenta cuando el enfermo est  de pié, tose o estornuda; hai constipacion rebelde. De esta manera principia la enfermedad, pero si la h ernia no se reduce luego, sobrevienen síntomas mas graves; el enfermo siente que el dolor aumenta, hai ansiedad epig stica, náuseas, fiebre lijera, acompañada de malestar jeneral; el pulso se hace duro i frecuente. Este estado demanda prontos socorros; la operacion es necesaria i no se debe aguardar un solo momento; el peligro es inminente.

Si no se practicara inmediatamente la operacion i se abandonara al enfermo a los solos esfuerzos de la naturaleza, h  aquí cual seria la marcha de la enfermedad. Los vómitos aumentarían de frecuencia, la fisionomía del enfermo estaria pálida i algo retraida, los ojos hundidos i apagados, habria hipo, el dolor desapareceria, la piel estaria cubierta de un sudor frio. El pulso seria pequeño i frecuente, mas tarde irregular i filiforme; sobrevendrian escalofrios irregulares i algunas horas despues, la muerte.

Tales son los síntomas de una h ernia estrangulada. Pero no habriamos llenado nuestro fin, si no estudiaramos el valor que deben tener algunos de ellos para el cirujano que los observa. Ingrata i estéril seria la tarea de explicar la razon de cada uno de los síntomas de que hemos hecho

mencion; no pretendemos hacerlo; pero nos ocuparemos de algunos que no han sido igualmente apreciados por todos los cirujanos.

¿Qué valor tiene el hipo como síntoma de una hénria estrangulada? ¿Qué grado de lesion representa esta convulsion del diafragma? Hé aquí una cuestion de gran importancia práctica i que no hemos visto tratada en ningun autor. Nosotros vamos a abordarla i ojalá que podamos arrojar alguna luz sobre tan interesante asunto.

Es ya una verdad que se ha hecho vulgar la de que el hipo es un signo mui malo en las enfermedades graves i en la hénria estrangulada con mas razon todavía. ¿Por qué? La razon es clara. Hace siglos que el gran médico de Coos espresó esta opinion diciendo: *a vomitus singultus malum*. I en efecto el hipo que viene despues del vómito es malo porque es la espresion del abatimiento jeneral; el enfermo vomita miéntras tiene un cierto grado de fuerza; pero cuando la enerjía falta, cuando la reaccion fisiolójica se transforma en la convulsion instintiva i desordenada de los órganos, viene el hipo, impotente manifestacion de un organismo ya medio vencido en la lucha. Este signo de abatimiento nos da pues la medida de los desórdenes que han sobrevenido en la hénria i mui grandes deben haber sido, para abatir la reaccion orgánica hasta el punto de no dejarle otra manifestacion que convulsiones sin razon i sin enerjía. El hipo es pues un signo mui grave en las hénrias estranguladas; pero en esto hemos avanzado poco; esto es cierto, pero es vago i poco determinado: hai otra cuestion que necesitamos examinar i de donde sacaremos algo de mas precético.

¿El hipo es signo patognomónico de la gangrena en las hénrias? ¿Cuándo este signo llega, es ya inútil la operacion? Hai quien cree que sí, i esta es la inmensa mayoría de los autores. Sentimos tener que espresar una opinion contraria; pero hemos visto operar un caso de hénria inguinal estrangulada i hemos podido convencernos de que el intestino no estaba atacado de gangrena a pesar de haber habido hipo. Este solo hecho nos basta para no considerar al hipo como signo patognomónico. I no puede ser de otro modo; el hipo acompañado de postracion, desaparicion del dolor, abatimiento del pulso, descomposicion de la fisonomía, etc. es sin duda un signo de gangrena; pero no es por sí mismo la espresion de un estado gangrenoso; su valor varía segun los individuos, segun la enerjía de las simpatías nerviosas i segun otras circunstancias dificiles de apreciar. En consecuencia de estas reflexiones, creemos que el hipo no contra-indica la operacion de la hénria estrangulada, a no ser que se encuentre acompañado de los otros síntomas de que acabamos de hacer mencion i que constituyen el cuadro sintomatolójico de los estados gangrenosos.

DIAGNÓSTICO DE LAS HÉRNIAS.

Bajo dos puntos de vista puede mirarse el diagnóstico de las hérnias, o se trata de distinguir estas enfermedades de otras, o seguros de que se trata de una hérnia, queremos saber solamente que órganos son los que han sido echados fuera de la cavidad que los contenía. En el primer caso tendríamos que salir del tema que tratamos de desarrollar, entrando en particularidades ajenas de nuestro asunto. Este diagnóstico no se puede hacer sino tratando de cada hérnia en particular. Así en la hérnia escrotal tendríamos que diferenciarla de todos los tumores del testículo; en la hérnia inguinal i crural de los que pueden presentarse en el pliegue de la ingle, etc., etc. En el segundo caso necesitamos también particularizarnos i un diagnóstico diferencial de las hérnias, supone el estudio particular de cada una de ellas, estudio ajeno de estas generalidades. Por estas razones pasamos al estudio de las complicaciones de las hérnias.

COMPLICACIONES DE LAS HÉRNIAS.

No hablaremos aquí de la irreductibilidad, síntoma tardío de que nos hemos ocupado en la sintomatología. En cuanto a la estrangulación, aunque es realmente una complicación, nos ha parecido tan importante por sí misma, que no hemos vacilado en consagrarle el último párrafo de la sintomatología, para ligar mas estrechamente este accidente con la historia de las hérnias. Aquí, pues, solo nos ocuparemos de la inflamación, de la perforación del intestino, de la gangrena de las hérnias i del ano contranatural. Pero como cada uno de estos estados constituye una enfermedad aparte, que tiene sus síntomas i su tratamiento particular, i cuya gravedad suele sobreponerse a la de la hérnia misma, solo haremos unas ligeras observaciones sobre ellos, pues para tratarlos estensamente, necesitaríamos salir del tema propuesto e injertar en estas generalidades una monografía para cada una de las complicaciones.

Inflamacion.—La inflamación del saco herniario ha sido estudiada primeramente por el profesor Malgaigne; se la observa generalmente en las hérnias antiguas i es causada por los exesos en el régimen alimenticio, los esfuerzos, la mala aplicación del vendaje, la presencia de cuerpos extraños en el asa intestinal herniada i las imprudentes tentativas de reducción. Se conoce la inflamación en un dolor local vivo, hinchazón e irreductibilidad de la hérnia. La consistencia del tumor es mayor que de ordinario, pero menor que en la hérnia estrangulada. Los desórdenes funcionales son los mismos que en la estrangulación. El diagnóstico suele ser muy difícil.

Abceso estercoral.—El intestino puede ulcerarse espontáneamente o formar un abceso causado por cuerpos extraños encerrados en el asa intestinal. Cuando el intestino se ulcera, las sustancias escrementicias se ponen

en contacto con la facia celulosa que inflaman i pronto aparece el tumor dolorido i aumentado de volúmen, la piel se enrojece i queda formando un abceso, cuya marcha es bastante lenta.—Es un abceso estercoral.

Gangrena de las hérnias.—Cuando en la sintamatoología hemos visto marchar a la estrangulacion, abandonada a sí misma, hemos tratado de este accidente. Se conoce la gangrena en los síntomas jenerales que ya describimos i en que el tumor se hace insensible, blando, pastoso i hace sentir cuando se le comprime una crepitation particular.

Ano contra-natural.—Cuando en consecuencia de un acceso estercoral o de la gangrena de las hérnias, se establece una comunicacion del intestino con el exterior, dando paso a las materias escrementicias, se dice que hai un ano contra-natural. No es este el único modo de formacion que se conoce; otras causas pueden producirlo igualmente i aun puede ser conjénito; pero nosotros solo lo estudiamos como complicacion de las hernias; solamente como un elemento nuevo que viene a aumentar la gravedad de la hérnia misma; i esto lo hacemos únicamente para seguir a los autores, pues este estado es mas bien una terminacion de las hérnias que una complicacion. En efecto, establecido el ano contra-natural, ya no hai hérnia; él constituye por sí solo una enfermedad. Nada es mas fácil que reconocer un ano contra-natural. ¿Las materias escrementicias salen al exterior por una abertura accidental de las paredes abdominales? Ese es el signo patognómico.

Pero ¿cómo se forma el ano contra-natural? ¿Cuáles son los fenómenos que presenta en su desarrollo? El ano contra-natural no puede formarse sin que el peritóneo parietal contraiga adherencias con el que tapiza los dos extremos del intestino; de otro modo las materias intestinales podrian caer en la cavidad del vientre i entónces aun no estaria formado el ano contra-natural. Estas adherencias son al principio mui débiles pero se fortifican con el tiempo; formándose una especie de tejido cicatricial duro i resistente; la abertura cutánea se estrecha i redondea, formando pliegues que son la imitacion imperfecta de los del ano verdadero; esta abertura se escoria i sufre erisipelas por el contacto de las materias fecales que la irritan constantemente. La distancia que hai entre la abertura intestinal i la cutánea es mui variable i el trayecto que separa los dos orificios es lo que se llama *infundibulum*. No siempre hai perfecto paralelismo entre las dos aberturas; de todos modos se observa que en jeneral el *infundibulum* está representado por un cono truncado cuya base mayor está formada por el orificio interno o intestinal. Las paredes del *infundibulum* se tapizan pronto con un tejido membranoso semejante a una verdadera mucosa. La longitud del *infundibulum* varia en los diversos individuos; pero observaremos que tiene una tendencia a irse alargando poco a poco, hecho notable que Scarpa ha esplicado invocando la contractibilidad del tejido celular

que une el cuello del saco a las paredes abdominales, como igualmente la contractibilidad del mesenterio. Pero nadie ha explicado este fenómeno tan satisfactoriamente como el célebre Dupuytren. "El mesenterio, dice "este habilísimo cirujano, estendido desde la parte anterior de la columna "vertebral a la concavidad de la corvadura del intestino, no tiene mas "longitud en el estado ordinario que la longitud del espacio comprendida "entre estos dos puntos, i aunque estensible, está siempre mas o ménos "distendido cuando el intestino se aparta de su situacion normal, para "sálirse del vientre, como sucede en la mayoría de las hénrias i de las "heridas del abdómen con salida de las vísceras. Obligado a seguir el "intestino dislocado, forma en la direccion de la columna vertebral i de "la parte del intestino que está mas distante, una cuerda cuya tension "tiene inclinado el cuerpo hácia adelante i le impide enderezarse, i mas "todavía inclinarse hácia atras, que es lo que se observa sobre todo en las "hénrias adherentes. En el ano accidental, esta cuerda que corresponde "al intestino, se ata al fondo del ángulo entrante que forma el intestino "hácia el vientre, precisamente en la base del espolon que separa las dos "aberturas. A consecuencia de esta disposicion el intestino debe estar "atraido constantemente hácia el vientre por el mesenterio i el esfuerzo "ejercido será tanto mayor cuanto mas tirante esté la cuerda,, (Dupuytren, citado por Nelaton).

Es fácil concebir, despues de la brillante explicacion que acabamos de citar, porque el *infundibulum* tiende a alargarse cada vez mas; fenómeno que explica las curaciones espontáneas de los anos contra-naturales. Pero continuemos nuestra descripcion.

En el punto de union de las estremidades del intestino, centro de la base mayor del *infundibulum*, hai una especie de cresta saliente que se llama *espolon*, i es el obstáculo que se opone a que las materias fecales pasen de una estremidad a otra del intestino. En muchas ocasiones, sea porque la adherencia intestinal se ha hecho en un espacio pequeño, sea por haberse deprimido o ulcerado el *espolon*, falta esta cresta central i entónces se dice que el ano está desprovisto de *espolon*, anos particulares, que ha estudiado con tanto talento el profesor Velpeau.

Despues de algun tiempo, hai en el ano contra-natural un fenómeno digno de observarse; es la diferencia notable entre la parte superior del intestino i la inferior. La primera aumenta su vitalidad, la mucosa se engruesa i parece que se vasculariza mas, al paso que la segunda se pone pálida; se estrecha poco a poco i no contiene mas que exalaciones intestinales concretas que han tomado la forma del intestino.

Estamos mui léjos de creer que hemos dicho todo lo que podria decirse sobre el ano contra-natural; pero como lo consideramos como complica-

cion de las hernias solamente, basta para nuestro objeto lo que de él hemos dicho.

PRONÓSTICO DE LAS HERNIAS.

El pronóstico varía con las diferentes clases de hérnia que pueden presentarse, con la edad del individuo, con la reductibilidad o irreductibilidad, con el grado de constricción de los órganos contenidos en el saco, con el tamaño del tumor, con la constitucion del sujeto, en fin, con los accidentes i las complicaciones que pueden sobrevenir en una hérnia.

De un modo jeneral puede decirse que en los niños presentan las hernias ménos gravedad; son casi siempre reductibles i hai mas esperanza de una curacion; los síntomas mas temibles que pueden presentarse en una hérnia son: la constipacion rebelde, la postracion, el hipo. A estos síntomas pueden agregarse todas las complicaciones de que hemos hablado; pues todas ellas son de la mayor gravedad, siendo la mas grave de todas la estrangulacion.

En los ancianos la relajacion de los tejidos i la languidez de la circulacion hacen que rara vez se presenten accidentes graves; pero si es cierto que la inflamacion i la estrangulacion se observan rarísima vez en la vejez, tambien lo es que la debilidad de este período de la existencia no es favorable al tratamiento.

Si la hérnia es reciente i reductible, hai poco que temer; pero si es antigua e irreductible, aunque se puede esperar que no sobrevengan accidentes alarmantes, es preciso perder la esperanza de una curacion.

Quando la hérnia es *epiploica* i se ha formado lenta i gradualmente rara vez hai que temer accidentes; pero cuando se ha formado súbitamente i una porcion considerable del epiplon ha franqueado la abertura de las paredes, la inflamacion puede presentarse i aun gangrenarse el epiplon por causa de la reaccion estranguladora de los bordes de la abertura que le ha dado paso.

Todos estos diversos estados deben pues influir considerablemente en el pronóstico de las hernias; pero de todos modos siempre debe considerarse esta enfermedad como grave, aunque no se tuviera presente otra consideracion que la de ser el tratamiento largo e inseguro como tendremos ocasion de hacerlo notar mas adelante.

TRATAMIENTO.

El tratamiento se ha dividido en paliativo i curativo: vamos a ocuparnos de los dos:

Tratamiento paliativo.—El tratamiento paliativo consiste en introducir en la cavidad abdominal las vísceras herniadas i sujetarlas con un vendaje, que varía con las diversas rejiones en que es preciso aplicarlo. La

reduccion puede presentar algunas dificultades i entónces se practican las maniobras metódicas que se han llamado *taxis* i que se encuentran descritas en todos los buenos tratados de cirugía. Cuando está reducida la hénria i aplicado el vendaje, ya está hecho todo el tratamiento: pero es preciso llevar siempre el vendaje o un braguero porque la hénria podria volverse a formar, bajo la influencia de cualquier esfuerzo un poco considerable.

Tratamiento curativo.—La cura radical de las hernias ha preocupado siempre a los autores que se han ocupado de este importante asunto i se han propuesto una porcion de medios para obtener el resultado. Vamos a recorrerlos lijeramente.

Posicion.—Este es uno de los medios propuestos i consiste en colocar al enfermo de modo que la hénria no puede salir a causa del declive; medio largo e inseguro.

Compresion.—La simple aplicacion de un vendaje cura la hénria en los niños; pero suele ser enteramente inútil para curarla en el adulto. Malgaigne ha observado algunos casos de curacion; pero este será siempre un medio de poco valor en la curacion radical de las hernias. El mecanismo por medio del cual se cura una hénria por la compresion, es el siguiente: la compresion estimula el saco hernario, lo inflama i al cabo de algun tiempo se ha hecho un depósito de linfa plástica que oblitera el cuello; cuando la abertura se ha obstruido completamente, la curacion está hecha.

Métodos operativos.—No hablaremos aquí de la castracion, ni del punto dorado, ni de la sutura real, ni de la incision i cauterizacion; estos métodos pertenecen a la historia de los descarríos del jénero humano; son absurdos i muchas veces impracticables. La dilatacion i escarificacion del cuello del saco ha sido enteramente abandonada i tampoco debe ocuparnos aquí. Examinemos, pues, los otros métodos operativos que han sido propuestos i señalemos solamente en que consisten.

A.—Autoplastia.—Consiste en aplicar a la abertura un pedazo de piel circunyacente. Este método, que solo ha sido aplicado una vez por Jameson, no reúne las condiciones requeridas para producir el resultado deseado.

B.—Invajinacion.—Este método cuenta dos procedimientos uno de Gerdy i otro de Wützer. El primero consiste en sostener la invajinacion con puntos de sutura i se practica invajinando la piel en la abertura herniaria, despues de la reduccion de las vísceras, i fijando el fondo del saco formado por la piel a beneficio de dos puntos de sutura, hechos con una sonda de dardo. Gerdy explica la curacion por una inflamacion reactiva que se verifica en la abertura herniaria.

El segundo procedimiento consiste en fijar la invajinacion por medio de un aparato particular, compuesto de un *invajinatorium* de marfil, atravesado

por una aguja que sale por uno de los puntos de la circunferencia del instrumento, i provisto de una rosca que queda fuera del *infundibulum* formado por la invajinacion. Se coloca despues sobre la piel una placa de madera que tiene dos agujeros, con el fin de fijar la rosca i dar paso a la aguja del instrumento. Este aparato no se mueve hasta que se hayan formado las adherencias que se desea obtener. El procedimiento de Wützer ha sido modificado sucesivamente por Wattmann, Rothmund, Leroy (d' Etiolles) etc.

C.—*Sedal*.—Este método pertenece a Mæsner i tiene mucho de parecido al de Gerdy, tanto que no dudamos en llamarlo simple procedimiento. No hai necesidad de ocuparse de él despues de haber hablado del de Gerdy.

D.—*Enrollamiento del saco*.—Vidal (de Casis) descubrió este método por casualidad, cometiendo un error de diagnóstico, como él mismo nos lo dice en su tratado de patología externa. Es la misma operacion propuesta por él para la cura radical del varicocele, operacion que todos conocen.

E.—*Inyecciones*.—Velpeau fué el primero que empleó las inyecciones en el saco herniario i aunque Maisouneuve i Ricord han modificado el procedimiento del autor, no han logrado jeneralizar este método que es siempre inseguro.

F.—*Procedimiento de Belmas*.—Este procedimiento consiste en introducir en el saco cerca del cuello un pedacito de tripa que se insufla cuando está en su lugar; este cuerpo extraño determina la secrecion de la linfa plástica que pasa a la tripa por endosmosis, formando una especie de tapon que cierra la abertura. Este autor ha modificado su procedimiento, introduciendo en el saco que forma el pedazo de tripa, algunos pedazos de gelatina concreta. Los dos procedimientos cuentan algunas curaciones.

G.—*Procedimiento de Bonnet (de Lyon)*.—Consiste en aislar el saco i pasar tres agujas, una adelante, otra en medio, i la otra detras del saco. Este procedimiento no ha sido aplicado i expone a la peritonitis.

APRECIACION DE LOS MEDIOS EMPLEADOS EN LA CURA RADICAL DE LAS HÉRNIAS.

Desde luego podemos desechar la autoplastia, el enrollamiento del saco i las inyecciones no solamente por inseguros sino porque ninguno de estos métodos ha recibido la sancion de la esperiencia. Todos ellos, en efecto, tienen inconvenientes. La autoplástica requiere una operacion preliminar siempre dolorosa i que deja una cicatriz indeleble i ademas es un medio inseguro i difícil.

El enrollamiento del saco especie de ligadura subcutánea, no ha sido aplicado sino una vez i nada se puede decir de él.

Las inyecciones son inseguras i esponen a que se inflame el tejido celular circunyacente, si el liquido de la inyeccion, yodo, vino, etc. se pusiese en contacto con él.

El procedimiento de Bonnet (de Lyon) no ha sido bastante probado i puede ser peligroso pues esponen a la inflamacion del peritóneo.

Queda el procedimiento de Belmas i el método de invajinacion. En el estado actual deben preferirse los procedimientos que emanan del método de invajinacion; pero debemos decir que el procedimiento Belmas, tiene mas porvenir i que el medio propuesto por él (introduccion de cuerpos estraños en el saco) será prbablemente el que mas tarde tenga la aceptacion universal.

I en efecto, ¿cáso la ciencia ha pronunciado su última palabra sobre la cura radical de las hérnias? . . . Hai un procedimiento que la modestia de su eminente autor, ha dejado en silencio; pero como este procedimiento no se nos ha comunicado en secreto, bien podemos describirlo i denunciar a su autor ante el mundo científico. Su autor nos perdonará.

Procedimiento Sazie.—Este procedimiento consiste en introducir en el saco un pedazo de esponja, que sirve como de tapon, pero que no se aprieta mucho. Su autor llegó a poner en práctica este procedimiento en consecuencia de un fenómeno bien estraño, que debemos referir aquí. Tratando una enferma que tenia trayectos fistulosos en un pecho, introducía siempre esponjas con el fin de estimular el trayecto fistuloso con las innumerables puntas de la esponja, la enferma marchaba perfectamente, i tanto que se curó de su enfermedad; pero conservando en el pecho un pedazo de esponja que fué imposible extraer a causa de las adherencias que habia contraído con el tejido de la mama. El señor Sazie concibió entónces la idea de aplicar la esponja a la cura radical de las hérnias i algunas de las tentativas que ha hecho con este fin, demuestran todo lo que se puede esperar de un procedimiento que el talento de su autor hará pasar a la ciencia, sin duda alguna. Hé aquí como explicaba el autor, en su Curso de Patología externa, la curacion por medio de la esponja.

La esponja aplicada, del modo ya dicho, obra como un estimulante de los tejidos circunyacentes, lo suficiente solo para producir la secreccion de la linfa plástica i nunca para llegar a provocar una inflamacion del peritóneo; la linfa empapa la esponja, se concreta en sus innumerables conductos i forma al fin una masa cicatricial que cierra completamente la apertura herniaria. Nosotros no dudamos que el autor de este ingenioso procedimiento continuará sus observaciones i nos dará algun día el resultado de sus trábajos. Estamos mui léjos de creer que hemos explicado suficientemente i dado todo el desarrollo que merece este procedimiento; pero lo que hemos dicho basta, a lo ménos, para conocer lo que de él podemos esperar i para asegurar a su autor la propiedad de su ingenioso descubrimiento.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS HÉRNIAS.

Inflamacion.—Cuando la hénria se ha hecho irreductible no debe practicarse la taxis; las tentativas serian peligrosas. Si la hénria está inflamada racionablemente i puede reducirse, no hai inconveniente en hacerlo; pero si la inflamacion data de algun tiempo i el dolor es vivo, la taxis será de funestas consecuencias, i es preciso ante todo, calmar la inflamacion con el método antiflojístico directo, como sanguijuelas, cataplasmas emolientes, dieta, lavativas laxantes i lijeros purgantes minorativos.

Pasada la inflamacion es preciso tratar de hacer la reduccion, para evitar las adherencias que podrian formarse.

Estrangulacion.—Los medios empleados para el tratamiento de este estado son de dos clases 1.º los puramente medicinales como los antiflojísticos, los narcóticos, los purgantes, las lavativas purgantes, las lavativas de tabaco, el frio, 2.º los medios quirúrgicos que son; la taxis i la operacion de la hénria estrangulada. Solo nos ocuparemos de los medios quirúrgicos, para no salir de nuestro tema.

a.—**Taxis.**—Para practicar la taxis se pone el enfermo en la posicion mas a proposito segun sea la hénria, jeneralmente de espaldas i con los músculos ventrales en relajacion. La taxis puede durar mui poco tiempo, entónces se llama simplemente taxis; si la operacion dura algunas horas sin aumentar el esfuerzo, se llama *taxis prolongada* i si el esfuerzo se aumenta, toma el nombre de *taxis forzada*. No describiremos esta manobra que se halla descrita en todos los tratados de cirujía i que por otra parte es mui sencilla i sufre algunas modificaciones, segun las diversas hénrias.

b.—**Operacion de la hénria estrangulada.**—¿Debemos en un estudio de las hénrias en jeneral, describir esta operacion? Pero si esta operacion cambia infinitamente segun el sitio i la clase de la hénria, si las dificultades que presenta estan en relacion con la rejion anatómica en que se practica. ¿cómo podemos jeneralizar preceptos tan especiales, tan propios de cada hénria en particular? Esta seria una tarea imposible i solo nos concretaremos a hacer algunas reflexiones jenerales.

Quando se han incisado los tejidos hasta el saco, se puede concebir que todos los conatos del cirujano deben dirigirse a ensanchar el anillo estrangulador, para facilitar la reduccion de las vísceras. Dos medios hai para producir este resultado; el primero es el uso de instrumentos dilatadores inventados por Arnaud, Leblanc i otros; el segundo es el desbridamiento múltiple propuesto por Vidal (de Casis).

El primero ha sido abandonado i en el dia todos los cirujanos recurren al desbridamiento propuesto por Vidal. En el desbridamiento se presentan varias cuestiones, que es necesario resolver.

¿El epiplon debe introducirse en la cavidad abdominal? No, dice formalmente Malgaigne; el epiplon que se pone en contacto con el aire, corre gran riesgo de gangrenarse. Esta opinion es demasiado absoluta; si el epiplon no está alterado puede introducirse sin temor; pero si lo está, en ese caso debe dejársele fuera; bien pronto se inflama, se cubre de mamelones carnosos i sirve el mismo para tapar la abertura herniaria; la ligadura podria esponer a una peritonitis jeneral.

¿Qué debe hacerse con el saco? Los autores recomiendan que se le emplee en taconear la abertura herniaria, siempre que no haya adherencias mui fuertes, pues si son débiles, debe rompérselas con los dedos.

Si aun despues de la operacion del desbridamiento, las hénrias no pudieran reducirse porque, segun la pintorezca espresion de J. L. Petit, las vísceras hubieran perdido el derecho de domicilio, seria preciso, despues de asegurarse de que las materias escrementicias circulan en el intestino, dejar las vísceras afuera, acercar los bordes de la herida i cubrirlo con un lienzo untado de cerato.

Si el intestino estuviera estrechado considerablemente seria preciso cortarlo i fijar el asa intestinal a los bordes de la abertura, hasta que se hubieran formado adherencias bastante sólidas i se pudiera establecer un ano contranatural. Lo mismo deberia hacerse en un caso de obstuccion completa del intestino.

Abceso estercoral.—El tratamiento del abceso estercoral consiste en abrir anchamente el tumor i establecer un ano contranatural. Este es igualmente el tratamiento a que se recurre en la gangrena de las hénrias; la *enterorrafia* propuesta para los casos de gangrena de las hénrias, creemos que no encontrará nunca su aplicacion, pues supone falta de adherencias en el intestino i es rarísimo que no las haya.

Ano contranatural.—Ya hemos dicho que el ano contranatural debe considerarse como una terminacion de las hénrias i no como una complicacion; pero como nos vemos obligados a seguir a los autores, para abrazar todo lo que a las hénrias se refiere, vamos a ocuparnos de su tratamiento.

El tratamiento es paleativo i curativo. No nos ocuparemos del primero que se reduce a preceptos hijiénicos mui sencillos i a cuidados de limpieza. En cuanto al segundo, muchos son los medios que se han preconizado como capaces de curar el ano contranatural; los recorreremos lijeramente para apreciar su valor.

El réjimen, la posicion preconizada por Dupuytren, no son mas que medios de esperar una curacion espontánea. La compresion i la sutura son procedimientos peligrosos que no deben emplearse nunca. La dilatacion de la estremidad inferior del intestino es un método dudoso; a nosotros nos parece completamente inútil.

La **compresion** del espolon propuesto por Desault i modificada por Mr. Richet, **no es aplicable** sino en los casos en que el espolon es pequeño i tiene **ademas** el defecto de que espone a accidentes graves.

La **seccion** del espolon practicada con el bisturí está hoy completamente **abandonada**.

La **cauterizacion** de los dos lados del espolon imaginada por Vidal (de Casis) a **pesar** de que ha dado algunos buenos resultados, no ha sido **adoptada** jeneralmente.

La **enterorrafia** solo es aplicable cuando la afeccion es reciente i tiene todos los **inconvenientes** anexos a la sutura de los intestinos.

Por **último**, la enterotomía, operacion imaginada por Dupuytren, es la que **presenta** mas garantías de buen éxito. El enterotomo, que es el instrumento con que se practica, ha sido modificado por Blandin, Liotard, Delpech, **Reyhard**, etc., etc.; pero siempre se ha preferido el enterotomo de Dupuytren, tal como él lo imaginó.

Hemos **sido** cortos en nuestro trabajo, porque hemos querido ser sobrios de **amplificaciones** inútiles, que solo sirven para confundir la imaginacion del lector. Creemos que en una obra de esta clase, la claridad es una **condicion** indispensable i nos hemos esforzado por obtenerla. No sabemos si **la** hemos alcanzado, pero creemos, sí, haber dicho todo cuanto se sabe **sobre** las hérnias en jeneral, consideradas bajo el punto de vista de la **Patología** externa. Solo nos resta cumplir con un deber.

Como **este** trabajo ha sido hecho para una oposicion a la cátedra de Patología **externa**, i como el Profesor está encargado de dirigir la instruccion **médica** de sus alumnos, no estaríamos satisfechos sino termináramos haciendo **mencion** de las principales fuentes en que sería preciso beber para hacer un **estudio** profundo de esta materia.

Nosotros **creemos** que debería consultarse el *Diccionario de cirugía práctica de Samuel Cooper*, sobre todo, en la parte que trata de la extrangulacion. En **las obras** quirúrgicas de Sir Astley Cooper podrian hallarse datos importantes **sobre** la anatomía topográfica de las hérnias. La parte que trata de las **hérnias** abdominales, es notable por el método i la claridad. Scarpa, en su *Tratado práctico de las hérnias* suministraria datos importantes sobre el ano **contranatural** i sobre las causas de las hérnias. Pott i J. L. Petit, en sus obras **quirúrgicas** explican con bastante claridad el mecanismo como las hernias se **verifican**. Las *Investigaciones sobre las causas de la anatomía de las hérnias abdominales*, publicadas por J. Cloquet, son dignas de ser leídas, **sobre todo** en lo que se refieren a la formacion de los sacos múltiples. La traduccion del *Tratado de las hérnias* escrito por Richter, es digna igualmente **de ser** consultada; contiene preceptos prácticos de gran utili-

dad. Para el estudio de las hernias sin espolon, seria preciso consultar al profesor Velpeau (Hernies sans eperon). Las *Lecciones sobre las hernias*, publicadas por el profesor Malgaigne, aunque las hemos visto muy recomendadas, no las conocemos bastante para recomendarlas especialmente, si bien creemos que debieran consultarse. Por último, la fama general que tienen las obras de Lawrence i Traversers sobre esta materia, nos hace recomendarlas, apesar de no conocerlas, fijándonos en el juicio respetable del mas hábil de los compiladores ingleses, Samuel Cooper.

Tales serian las obras que pondriamos en manos de los que quisieran estudiar las hernias con alguna detencion.

BOTÁNICA. *Descripciones de violetas nuevas, descubiertas en las cordilleras de Chile por Federico Leybold.—Comunicacion de él mismo a la Facultad de Ciencias Físicas en noviembre de 1863.*

Viola glechomoides (Lbd.)

V. annua, acaulis, dense rosulata; *radice* simplicissima; *foliis* late-rhomboides vel obverse ovoideis, valde crenatis, supra subtusque glabris; supra rugosis, rufo- viridibus; subtus laevibus glaucis, sulcis lirellae-formibus viridibus parce instructis; margine ciliatis, pilis apicem versus incrassatis; *floribus* in pedunculis folia vix aequantibus, minutis: *petalis* calicem vix superantibus albidis vel pallide roseis, tenuiter pictis striis roseis; *fauce* luteo; *calcare* brevissimo non partito; *calice* glabro, viridi, margine albescente.

Esta violeta hallé en las praderas que hai al pié de los cerros llamados "los Peuquenes" en la Dehesa, provincia Santiago, en una altura de cerca de 7 hasta 8,000 piés de altura sobre la mar, i despues la volví a encontrar en el lugar denominado los "Barrancones" al pié del Mal Paso en la misma hacienda.

Florece en principio de noviembre.

Viola nubigena (Lbd.)

V. annua, acaulis, rosulata; *radice* simplice; *foliis* ovato lanceolatis integerrimis, supra nervosis, nervis albidis perducis, pubescentibus pilis tenuibus deinde evanescentibus, subtus laevibus et glabris, margine rubescente, petiotum versus ciliatis, pilis glandulosis; *floribus* folia vix aequantibus roseis; *sepalis* glabris rubescentibus aut viridibus margine albescentibus, basim id est pedunculum versus in marginem rotundam protractis; *petalis* infra albis, apicem versus roseo-pictis, extus violaceis; *fauce* luteo; *calcare* brevi subsinuato.