

Hernia estrangulada: curacion obtenida por medio de la operacion, practicada por el Sr. D. Luis Muñoz.

El 2 de Enero de 1866, vino á ocupar la cama núm. 23 de la sala de cirugía del hospital de San Andrés, Valentin Sepúlveda. Es un jóven de 20 años, de buena constitucion; su oficio es el de carpintero, pero hace algun tiempo que trabaja como carretero. Su salud general ha sido buena, pero hace cuatro años, al levantar un fardo pesado, sintió un vivo dolor en el vientre y observó en el acto un pequeño tumor en la ingle izquierda; este tumor, como una nuez, desaparecia por una compresion moderada ó por fricciones repetidas, pero volvía á aparecer despues; fué aumentando de volúmen poco á poco hasta llegar á las dimensiones de un huevo de gallina; en ese estado hacia sufrir al enfermo un dolor vivo que se propagaba al testículo correspondiente; cuando el tumor fué aumentando de volúmen el testículo aumentó tambien, pero cuando el tumor se reducía, el testículo no volvía ya á sus dimensiones primitivas, pues se habia dilatado definitivamente.

El 31 de Diciembre de 1865, estando Sepúlveda á caballo, en el ejercicio de lazar, sujetó el lazo en la cabeza de la silla, hizo el esfuerzo para *estirar* y saltó la cabeza de la silla y le hizo una contusion en el testículo izquierdo. Este accidente agravó su mal hasta el punto de no permitirle continuar sus ocupaciones y de determinarlo á entrar al hospital el dia 2.

Al siguiente dia, al pasar la visita se le encontró en el decúbito dorsal y manifestó en su fisonomía un gran sufrimiento; el pulso estaba pequeño, la lengua seca y cubierta de un barniz blanquizco; segun dijo el enfermo, habia tenido repetidas veces náuseas y vómitos, sobre todo desde el dia anterior, y llevaba cuatro de una constipacion tenaz. Presentaba en la ingle izquierda un tumor alargado en la direccion de ese pliegue, de seis centímetros de longitud; un surco ligero lo separaba del escroto que tambien estaba mas voluminoso que en el estado normal; el tumor era algo duro, daba sonido macizo al percutirle, no se dejaba reducir por la presion; el dolor que sentia en él se propagaba al testículo correspondiente, que habia aumentado de volúmen hasta el doble y estaba cubierto por una piel roja, tirante y dura; la que cubria el tumor conservaba su color; no habia fluctuacion, pero sí elasticidad. El testículo y el tumor parecian formar un solo cuerpo y no estar separados mas que por el surco de que antes hablé.

Tal era el estado del enfermo en la mañana del dia 3: durante el dia, los

síntomas del aparato digestivo se agravaron; en la tarde los vómitos se hicieron muy frecuentes, compuestos de una materia verde de olor fecaloide, las náuseas eran casi continuas, había hipo; el pulso estaba frecuente y concentrado, el dolor local muy vivo, el aspecto general grave.

La agravacion, por la noche, de los síntomas generales, el abatimiento, la alteracion de las facciones, los signos físicos, aunque tan mal dibujados, y los antecedentes del enfermo, no permitieron ya vacilar sobre la conducta que se debía seguir; y el Sr. Muñoz intentó varias veces, y con mucha prudencia, la taxis, pero sin resultado. Entonces decidió la operacion, y la practicó ayudado por algunos alumnos, á las ocho y media de la noche, de la manera siguiente: hizo una incision de seis á ocho centímetros de longitud encima del tumor, en la direccion del canal inguinal; dividió el tejido celulo-adiposo y comenzó á descubrir las hojillas aponeuróticas que levantaba con las pinzas, mientras que un ayudante las cortaba tangencialmente, y metia debajo una sonda acanalada á lo largo de la cual dividia con el bisturi la aponeurósis. Procurando reducir el tumor, en estas circunstancias, se convenció el Sr. Muñoz de que había una asa intestinal algo comprimida por el anillo interno del canal inguinal, pero que esa sola compresion no era bastante para explicar los accidentes que presentaba el enfermo; echando á un lado el epiploon, se encontró la estrangulacion: el intestino estaba ceñido por una brida resistente; se pasó debajo la sonda acanalada y se dividió sobre de ella; en el momento desapareció la cintura que se había hecho, que daba al tumor el aspecto bilobulado, y el intestino se dilató libremente. Entonces se pudo examinar la asa y se vió que estaba vivamente congestionada y presentaba una mancha equimótica, lo que podía hacer creer que se había hecho una division en el tejido. Se intentó la reduccion, y como no se conseguia desde luego, para no inflamar el intestino, se hizo un desbridamiento en el anillo interno, con lo cual la hernia se redujo fácilmente. Entonces se pudo ver tambien, que la comunicacion con el testículo estaba señalada al exterior por una estrechez que correspondia al orificio de entrada; por ella se introdujo el dedo, y sintió el vacío que dejó la asa al salir y las adherencias que fué preciso romper para desprender el intestino. Terminada esta exploracion, se dejó fuera el epiploon, por haberse maltratado un poco durante la operacion; se le separó en dos partes que se ligaron aisladamente, y quitados la sangre y los coágulos, y viendo que no había hemorragia, se puso una curacion simple.

Al siguiente dia, 4 de Enero, todos los accidentes habían cesado; el pulso regularmente desarrollado latia ochenta veces por minuto, el calor era normal; á la agitacion y ansiedad de la víspera había sucedido la calma; la fisonomía estaba tranquila; las náuseas y vómitos no habían vuelto, las materias intestinales habían recobrado su curso, y el dolor, antes vivo, se calmó.

Dia 5. El estado general era bueno; no había dolores en el vientre, ni calentura, ni cosa alguna que anunciara la peritonitis; la herida tenía los bordes

vueltos hacia afuera, supuraba y tenia tendencia á ulcerarse; la rubicundez del testículo habia disminuido lo mismo que su volúmen.

Dia 10. El estado general no se habia alterado, la herida tenia buen aspecto; la comunicacion con el escroto no se cerraba aún, y comprimiéndolo se hacia refluir hacia la herida el pus que contenia.

Dia 14. Cayeron los últimos restos del epiplon y las ligaduras. Como la herida estaba cubierta de botones y el pus era de buena naturaleza, se afrontaron los bordes para apresurar la cicatrizacion.

Dia 20. La herida estaba mas corta, los bordes casi en contacto, la comunicacion con el escroto se habia obliterado.

Dia 26. La herida cerrada en toda su longitud, presentaba granulaciones exuberantes, que se han reprimido con el nitrato de plata.

Dia 14 de Febrero. La cicatriz perfectamente formada se ha retraido y ha adquirido mas solidez; parece que no ha contraido adherencias con el intestino porque nada hay que lo haga sospechar; el epiplon ha formado un tapon que obstruye el canal por donde se hizo la hernia; puesto el dedo en todos los puntos de la cicatriz y los del rededor y obligando al enfermo á hacer un esfuerzo, no se observa ningun fenómeno que pudiera hacer creer en la reincidencia de la enfermedad. En una palabra, la curacion es perfecta. Para asegurar la cicatriz se le ha puesto un vendaje herniario.

Esta observacion me parece interesante: 1º porque los signos fisicos hacian suponer un epiplocele y se encontró un entero-epiplocele; 2º porque la operacion practicada al espirar el cuarto dia de la estrangulacion fué seguida de un éxito completo é inmediato.

El enfermo que ahora tengo la honra de presentar á la Academia, es el objeto de esta observacion.

México, Febrero 14 de 1866.

E. LICEAGA.

TRATAMIENTO DE LA ASFIXIA POR SUMERSION.

En los *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* del año pasado de 1865, se ha insertado una Memoria del Dr. Leroy de Méricourt publicada en los *Archives de médecine navale*, que lleva por título: «*Tratamiento de la asfixia por sumersion, segun el método fisiológico del Dr. Marshall-Hall, perfeccionado por el Dr. Sylvester.*» Nosotros traduciremos, para conocimiento de los lectores de nuestra *Gaceta*, la parte de aquella Memoria, que nos parece mas interesante y suficiente á instruir sobre cómo se debe obrar para restablecer la respiracion en los casos de muerte aparente por sumersion, inhalacion de cloroformo, respiracion de gases deletéreos, etc.