

tura conminuta las esquirlas habian sido arrojadas por la piel, pues he dicho antes que ésta no tenia ninguna lesion; claro está que esta parte se perdió, por decirlo así, en el mismo hueso, y esto no sucede sino cuando las fracturas son en la infancia.

La consolidacion de esta estremidad del hueso en ángulo obtuso con el cuerpo de él, se esplica bien por la atraccion que experimentaba por los músculos que se insertan hácia este punto, como son, por ejemplo, el gran dorsal, el gran redondo y el pectoral en los lábios de la corredera bicipital, el supra ó infra espinoso y pequeño redondo en la gruesa tuberosidad y el sub-escapular en la pequeña.

La desviacion hácia afuera por la posicion viciosa de la articulacion, esplica la longitud de la clavícula, y esta es otra prueba de que la lesion se haya hecho en la infancia y el hueso haya tenido tiempo de desarrollarse.

Como representa la pieza, no solo hubo fractura, sino una luxacion atras y afuera ó sub-acromio-espinosa de Sedillot.

México, Abril 30 de 1868.

MANUEL S. SORIANO.

CIRUGIA PRACTICA.

HERNIA SCIATICA DEL LADO IZQUIERDO.

Alberta N., de cuatro meses de edad, de buena constitucion; sus padres están sanos; tiene un hermano de cuatro á cinco años que se halla en muy buen estado. Desde que nació notaron sus padres que tenia un tumor en la nalga del lado izquierdo. A pesar de esta deformidad la niña ha estado bien, está contenta, mama fácilmente, engorda y se nutre como si estuviera en pleno estado fisiológico. Sin embargo, sus padres están inquietos, porque notan que aunque lentamente, la deformidad crece. Dicen que cuando la niña hace algun esfuerzo el tumor se abulta y se pone mas duro. Cuando llora, asegura la madre que oye un ruido particular dentro del mismo tumor, y que si éste apoya sobre su brazo siente tambien en estos momentos una vibracion particular. La madre pasa un extremo de su rebobo por la entrepierna de delante á atras, y cubre con él todo el tumor para sostenerlo así, asegurando que de este modo no crece tanto con los esfuerzos.

Examinando á la niña se la encuentra bastante desarrollada y viva para la edad que tiene, y á primera vista se diria que está perfectamente sana. Cuando se la desnuda, llama desde luego la atencion un enorme tumor situado en la region glutea del lado izquierdo; tiene un volumen casi igual al de la cabeza de un feto de término; su forma es irregularmente la de un cono de corto eje, teniendo su base dirigida hácia adelante ó hácia la parte mas profunda de la region, y su vértice embotado hácia atras ó hácia la piel. La base del tumor tiene por límites los de la region glutea, pero hácia abajo destruye enteramente el pliegue que separa la nalga de la parte posterior del muslo: hácia adentro parece que em-

puja al ano á la derecha. La piel que cubre el tumor tiene el aspecto y la coloracion normal; sin embargo arriba y adentro, es decir, casi sobre el coxis, hay una mancha azulada oscura que parece formada por depósitos de pigmentum. La superficie del tumor es regular hácia la base de él, pero es abollada hácia el vértice. Estas abolladuras simulan enteramente á la que tiene una asa intestinal cuando está muy llena de gases. La consistencia varia en los diversos puntos de su estension, pero se puede decir que en general es un tumor blando y elástico; cede fácilmente bajo la presion de los dedos, pero vuelve á tomar su forma cuando ésta cesa. A nivel de las abolladuras se encuentra el máximo de la blandura elástica, hasta el punto que allí parece que la piel está adelgazada. En otros puntos se toca mayor resistencia, y hay algunos en donde se cree percibir bridas fibrosas. En ninguna parte hay fluctuacion, pero si se aplica una mano sobre un lado del tumor y si con la otra se dan golpes secos en el lado opuesto, se percibe una vibracion particular como si una ligera capa de líquido existiera entre el tumor y la piel. Examinado el tumor con una vela, se ve que es enteramente trasparente. No es posible limitar su base. La percusion me ha dado siempre un sonido macizo en toda la estension del abultamiento, á pesar de que lo he examinado en dos dias distintos. En el tiempo que han durado mis dos exploraciones, no he podido percibir de ninguna manera ruidos dentro del tumor, á pesar de que en una ocasion la niña evacuaba, pero durante el esfuerzo la resistencia aumentaba notablemente y el abultamiento parecia ser mayor. En las dos ocasiones que he visto á la niña me he llegado á convencer de que el tumor es irreductible, á lo menos en su totalidad: no podré decir si se reduce en parte, porque á veces me parecia que sí y á veces que no; pero sí puedo asegurar que por la taxis no disminuye el volúmen de una manera perceptible. He sabido que mi buen amigo el Dr. Clement ha visto á esta niña y que tampoco pudo obtener la reduccion. Por las diversas exploraciones que he hecho me he convencido de que no se desarrolla gran sensibilidad por la presion. Examinando las partes inmediatas, se nota que la estremidad inferior del coxis dista cosa de tres centímetros del borde posterior del ano; ademas esta estremidad inferior está volteada hácia atras y parece que todo el hueso participa de este movimiento de báscula. De manera que el ano está situado, relativamente, mas abajo que en el estado normal, mientras que el coxis parece que está dirigido hácia atras y arriba. Por último, el vientre parece estar menos abultado que lo que se ve habitualmente en los niños de esta edad.

¿Cuál es la naturaleza de este tumor? ¿Qué debe hacer el cirujano en el caso presente? He aquí, Señores, dos cuestiones para cuya resolucion invoco los conocimientos teórico-prácticos de las personas que me escuchan.

Todo el mundo convendrá en qué debemos hacer á un lado la suposicion de que se trate de un absceso ó de un tumor aneurismal, porque no hay ningun signo que nos lo haga sospechar. Tampoco puede tratarse de un tumor hiperplásico que tuviera su sitio en el espesor de la piel, en el tejido célula-adiposo ó en el muscular, porque ni la consistencia ni la profundidad á que llega su base corresponden á la elefanciasis parcial ó á un lipoma: la hiperplasia del tejido muscular no se ha observado hasta ahora. ¿Pero se tratará de una heteroplasia? Tampoco es creible, porque desde luego se nota que las degeneraciones no son comunes á la edad de nuestra enfermita: por otra parte, la falta de movilidad del tumor escluye enteramente la idea de una hiperplasia situada en la piel, en el tejido celular ó en el

muscular de la region. Si la degeneracion tuviera su sitio en el hueso, el tumor seria inmóvil; pero la consistencia no seria la que notamos, y aunque el tumor pudiera ser blando en algunos puntos, no lo seria en su totalidad, de manera que tampoco puede ser una heteroplasia huesosa. Tampoco puede ser un tumor erectil, por su perfecta transparencia.

¿Podrá ser un kiste simple ó algunas de sus variedades? Es decir, ¿será un kiste seroso, sebaceo, meloso, etc? ¿O será un kiste lleno de hidatides ó de restos de algun feto no desarrollado completamente? Véamos. No es probable que se trate de un kiste del primer grupo, porque por una parte estos kistes no penetran nunca hasta la profundidad á que ha llegado este tumor, y por otra falta la fluctuacion que tienen los kistes serosos ó la homogeneidad al tacto que dan los sebaceos, melosos, etc. Tampoco es creible que se trate de un kiste hidático, porque un kiste de esta naturaleza tiene cierta uniformidad de consistencia y produce el frotamiento hidático fenómenos que faltan en el caso presente. Si fuese un kiste que encerrara los restos de un feto, la palpacion profunda revelaria la existencia de porciones del esqueleto ó de las partes mas ó menos duras que formaban el feto: nada de esto se toca, luego no es kiste de esta especie.

Por otra parte, la profundidad, la inmovilidad del tumor, su aumento de volúmen y consistencia durante el esfuerzo, y por último la desviacion hácia atras del coxis, todo esto nos está diciendo que el tumor viene muy probablemente de la cavidad del vientre, en cuyo caso debemos suponer ante todo la existencia de una hernia, y de una hernia que se ha verificado por la escotadura sciática, supuesto que esta es la única abertura por donde pueden pasar las visceras ventrales para llegar á la region glutea. Esta hipótesis nos explica, ademas, el poco abultamiento del vientre en esta niña. La irreductibilidad del tumor no puede por sí sola alejar la idea de una hernia, pues de esta circunstancia solo se infiere que hay adherencias sólidas, ó con el cuello del saco ó entre las visceras validas unas con otras, y que por esta causa no pueden volver al lugar de donde salieron.

¿Cuáles son las visceras ventrales que han hecho hernia? O en otros términos. ¿Se trata de un epiplocele, ó de un enterocele, ó de una y otra cosa á la vez? ¿La vejiga está tambien en la hernia ó se halla en la cavidad abdominal?

Señores: la cuestion así puesta, aumenta las dificultades del diagnóstico; sin embargo, tratemos de apreciar algunos hechos. La consistencia pastosa y resistente que tiene el tumor en algunos puntos, así como la maces del sonido, hacen muy probable la existencia de una buena porcion del epiplon. ¿Pero ademas del epiplon, hay ó no asas intestinales? Desgraciadamente yo no he podido percibir los ruidos que la madre asegura que pasan en el tumor; pero si es cierto lo que dice, no queda ya duda de que existe tambien parte del intestino. Por otra parte, el volúmen del tumor hace muy probable esta última suposicion, porque es difícil comprender cómo el epiplon solo pudiera producir semejante tumor herniario en una niña de cuatro meses. Las abolladuras del tumor corroboran hasta cierto punto la idea de un enterocele. ¿Pero por qué la percusion dá un sonido macizo y no el timpánico propio de la masa intestinal? Confieso que el argumento es fuerte, y que él solo podia echar por tierra la idea de un enterocele; pero adviértase que solo dos ocasiones he observado á la niña, y que podria suceder muy bien que en aquellos momentos no hubiera gases en la porcion herniada de los intestinos. ¿No podrá suceder que el atascamiento de la hernia ú otra causa cualquiera hiciera, que en los momentos de la esplora-

cion faltasen los gases en aquellas asas intestinales? Sea de esto lo que fuere, creo que esta parte del diagnóstico se puede aclarar fácilmente repitiendo las observaciones, para apreciar algun borborismo ó para convencerse de que siempre falta el sonido timpánico. En el primer caso será seguro que hay enterocele, mientras que en el segundo se tendrá la convicción contraria. La administracion de algun purgante podrá apresurar esta aclaracion.

¿La vejiga forma parte de la hernia ó se halla en la cavidad del vientre? Yo me inclino á creer esto segundo, porque la chiquita guarda fácilmente la orina y la arroja sin ninguna molestia. Si la vejiga formara parte de la hernia, estaria desviada de su posicion normal y la espulsion de la orina se haria con mas ó menos dificultad: esto no sucede; luego es muy probable que este órgano se halle en la cavidad del vientre. La introduccion de una sonda por la uretra para explorar la cavidad de la vejiga, vendria á quitar todas las dudas.

En resúmen, creo que el referido tumor está formado por una hernia sciática, y que en ella hay una buena porcion de epiploon: sospecho que hay tambien algunas asas intestinales, y por último, creo que la vejiga está en el vientre y no en el tumor herniario.

Los casos de hernias sciáticas son muy poco numerosos en la ciencia, y por eso creo que el presente debe fijar la atencion de los prácticos que me escuchan. En los autores franceses que he consultado se refieren solo tres: uno observado por Bertrandi, otro por Camper y el tercero por Jones, que es del que hace mencion Cooper. Los autores alemanes, recorriendo los anales de la ciencia desde el año de 1750, citan otros seis casos ademas de los ya mencionados, y estos seis casos pertenecen á Papen, Bose, Lassuc, Schreger, Bezold y Monro. Se ve, pues, que esta variedad de hernias debe ser muy rara, supuesto que en mas de un siglo no se ha podido reunir ni una docena de hechos en todo el mundo médico. Nótese ademas, que muchos de los casos citados han sido de hernias que sólo se han diagnosticado en el cadáver.

El hecho que tengo el honor de presentar á la Sociedad tiene todavia otra particularidad, y es la de estar situada la hernia en el lado izquierdo, pues todos los autores están de acuerdo en decir que en el mayor número de casos la hernia ha existido del lado derecho.

¿Qué conducta debe observar el cirujano en el caso presente? Para resolver esta cuestion es para lo que mas necesito de la cooperacion de todos mis compañeros. Siendo imposible la reduccion de la hernia, no hay para qué ocuparnos del vendaje mas á propósito para mantenerla reducida. Será posible la curacion radical? Yo no lo creo: 1º porque siendo una hernia congénita y estando deformado en parte esta porcion del esqueleto, el buen resultado no podria ser muy duradero: 2º las grandes adherencias que debé haber entre las visceras herniadas con el cuello, harian casi imposible la reduccion aun despues de haber debridado la abertura: 3º la estrechez de la cavidad del vientre no permitiria que las visceras permanecieran mucho tiempo reducidas: por último, la profundidad de la abertura por donde han salido las visceras, ha de hacer que la operacion sea sumamente laboriosa.

En mi concepto, no queda otro recurso sino el de formar una cubierta sólida al tumor, para evitar así su crecimiento rápido.

México, Setiembre 2 de 1868.

MANUEL CARMONA Y VALLE.