

# GACETA MÉDICA

## DE MEXICO.

PERIODICO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la librería del Sr. D. José María Aguilar y Ortiz, 1.ª calle de Sto. Domingo núm. 5, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la librería de Aguilar y Ortiz. La suscripción es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

### SUMARIO.

Memoria sobre un nuevo método de tratar las hernias estranguladas, por el Sr. D. Luis Muñoz. —Revista científica extranjera.

Vista la suma importancia práctica del trabajo que se publica á continuacion, no he vacilado en suplicar á mi distinguido amigo el Sr. D. Lauro María Jimenez se sirviera permitirme reproducirle, tomándole del «Porvenir.»—J. M. R.

## CIRUGÍA PRÁCTICA.

Memoria sobre un nuevo método de tratar las hernias estranguladas.

*Les nombreuses variétés d'arrangemens réciproques et d'altérations organiques qui peuvent présenter les parties qui concourent à former les hernies font de la herniotomie une opération des plus délicates et des plus difficiles de la chirurgie.*

SANSON.

Cuando un cirujano experimentado es llamado para operar una hernia intestinal estrangulada lo que mas le preocupa es decidir con la presteza que se requiere qué debe hacerse en la porcion de intestino herniada, sobre todo cuando la estrangulacion data ya de algun tiempo.

En efecto; en esas circunstancias comunmente se encuentran en aquel órgano lesiones graves cuya importancia respecto de los resultados que pueda tener ulteriormente la operacion no pueden ser de pronto debidamente apreciadas.

Es verdad que la práctica parece estar fijada hace ya tiempo sobre este punto, absteniéndose todos de reducir solo en los casos en que esté decididamente gangrenado el intestino: es verdad también que los autores han puesto mucho empeño en señalar los verdaderos caracteres de la gangrena de este órgano, que han insistido en hacer observar que la coloración violada y aun de pizarra que suele encontrarse en él no es prueba evidente de aquella alteración, que la falta de pulidez en su superficie puede ser simplemente un efecto de la peritonitis que se ha desarrollado allí, y que solo deben considerarse como inequívocas cierta coloración amarillenta (*de feuille morte*) y la falta de resistencia de su tejido, pudiendo ocupar estas lesiones ó toda la asa intestinal herniada ó solo alguna porción de ellas.

Pero, en primer lugar, en muchos casos esas lesiones no siempre están tan caracterizadas que no vacile el operador respecto de la conducta que es de seguirse para no incidir en yerro, y, en segundo, es evidente que aun cuando el intestino en aquel momento no se halle gangrenado en totalidad ni parcialmente muy común es que se encuentre ya bastante enfermo.

Cuando no está claramente gangrenado el intestino que hace hernia todos los cirujanos lo reducen, á menos que presente perforaciones extensas y múltiples que dejen salir los gases ó los líquidos contenidos en su interior.

La frecuencia con que sucumben las personas á quienes se practica la herniotomía ha acreditado la opinión de que esta es una operación que compromete por sí misma la vida: mas esta opinión, segun lo que he visto en la práctica, no es verdaderamente aceptable, al menos en la generalidad de casos.

Lo que puede observarse todos los dias es que el resultado favorable ó adverso (cuando en la operación no sobreviene accidente alguno grave) esencialmente depende del estado en que se encuentra el intestino herniado, lo que es variable segun la violencia de la estrangulación y el tiempo que ha durado.

Como el hecho común es que no se recurra á la operación sino despues de haber perdido un tiempo precioso y de haberse empleado *inmoderados é imprudentes esfuerzos de taxis*, es muy general que en el momento de practicarla encuentre el cirujano que la porción de intestino herniada esté alterada ya.

Es cierto que en algunos enfermos que mueren pocos dias despues de haber sido operados se puede averiguar por la autopsia que la circulación se restableció convenientemente en aquella porción de intestino que parecia tan mala á primera vista, y que su aspecto y consistencia mejoraron considerablemente: en estos casos la muerte es atribuida á la peritonitis *exclusivamente*, y nadie que yo sepa se ha detenido á examinar si la flegmasia no se hizo mortal precisamente por haber reducido aquella asa intestinal en tal estado.

Pero no siempre mejora el de la porción de intestino herniada despues de reducida, como puede probarse con los enfermos que sucumben por derrames en el pe-

ritoneo á consecuencia de la gangrena total ó parcial que se verificó en ella después de reducida.

Esto pone en evidencia que al reducir una asa intestinal alterada así ningún cirujano puede afirmar que las lesiones que presenta en aquel momento no irán más allá, y que no pueda sobrevenir una inflamación que hallando las tunicas del intestino en ese estado no ocasione fácilmente su mortificación y consecutivamente la pérdida de los enfermos.

Antes de pasar adelante debo advertir que no hablo aquí de los casos en que se halla herniada solamente una porción de la circunferencia del intestino, ni de aquellos en que las lesiones que he mencionado son muy limitadas, aun cuando esté herniada una asa intestinal entera; la práctica hace ver todos los días que pueden reducirse en ese estado con ciertas precauciones procurando mantener en frente de la herida á la porción enferma; los esfuerzos de la naturaleza generalmente confinan muy pronto á aquella y las adherencias que se forman previenen la extensión de cualquier accidente á la fosa iliaca ó la cavidad del peritoneo. Me referiré solo á los casos en que existe una asa intestinal entera herniada y ésta presenta las lesiones sobre las que estoy llamando la atención.

Como venia yo diciendo antes, creo que en las circunstancias que he señalado se encuentran las verdaderas causas de tantos reveses como se registran después de la operación de la hernia estrangulada y que erradamente se quiere atribuir á la operación misma.

En mi concepto la costumbre de reducir toda asa intestinal herniada, sean cuales fueren las alteraciones que presente con tal de que no esté gangrenada, merece sujetarse al mismo exámen á que se sometió aquella otra de reducir sistemáticamente al epiplon en las heridas penetrantes de vientre.

La experiencia vino al fin á convencer á todos de que la reducción ocasionaba frecuentemente la muerte. Hoy es de precepto general no reducirle.

Aceptando este juicio surge inmediatamente en el ánimo la necesidad de pensar en la conducta que debe seguirse en los casos graves y dudosos á que me referí; es decir, en aquellos en que la asa intestinal herniada no esté evidentemente gangrenada sino muy enferma: en una palabra, ver si es posible salvar á muchos de esos enfermos que hoy sucumben, adoptando una práctica diversa de la que se acostumbra.

Habiéndome encontrado muchas veces en la situación penosa de hacer esta reducción en tales circunstancias y de ver morir á los enfermos algun tiempo después de la operación, y habiendo tenido ocasion de observar tambien diversas veces los buenos resultados que se obtienen después de la misma operación cuando el intestino se encuentra en otras más favorables, he acabado por convencerme de

que en los casos que señalo es preferible no reducirle, sino limitarse á desbridar el lazo constrictor y abrir el intestino cual si se fuera á establecer un ano anormal.

El temor de que obrando así pudiera quedar definitivamente el ano anormal espanta á los cirujanos por las molestias y sufrimientos que ocasiona á los individuos que lo padecen, y esa es en mi concepto la causa por la que se apresuran siempre á hacer la reduccion aun á pesar de estar el intestino en mal estado.

Comprendo que ese temor fuera una buena excusa para no obrar de otro modo cuando el ano anormal era considerado como incurable porque el arte no habia dado un paso adelante respecto de esta materia, ó posteriormente cuando las operaciones que se solian practicar para remediarlo eran tan peligrosas. Aun comprendo que los enfermos mismos prefiriesen la muerte á la posicion aislada y repugnante á que aquella enfermedad los condenaba; pero despues, cuando por los trabajos de Dupuytren todo ha cambiado, no puedo concebirlo; creo que por salvar á estos enfermos es permitido establecer de pronto una enfermedad capaz de curar en seguida.

No pretendo que se deje llevar á los enfermos esa desagradable incomodidad por algun tiempo; al contrario, vengo á proponer que inmediatamente que se establezca se intente el curarla para hacerla desaparecer lo mas pronto posible.

En los casos en que la hernia está formada por solo una parte de la circunferencia del intestino, aun cuando ésta se gangrene y le suceda un ano anormal, éste dura poco tiempo; basta una simple compresion para que el curso de las materias fecales continúe por el ano y algunos dias despues el ano anormal desaparece por completo.

Tal es el caso mas simple de la hernia intestinal estrangulada y del ano anormal que le sucede.

Si encontrásemos un modo de asimilar desde el momento mismo de su formacion los anos anormales que suceden á la pérdida completa de una asa intestinal con los casos de que acabo de hablar, empleando algun medio que no agravase la situacion de los pacientes, ya no se veria uno obligado á reducir porciones alteradas de intestino, sino que se estableceria desde luego un ano artificial de una duracion efímera y se garantizaria así la vida de muchos que hoy sucumben sin remedio.

He aquí el medio que propongo, que creo aplicable no solo á esos casos, sino tambien á aquellos en los cuales para todo el mundo es indispensable formar el ano anormal por hallarse gangrenado el intestino, y que tiene por mira principal intentar curar éste igualmente en el momento mismo que se establece.

En las circunstancias en que ha sido generalmente reconocida la necesidad de sacrificar una asa intestinal se han seguido diversos procedimientos. Algunos aconsejan que se haga la seccion de ella y se practique en seguida la enterotafia

para poder reducir luego al intestino; no falta quien haya recomendado la enterotomía, pero el modo es muy diverso del que propongo. Otros, fundándose en el peligro de los accidentes que puede ocasionar cualquiera operación en las circunstancias en que entonces se encuentra aquel órgano prefieren que se abra ampliamente para facilitar la salida de las materias y que se deje á la naturaleza el establecimiento de las adherencias necesarias para la formación del ano anormal.

Esta última es en efecto prudente, y, como se verá, se concilia bien con la práctica que creo debe adoptarse.

La persistencia del ano anormal es debida á la falta del infundíbulo ó á la imposibilidad de formarle, así como á la presencia del espolon (*eperon*). Cuando éste no existe casi, como sucede en los casos en que solamente se gangrena una parte de la circunferencia del intestino, el ano anormal, segun dije antes, cura pronto por medio de la compresion. Mas cuando toda una asa intestinal es destruida, los dos extremos del intestino terminan paralelamente en la abertura exterior como los dos cañones de una escopeta, no hay infundíbulo, el espolon es muy extenso. Destruir éste á fin de facilitar que aquel se forme prontamente es poner á estos enfermos en aquella posicion ventajosa en que se hallan los que solo perdieron una parte de la circunferencia del intestino.

Para lograr esto he hecho construir un enterotomo de una forma especial, que acompaño; él permite procurar la adhesion de los dos extremos del intestino y al mismo tiempo determina la pérdida de sustancia de una extension suficiente para asegurar el libre curso de las materias de uno á otro; siendo de advertir que no es necesario penetrar la porcion dentada sino aquella parte solo que se considere precisa segun los casos.

Esta forma evita los inconvenientes que presenta el de Dupuytren. Como este último obra linealmente, tiene que ser colocado á una gran profundidad; si se aplica en una corta extension las adherencias producidas por él fácilmente ceden y se rompen al cabo por el impulso de las materias que pasan con suma dificultad. Si se introduce demasiado se expone uno mucho á comprender entre los dientes del enterotomo á alguna asa intestinal que se halle interpuesta. Su forma misma permite que el instrumento vacile, lo que puede producir alguna desgarradura. Finalmente, los bordes de la seccion linear que produce el enterotomo de Dupuytren pueden quedar supurando, y como están tan próximos se ha observado ya algunas veces que han vuelto á unirse de dentro hácia fuera quedando por lo mismo nulificada la operacion.

Tales son los inconvenientes que me he propuesto remediar con mi enterotomo. Este instrumento no requiere introducirle á una gran profundidad; puesto una vez, queda fijo sólidamente y no puede ocasionar desgarraduras; por último, la amplia superficie del tabique que sustrae determinando la aglutinacion del resto

de él; á mas de que amplía la abertura, evita que ésta desaparezca con el tiempo. Las heces no pueden encontrar obstáculo en su marcha.

La aplicacion de mi instrumento es bastante sencilla; desbridado moderadamente el lazo constrictor (anillo apeneurótico ó cuello del saco) se introduce en uno de los extremos del intestino un gorguereto apropiado que sirva de conductor á una de las ramas del enterotomo; en seguida se introduce la segunda del mismo modo en el otro extremo, y luego se articulan entre sí. Ya está dicho que la profundidad á que debe introducirse queda al arbitrio del operador; pero creo que basta que obre en las tres cuartas partes de su porcion dentada (Dupuytren introducia el suyo á seis pulgadas). Cada dia debe irse aumentando gradualmente la presion ejercida por la pinza sobre el intestino, cual se practica con el enterotomo de Dupuytren, hasta que el instrumento se desprenda por sí solo; á cuya época están ya establecidas adherencias bastante sólidas.

Son bien conocidos los felices resultados que obtuvo Dupuytren de la aplicacion de su enterotomo.

En sus lecciones orales refiere que de 1813 á 1824 lo habia aplicado él mismo en cuarenta y un casos de ano anormal. A estas observaciones reunió otras veinte recogidas por varios cirujanos; entre otros por Mr. Lallemand de Montpellier. En las tres cuartas partes de estos casos la operacion fué practicada á enfermos que tuvieron gangrenas consecutivas á hernias estranguladas; la otra cuarta; á individuos que tenían un ano anormal á consecuencia de heridas con pérdida de una porcion mas ó menos considerable de la pared del intestino.

De los cuarenta y un operados por Dupuytren solo tres sucumbieron; uno á consecuencia de un presumido derrame de materias estercoreas en el abdomen; otro por una indigestion, y el tercero por una peritonitis intensa.

Si se pone á un lado, dice Dupuytren, al enfermo que sucumbió por la indigestion, se convendrá en que esta operacion expone muy poco la vida de los enfermos; habiendo mucha diferencia entre estos felices resultados y los que se observan en otras grandes operaciones de cirugía.

Otros cirujanos han practicado despues dicha operacion y los resultados han sido siempre semejantes á los obtenidos por Mr. Dupuytren.

Yo mismo he tenido ocasion de observar atuf sus buenos efectos.

Hace ya algunos años que entró á mi servicio de cirugía en el hospital de San Andrés un soldado con una hernia inguinal estrangulada y gangrenada.

Habiéndome limitado como se practica en esos casos á abrir ampliamente al intestino para facilitar el curso de las materias fecales, despues de la eliminacion de todos los tejidos gangrenados quedó prontamente establecido un ano anormal.

En ese estado salió el enfermo del hospital, pero volvió á él tres ó cuatro meses despues urgido por las molestias que le ocasionaba su enfermedad y solicitaban

do se le hiciera la operacion que le habiamos propuesto, mediante la cual le habiamos dicho podria quedar enteramente bueno.

Le apliqué en efecto el enterotomo de Dupuytren en presencia de varias personas con el mas feliz resultado, y á los pocos dias estaba ya ampliamente restablecida la comunicacion entre el extremo superior con el inferior: las materias fecales que durante algun tiempo salieron en totalidad por el ano anormal recobraron su curso ordinario; ningun accidente sobrevino; el ano anormal se fué gradualmente estrechando y por último quedó reducido á un orificio fistuloso sobre el cual establecimos una compresion apropiada: este enfermo no quiso ó no pudo permanecer mas tiempo en el hospital, pero salió de allí considerándose curado y muy satisfecho de su nueva situacion.

Los Sres. D. Juan María Rodriguez y D. Manuel Dominguez, alumnos entonces de la Escuela de Medicina, siguieron esta observacion, y recuerdan hoy el buen resultado que tuvo en ese caso la aplicacion del enterotomo de Dupuytren.

La frecuencia con que sucumben muchos enfermos operados por una hernia estrangulada ha hecho en todos tiempos que varios cirujanos repugnen llegar á ese extremo, y por lo mismo le retardan prefiriendo emplear solo la taxis ó la compresion.

Ese mismo temor se revela en la práctica recomendada antiguamente por Francisco Ambrosio Paré y Petit, y últimamente por Mr. Key.

Estos cirujanos aconsejan desbridar sin abrir el saco, fundándose en que la abertura de éste, la exposicion al aire de las partes constituyentes de la hernia, y su reduccion despues de esto, provocan peritonitis graves seguidas de un grande aniquilamiento de fuerzas y de la muerte de los enfermos.

Seria lógico atribuir estos funestos accidentes á esa operacion si se viera que sobrevenian constantemente despues de ella, y si, por otra parte, no se observara que se desarrollan idénticos en individuos afectados de hernia estrangulada y á quienes ni aun se han dividido los tegumentos.

¿Quién no ha visto enfermos de esta clase para los que fué declarada necesaria la operacion, pero que por dejar pasar algunas horas cuando ha ido á practicárseles se encuentran agonizantes bajo la influencia de los accidentes mismos que han sido atribuidos por algunos á la abertura del saco, situacion que necesariamente detiene la mano de los operadores?

Tales accidentes son, pues, inherentes á la enfermedad misma, y no son precisamente provocados por la herniotomía. Si ésta se practica cuando aquellos han adquirido grande intensidad lo comun es que el enfermo sucumba, y todo lo que puede decirse entonces es que la operacion resultó inútil.

La verdadera causa de que la operacion no salve al enfermo en muchos casos

es, como dije desde el principio, que generalmente se recurre á ella demasiado tarde.

Comprueba este juicio el que cuando no se ha dejado pasar mucho tiempo y que por consiguiente el intestino no se halla gravemente alterado, ni ha sobrevenido todavia esa grave y profunda depresion de las fuerzas generales que se observa cuando la estrangulacion no ha sido debidamente combatida, la abertura del saco y la reduccion del intestino son generalmente seguidas de un resultado próspero. En confirmacion de esto podria citar varios hechos que me son personales, pero me contentaré con mencionar dos de los mas recientes.

El primero es relativo á una mujer, Guadalupe Franco, que entró al hospital de San Andrés el dia 26 de Mayo del corriente año y ocupó la cama núm. 16 de la sala de Cirugía de mujeres. Llevaba una *hernia crural epiploica*, estrangulada hacia cuarenta y dos horas poco mas ó menos. Desde el principio tuvo un dolor violento en el tumor herniario que se fué propagando á todo el abdómen, desarrollándose poco despues una verdadera peritonitis: tenia basca, vómitos frecuentes, primero biliosos, despues de materias fecaloides, hipo tenaz, descomposicion de la fisonomía, expresion de una angustia extrema; no habia sin embargo enfriamiento de la piel, sino mas bien reaccion febril manifestada por el calor general exagerado y por la frecuencia del pulso, el cual al mismo tiempo era pequeño: no existia esa profunda adinamia en que vienen á caer estos enfermos cuando se les abandona.

Considerando el tiempo que habia trascurrido, la inutilidad de los repetidos esfuerzos de taxis que se me dijo le habian estado practicando, y la gravedad de los accidentes que presentaba en aquel momento, juzgué que debia proceder inmediatamente á la operacion.

Lo hice así, en efecto: descubierto el intestino encontré que estaba de un color rojo livido y que su cubierta peritoneal presentaba en algunos puntos pequeñas erosiones, en cuyo fondo se podian distinguir las fibras musculares subyacentes: un pequeño coágulo sanguíneo del tamaño de un garbanzo pequeño se hallaba libre dentro del saco.

No me creí autorizado para hacer la seccion de la asa herniada, porque no habia en ella verdaderas perforaciones que dejaran salir gases ó líquidos estercorales; el intestino conservaba su renitencia por todas partes; no habia en realidad gangrena, ni aun en placas.

Despues de haber procedido respecto del epiploon como diré mas adelante, reduje al intestino con la esperanza de que aquellas erosiones del perineo cicatrizarian pronto.

Aproximados simplemente los labios de la herida por medio de tiras de tela emplástica, se aplicó un vendaje en espiga y se condujo á la enferma á su cama.

No es mi ánimo exponer aquí minuciosamente el tratamiento á que la sujeté: la observacion detallada se presentó ha poco á la Sociedad Filoiátrica y debe ser publicada próximamente: solo diré, por lo que importa actualmente á mi objeto, que no se le administró purgante alguno en consideracion al estado del intestino.

Trascurrieron algunos dias, durante los cuales persistió la peritonitis que traia ya la paciente, aunque gradualmente fué cediendo y acabó por circunscribirse á la parte inferior del lado izquierdo del abdómen, lugar correspondiente á la hernia operada: á los cinco dias de la operacion se observó que salia por la herida un líquido amarillo cuya cantidad fué aumentando, y despues materias estercoreales: éstas no dejaron de venir por el ano, pero durante algunos dias salieron casi en totalidad por la herida: este accidente que molestaba mucho á la enferma por las extensas escoriaciones que ocasionara en los tegumentos vecinos fué racionalmente atribuido á que con posterioridad se habia hecho una perforacion algo extensa en la parte del intestino cuya cubierta peritoneal encontramos desgarrada, pues en los primeros dias nada habia salido por la herida.

Es de creerse que sobrevino una inflamacion en aquellos tejidos, inflamacion que por hallarse alterados ya, no pudieron resistir y se enfaclaron.

Establecí una compresion prudente sobre la herida, que fué aumentando por grados, y poco á poco las materias fecales fueron saliendo por allí en menor cantidad lográndose al cabo que ya no salieran para nada y que cicatrizara perfectamente la abertura: ningun orificio fistuloso quedó en el lugar de la herida.

Esta enferma salió del hospital perfectamente curada, el dia 29 de Julio, pero hubiera podido salir quince dias antes: la detuve ese tiempo para observar si sobrevenia algun accidente.

A pesar de tan brillante éxito no puede ponerse en duda que esa enferma corrió el grave peligro de sucumbir por un derrame estercoreal que hubiera podido hacerse en la cavidad del peritoneo si préviamente no se hubiesen formado adherencias que lo impidieran.

Se ve tambien por este hecho que hay grave peligro en reducir á un intestino que se halle en cierto estado de alteracion, aun cuando ésta parezca limitada á solo la túnica peritoneal, y aun cuando no haya gangrena ni perforaciones.

Pocos dias despues de esa operacion, mi amigo el Sr. D. Juan María Rodriguez y el Sr. D. Jesus Hernandez me llevaron á ver á una enferma que estaban asistiendo en la garita del Niño Perdido, afectada igualmente de una *hernia crural entero-epiploica estrangulada*, en el lado izquierdo.

Dichos señores habian ya agotado los medios prudentes apropiados para hacer cesar el estrangulamiento sin haberlo conseguido, y habian propuesto la operacion á la familia.

En vista de esto, y examinadas bien todas las circunstancias convine en la necesidad de recurrir á ella. Sin pérdida de tiempo la propusimos á la enferma y habiéndola aceptado procedimos á practicarla inmediatamente.

Como la estrangulacion habia durado en este caso menos tiempo que en el anterior, encontramos al intestino en mucho mejor estado: lo redujimos despues de haber desbridado convenientemente el anillo crural que era el que ejercia la constriccion sobre los órganos herniados.

Esta enferma es de edad avanzada y de mala salud; mas como fué operada muy á tiempo no hubo lugar á que se desarrollaran en ella lesiones graves. Hubo síntomas de peritonitis, aunque no intensos, y reaccion general.

Despues de la operacion, por los cuidados que los Sres. Rodriguez y Hernandez continuaron prodigando á la enferma comenzó á aliviarse hasta que curó completamente. Ningun accidente sobrevino y la herida se halló completamente cicatrizada á los veinte dias.

En ambos casos pudimos convencernos cuando fué abierto el saco de que la constriccion ejercida por el anillo era tal, que el desbridamiento era preciso.

Para completar lo relativo á la parte operatoria expondré lo que se hizo con una porcion considerable de epiplon que en ambos casos se encontraban en el saco herniario.

Distendido éste lo fuí ligando por pequeñas porciones que cortaba en seguida hasta separar toda aquella masa. Este modo de proceder es violento, asegura contra el peligro de una hemorragia, y jamas he visto que ocasionase alguna inflamacion que se comunique al resto del epiplon; ademas, evita dejar en la herida una gran masa de tejidos que pueda alterarse por el contacto del aire y causar algunos accidentes. La cicatrizacion se hace entonces tambien con mucha mayor rapidez.

Si algunos hechos hay que prueben ciertamente que la operacion de la hernia estrangulada por sí misma no es tan grave, son estos sin duda. Ellos convencen de que la gravedad depende mas bien, en los casos desgraciados, de que se retardó demasiado aquella, y en algunos, segun mi opinion, de que se redujo un intestino bastante enfermo ya, aun cuando todavia no se halle gangrenado.

Respecto de la influencia que pueda tener en el resultado de la operacion la oportunidad con que se recurra á ella, Mr. Nélaton emite su parecer en las siguientes palabras:

« Cuando una hernia, dice, está estrangulada, y no ha podido ser reducida por la taxis, es preciso operar: jamas podriamos insistir demasiado respecto de esto, porque es constante que cualquiera retardo disminuye las probabilidades de buen éxito y que las tentativas inmoderadas de taxis, determinando la contusion y la

*« inflamacion del intestino, colocan al enfermo en condiciones cada vez mas desfavorables. »*

No es siempre al cirujano á quien debe inculparse de las consecuencias de esas operaciones retardadas: sucede con frecuencia que no es llamado con oportunidad. Es muy comun que encuentre entonces esas lesiones graves de los intestinos sobre las cuales llamo hoy muy fuertemente la atencion. Estas lesiones, repito, no desaparecen precisamente porque se haya hecho el desbridamiento y en seguida la reduccion del órgano herniado; pueden progresar á pesar de todo y ocasionar la muerte, ó cuando menos ser el motivo de padecimientos sobremanera sérios.

Si no temiera hacer demasiado extenso este artículo, citaria aquí algunas observaciones que se encuentran diseminadas en los autores y que nos presentan el panorama de los peligros á que quedan expuestos estos enfermos, peligros que se realizan en muchos casos mas ó menos tiempo despues de la operacion.

Consta por ellas que en algunos se ha verificado una perforacion que dejando derramar las materias fecales en el peritoneo han causado una muerte violenta.

En circunstancias mas felices algunas adherencias que se formaron oportunamente pudieron prevenir aquel fatal término, mas no evitaron la formacion de un ano anormal.

Se han observado casos en que habiéndose hecho las perforaciones despues de cerrada la herida han originado infiltraciones estercoreales mas ó menos extensas y de graves consecuencias.

No es esto todo: el trabajo de cicatrizacion que sucede á estas perforaciones puede dejar tras de sí todas las consecuencias de los estrechamientos de los intestinos.

En algunos enfermos aun ha llegado á imposibilitarse casi completamente el curso de las materias sobreviniendo náuseas y vómitos, en cuyos esfuerzos se ha producido la rotura del intestino dilatado arriba del obstáculo y consecutivamente la muerte.

Casos ha habido en los que el cirujano se ha visto precisado á abrir al intestino para hacer cesar los accidentes.

Por tanto, creo que la manera de proceder que propongo es digna de ser tomada en consideracion, ya en estos casos, ya en aquellos en los que todos reconocen la necesidad de establecer el ano anormal.

¿Habrá algun inconveniente en aplicar, como aconsejo, inmediatamente mi enterotomo?

No comprendo qué motivo haya para que los enfermos se agraven por la aplicacion de este instrumento, que puede hacerse manejando muy poco los intestinos y evitando el acceso del aire en la cavidad abdominal.

Ninguna comparacion puede establecerse bajo este respecto entre la aplicacion

de mi instrumento y la excision de una asa intestinal seguida de la enterografía, porque esto requiere hacer salir una porcion mayor de intestino para cortarlo en una parte sana, manejarlo mucho en seguida, y reducirlo despues de haber estado expuesto al aire, con los peligros subsecuentes de la posibilidad de un derrame en la cavidad del peritoneo. Esta es, sin embargo, una operacion autorizada en la ciencia.

Por otra parte: si es un hecho constante que la constriccion ejercida por el enterotomo dá lugar á una inflamacion adhesiva que se extiende solo á algunas líneas, no puede haber temor de que vaya á agravar la peritonitis existente ya, como parece suceder realmente por la reduccion de una asa intestinal gravemente enferma.

Ya he dicho que cuando se aplica el enterotomo en individuos que llevan un ano anormal despues de algun tiempo, no parece exponer en lo mas mínimo por su accion local á la peritonitis.

Mr. Dupuytren se expresa así respecto de este importante punto:

«A primera vista seria natural temer una enteritis ó una peritonitis, y, sin embargo, ésta no se observa casi nunca: admira ver que se pueda contundir al intestino en un espacio de cerca de seis pulgadas sin que resulte ningun accidente.»

Y en otro lugar añade:

«Todos podrian creer, de pronto, que la accion del enterotomo presenta peligros: es muy raro, sin embargo, que los enfermos resientan otra incomodidad que débiles dolores en el momento de su aplicacion; los experimentos hechos sobre animales habian desvanecido ya esos temores; los resultados obtenidos sobre el hombre los han disipado por completo.»

Yo mismo he tenido lugar de verificar prácticamente estas aserciones de Dupuytren.

No es difícil que haya quienes tengan sus dudas sobre si se podria contar con esa misma inocuidad en medio de las circunstancias que acompañan á una hernia estrangulada.

No veo, segun dije antes, por qué debiera ser considerada como menos peligrosa la enterografía en idénticas circunstancias, pues en estos casos la inflamacion no se limita á la asa herniada sino que se extiende mas ó menos al extremo superior: por lo mismo, ó se sacrifica una porcion considerable de este órgano, ó se practica tal vez la seccion y la sutura sobre tejidos inflamados que podrian desgarrarse fácilmente: las maniobras que exige la enterografía hechas sobre un intestino inflamado, y su reduccion en este estado á la cavidad del peritoneo (que muy comunmente se halla tambien inflamado), el acceso del aire que es entonces tambien mucho mas fácil en esa cavidad, son circunstancias que exponen á los mayores peligros.

Ademas, no siempre es practicable esa operacion; porque hallándose dilatado el extremo superior y estrechado el inferior se hace imposible ó muy difícil la invaginacion del intestino. Es muy sabido que por tal circunstancia Boyer no pudo concluir una de estas operaciones.

Esto explica por qué la generalidad de los operadores reduce á todo evento al intestino cuando no está gangrenado decididamente, prefiriendo establecer un ano anormal en el caso contrario.

Semejantes á las ideas que he emitido eran las de Dupuytren, conforme se puede ver por las siguientes palabras que copio de sus Lecciones orales:

«Despues de las gangrenas de las hernias intestinales, la incision del intestino, el desbridamiento y la formacion de un ano anormal, constituyen tambien operaciones mas ventajosas y mas seguras que la excision de las partes gangrenadas, la destruccion de las adherencias establecidas por la naturaleza entre éste y las aberturas abdominales y la práctica de las invaginaciones.» (1)

¿Seria mas ventajoso, acaso, establecer de pronto el ano anormal, y esperar en seguida á que haya pasado algun tiempo para la aplicacion del enterotomo?

Creo que esto seria perder inútilmente el tiempo, porque á medida que éste pasa sobrevienen circunstancias que hacen mas penosa la operacion.

En efecto; los tejidos se infiltran, se inflaman por el contacto de las materias estercoreales, la abertura se estrecha, el calibre del extremo inferior disminuye rápidamente, sus paredes se adelgazan, y á veces es muy difícil hallar su abertura: á mas, los dos extremos pueden quedar dispuestos de un modo muy desfavorable para la aplicacion del enterotomo, y por lo mismo se corre mucho mayor peligro de comprender en la pinza alguna otra asa de intestino que esté interpuesta.

Si se deja pasar mayor tiempo los enfermos quedan sujetos á estar experimentando todos los inconvenientes del ano anormal: escoriaciones extensas de los tejidos, erisipelas, invaginaciones y aun estrangulacion de la porcion invaginada, y tambien desde el principio la rotura de las adherencias establecidas entre el intestino y la pared abdominal á consecuencia de la traccion del mesenterio, que puede dar lugar á infiltraciones estercoreales y aun á derrames mortales en la cavidad del peritoneo como sucedió en dos de los casos citados por Dupuytren.

Debe notarse, de paso, que la alimentacion abundante recomendada por Louis para conseguir la curacion espontánea del ano anormal, porque favorece la retraccion del intestino, debe exponer tambien á este último peligro, sobre todo en caso de que sean débiles las adherencias.

Igual cosa debemos decir de la compresion que se practica sobre el ano anor-

---

(1) Lecciones orales, tomo 2º, pág. 218.

mal siempre que no exista de antemano una comunicacion franca entre ambos extremos, sin contar con que muy comunmente no es soportada entonces por los enfermos pues les sobrevienen basca, vómitos, cólicos, hipo, etc., que obligan á suspenderla.

Ademas, como dice Nélaton, á veces se presentan complicaciones que no pueden preverse y que hacen al ano anormal inaccesible á todos los tratamientos.

En un caso observado por Mr. Velpeau, este profesor encontró en la paciente la disposicion que sigue:

El borde convexo del extremo superior estaba adherido solo en parte detras del anillo del ano anormal; el otro extremo estaba separado de allí mas de una pulgada, y sin embargo no se había hecho ningún derrame en el abdómen; el epiploon, por una parte, una asa intacta del intestino, por la otra, y una falsa membrana, se habian aglutinado como para completar al canal hasta el ombligo. Así, las materias que no habian cesado nunca absolutamente de pasar al ciego antes de salir por la herida, ó de pasar al extremo inferior, estaban obligadas á resbalar sobre esta especie de plano accidental. El seno correspondiente al lado mesentérico ó á la cara profunda de esta aglomeracion de órganos estaba lleno por otra porcion de intestino delgado fuertemente codado y soldado de un modo muy sólido á los puntos sobre los cuales hubiera debido ser aplicado el enterotomo. Se ve por esto, dice Mr. Velpeau, que no solamente habria sido difícil obrar sobre el espolon (eperon), sino que, ademas, obrando sobre este tabique se habria comprendido inevitablemente una nueva asa de tubo alimenticio y hecho perecer á la enferma.

Hay que añadir á lo expuesto, que cuando se cura un ano anormal reciente se tiene mayor seguridad de que no quede despues alguna abertura fistulosa, cual suele suceder respecto de aquellos que han durado mas tiempo.

De treinta y ocho enfermos de que habla Dupuytren en sus lecciones orales y que fueron operados del ano anormal, nueve conservaron aberturas fistulosas mas ó menos extensas por donde salian gases, mucosidades, bílis y materias esterco-  
rales.

Este mismo autor hace notar que es muy difícil conseguir la cicatrizacion de esas aberturas: la excision de sus bordes, la reunion por medio de la sutura, las cauterizaciones repetidas, aun instrumentos especiales imaginados para mantenerlos en contacto, todo es generalmente inútil.

Por lo dicho se ve cuántos peligros ó inconvenientes desaparecerian recurriendo al enterotomo desde el principio.

Nadie podrá pretender que los enfermos á quienes se aplique mi enterotomo en los términos que indico deban necesariamente escapar á la muerte, porque ademas de que todas las grandes operaciones de cirugía pueden ser seguidas de ella,

existen en los enfermos de que nos ocupamos lesiones bastante graves para ocasionarla, aplíquese ó no el instrumento.

Todo lo que puede exigirse es, que asociando la enterotomía á la herniotomía en los casos graves que he señalado disminuya el número de muertos relativamente de modo que no puedan ponerse en duda sus ventajas.

No me parece inútil advertir que seria irracional aplicar el enterotomo á personas cuyas fuerzas generales se encontrasen profundamente aniquiladas y cuyo estado general revelara ya una extrema gravedad, pues como se comprende solo deben emplearse entonces los medios generales apropiados para ver si se logra procurar una reaccion favorable.

Tampoco debe aplicarse sobre tejidos gangrenados ya ó próximos á gangrenarse, porque serian prontamente destruidos y se haria un derrame en el peritoneo.

Siendo un hecho que la gangrena suele extenderse al intestino mas allá de la asa herniada, debe examinarse ésta cuidadosamente antes de aplicar el instrumento. Es prudente que el enterotomo no penetre á una gran profundidad; bastará que obre en las tres cuartas partes de su porcion dentada. Ese es precisamente uno de los objetos porque le he dado la forma que tiene, pues aunque obre á una profundidad moderada puede producir una pérdida de sustancia suficiente para encaminar las materias del extremo superior al inferior. El paso de ellas y la traccion del mesenterio establecerán el infundíbulo, que como se sabe se forma por la traccion que se ejerce sobre el saco herniario.

Conviene tambien que la constriccion se vaya aumentando poco á poco y muy gradualmente, aunque el instrumento tarde en caer algo mas.

La herida debe quedar francamente abierta para que las materias tengan fácil salida por ella y no pesen fuertemente sobre el lugar en que se halle implantado el enterotomo. Caido éste, se aproximarán poco á poco los lábios de la herida y se aplicará un simple vendaje contentivo. Ninguna compresion propiamente dicha deberá emplearse sino cuando haya pasado tiempo suficiente para que las nuevas adherencias adquieran la solidez necesaria. Este medio podrá bastar entonces para conseguir la completa cicatrizacion de la herida, como basta generalmente en los casos en que se ha perdido solo una parte de la circunferencia del intestino.

México, 15 de Setiembre de 1872.

LUIS MUÑOZ.

---