

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

CLINICA EXTERNA.

---

Hernia inguinal estrangulada, quelotomía, resección intestinal, extirpación del saco.  
Curación.—Consideraciones.

---

Trabajo reglamentario leído en la Academia N. de Medicina el día 24 de Mayo de 1893  
por el Dr. Fernando Zárraga.

**E**L 21 de Enero del presente año ingresó á mi servicio en el hospital "Juárez" Miguel Cadena para curarse de un estrangulamiento herniario, según el diagnóstico hecho por el Sr. Dr. Ignacio Ocampo en la Cárcel de Belem, de donde se remitía este enfermo. La hora avanzada en que llegó al establecimiento me impidió examinarlo ese mismo día. El practicante de guardia hizo una tentativa de taxis sin anestesia y no obtuvo resultado alguno. Al día siguiente no concurrí al hospital por enfermedad y ni mi practicante ni el de guardia pidieron el auxilio de un compañero que pusiera remedio á aquella situación; así es que hasta el lunes 23 no ví á este enfermo al cual el día anterior se le había administrado belladona y bromuro de potasio al interior, se le habían dado dos baños tibios prolongados y se le había hecho una nueva tentativa de taxis sin resultado tampoco.

Cadena es un hombre joven pues apenas tiene 26 años, es de Acámbaro y carpintero de oficio. Llevaba su hernia desde hacía diez años y el sábado 21 por la tarde, á las dos, al hacer un esfuerzo, sintió que ésta salía más que otras ocasiones y que desde luego se le puso dolorosa sin que

consiguiera reducirla. Cuando lo examinamos estaba en un grito por su dolor que se exacerbaba cuando venían las contracciones intestinales, que eran tan intensas que dibujaban las asas bajo la pared abdominal. La cara revelaba el sufrimiento, sus facciones estaban contraídas, y los ojos hundidos. El pulso era frecuente y en el lado derecho en la región escrotal se veía un tumor oval del tamaño de un puño que destendía la bolsa correspondiente, tumor renitente hasta parecer duro, mate á la percusión y ligeramente sonoro en la vecindad del estrangulamiento, tumor irreductible como lo demostraban las dos tentativas de *taxis* que se habían practicado. Cadena tenía vómitos frecuentes que alimenticios en un principio eran biliosos en el momento del examen. No había arrojado por el ano ni materias excrementicias ni gases.

El diagnóstico con tal cuadro se imponía, había todos los datos de un estrangulamiento herniario, existía un tumor grande en la bolsa del lado derecho que reductible habitualmente había dejado de serlo desde hacía 44 horas; no existía ninguno de esos tumores abdominales ni retención de orina que fueran causa de oclusión y que hubieran traído como consecuencia el aumento de la hernia. El sitio de la hernia la hacía clasificar de precisión entre las inguinales y su volumen y situación entre las oblicuas externas.

Nuestro propósito desde luego fué emprender una *Quelotomía* pues habiendo trascurrido tanto tiempo no podíamos pensar en una tentativa de *taxis*. Gosselin, Berger, Barette y todos los que especialmente se han ocupado de este asunto están conformes en operar desde luego siempre que hayan pasado más de 24 horas. Esta prescripción ha adquirido más fuerza desde que existe la antisepsia y desde que por tanto ha mejorado el pronóstico de la *Quelotomía*.

Así pues, acompañado de mis estimables compañeros los Dres. Noriega y Garay, así como de los practicantes Sres. Villegas y Hernández, procedí después de rasurada y hecha la desinfección de la región á descubrir el saco dividiendo como se aconseja capa por capa. Una vez que llegué á él, un pequeño corte con la tijera dió salida á cierta cantidad de serosidad sanguinolenta, dividí el saco y vimos que sólo estaba ocupado por una asa intestinal como de 25 centímetros, y que la causa del estrangulamiento radicaba en el cuello del saco el cual fué debridado hacia arriba, siguiendo los consejos de Tillaux. Una vez quitado el estrangulamiento y lavada el asa cuidadosamente vimos que ésta estaba violácea, casi negra, que sus paredes estaban infiltradas de sangre, que el peritoneo se

desprendía en pequeños colgajos, y en tal virtud juzgamos prudente no reducir aquella asa, decidiéndonos á resecarla, procediendo después á la enterorrafia. Adelante diré las razones que tuvimos en cuenta para proceder de esta manera.

Para seguir esta conducta sacamos un poco más de intestino y vimos que de un lado este órgano estaba más grueso y llevaba allí el apéndice cecal perfectamente característico. Lo gangrenado era pues la última porción del ileon y caíamos exactamente sobre la válvula ileo-cecal. Antes de cortar el intestino y para dividir con comodidad el mesenterio, pusimos una sutura en cadena en forma de V. Procedimiento que recomiendo, pues en dos resecciones anteriores hice la incisión como se recomienda tomando los vasos con pinzas de forcipresura y este proceder alarga extraordinariamente la operación por el sinnúmero de ligaduras que hay que practicar.

Una vez dividido el mesenterio cortamos el intestino, lavamos sus cabos y pusimos 26 puntos de sutura de Lembert en 2 planos, después de haber suturado el mesenterio. Redujimos el asa y procedimos á la disección del saco siguiendo los consejos de Championnière, y cuando ya juzgamos que la disección se había llevado bien arriba, ligamos el cuello con dos ligaduras entrecruzadas, quitamos el saco, cauterizamos el corte con solución fuerte fénica, suturamos el canal inguinal é hicimos después la sutura de los tegumentos, habiendo tardado en esta operación hora y media desde que se tomó el bisturí hasta que quedó colocado el apósito.

El enfermo fué sometido á una abstinencia absoluta de alimentos, á  $\frac{1}{2}$  centígramo de extracto de opio cada hora y á trozos de hielo. Durmió la primera noche, su estado general era bueno al día siguiente, su lengua húmeda y su temperatura de  $37^{\circ}$ . El 24 siguió su estado satisfactorio, temperaturas de la mañana y de la tarde  $37^{\circ}$  y  $37^{\circ}5$ . El 25 amanece bien, siente hambre horrorosa y reclama alimentos. Una taza de leche en cucharadas fué lo prescrito. Esa tarde la temperatura fué de  $38^{\circ}7$ , se quitó el apósito y se vió que uno de los puntos de sutura superficiales é inferiores había supurado; se quitó, salieron unas gotas de supuración y la temperatura no volvió á elevarse hasta el 1<sup>o</sup> de Febrero.

De allí en adelante se le aumentaron sus alimentos, primero se le sujetó á leche pura que se le fué aumentando progresivamente, después se le dió caldo, huevos y pan y por último vinieron las sopas y las carnes.

Al sexto día defecó abundantemente y de una manera espontánea y lo siguió haciendo en lo sucesivo con toda regularidad como si aquel intestino no hubiera sufrido tamaño traumatismo.

El 1º de Febrero volvió á elevarse la temperatura á 38°3 y al hacer la curación vimos que en el fondo de la herida que se había abierto cuando quitamos el punto de sutura, asomaba uno de los hilos profundos de los que nos habían servido para suturar los pilares; lo quitamos, la temperatura volvió á bajar y el enfermo caminó admirablemente en lo sucesivo, engordando á ojos vistos y sin contratiempo ninguno. La herida superficial marchaba bien y la cicatrización era perfecta en toda ella excepto en el ángulo inferior por donde salía siempre una pequeña cantidad de supuración. Comprendí que alguno de los hilos era la causa de aquella falta de cicatriz y en los primeros días de Abril debridé la cicatriz y extraje los hilos sueltos ya, que habían servido para la ligadura del saco y que se reconocían en que estaban formando cadena. Suté la herida y curé tan antisépticamente como es posible en aquel hospital. El enfermo fué llevado á la sala y acostado sin que yo lo supiera en el mismo colchón en donde había estado algunas horas un erisipelatoso. A los tres días el enfermo tenía esta afección en su escroto, temperatura de 40°2, y su estado era inquietante, fluctuó con temperaturas elevadas durante seis días y terminó aquello acarreado la gangrena del escroto. Este accidente en vía de reparación es lo que aun lo tiene en el hospital, pero por lo demás está perfectamente, tiene buen apetito, defeca con regularidad y su herida operatoria está perfectamente cicatrizada.

### CONSIDERACIONES.

Ahora bien, ¿por qué en este enfermo nos hemos decidido á hacer una resección intestinal seguida de enterorrafia?

Se ha recomendado que cuando la gangrena esté dudosa se deje el asa intestinal de fuera y se vigile aquella asa para reducirla posteriormente ó bien para dejarla que se desprenda si está gangrenada. Tal conducta no la imitaría yo; primero, porque si aquella asa está gangrenada viene la putrefacción y el peritoneo se infectaría con facilidad; segundo, porque daría lugar á la formación de un ano artificial; tercero, porque aunque no se gangrenara el asa las condiciones de nuestro hospital son tales que basta el más ligero descuido para que se infectara aquella asa y trajera después una peritonitis mortal; y si es posible hacer la antisepsia con mil esfuerzos, durante un día quizás, no lo fuera posteriormente.

Otros recomiendan la entero-anastomosis siguiendo á Helferich, pe-

ro en primer lugar es una operación tan grave como pudiera serlo la resección, más difícil en su ejecución y que expone á las peritonitis desde el momento que se debe dejar el asa fuera.

¿Por qué no terminar aquello por un *ano contra natura*? porque las estadísticas de Mikulicz nos demuestran la superioridad de la enterorrafia sobre el ano. En tanto que las hernias en que se practica la *enterorrafia* por necrosis intestinal dan un 50 por ciento de mortalidad, las en que se practica el *ano* dan un 76 por ciento.

¿Por qué no seguir los consejos de Bouilly y de Barette? ¿Por qué no hacer una enterorrafia incompleta y dejar una fístula estercoreal? Porque tal modo de proceder impide la curación radical de la hernia y esta razón que existe en contra de este método es suficiente para desecharlo y milita á su vez en contra de todos los anteriores, así el dejar el asa fuera, como la entero-anastomosis, como el ano. No hay pues á mi juicio en tal caso mejor método que la resección seguida de enterorrafia.

Para hacer esta operación hay dos métodos: el método circular clásico y el longitudinal de Chaput.

El segundo es muy superior al primero porque puede hacer con más perfección, porque no deja una válvula que estrecha el intestino y no expone por tanto al operado á los accidentes de una oclusión.

El método de Chaput consiste en suturar los dos cabos intestinales uno contra otro como si fueran dos cañones de escopeta por medio de puntos de Lembert que no perforan la mucosa por tanto y practicados á poca distancia del borde mesentérico; después de unidos los dos cabos se hace en ellos una incisión adelante de la sutura, en el borde posterior se suturan las mucosas y en el anterior se hacen dos planos de suturas, uno mucoso y otro de Lembert. Después se sutura la extremidad de los cabos intestinales que han quedado reducidos á uno, y de este modo se fabrica un pequeño ciego. Ahora bien, en nuestro caso no estaba indicado hacer este procedimiento, porque para practicarlo es indispensable que las asas intestinales, en las que se va á hacer la enterorrafia *deslicen* lo suficiente para la sutura longitudinal. Habiendo caído casi sobre el ciego y no pudiendo deslizar este órgano era impracticable tal método. Y juzgo que se podría generalizar estableciendo que el proceder de Chaput está contraindicado siempre que las asas no deslicen lo suficiente.

Otro tanto se puede decir del consejo dado por Berger en la obra de Cirugía de Duplay y Reclus. Aconseja este autor que cuando en un caso de hernia haya que practicar la enterorrafia se ligen provisionalmente los

extremos intestinales, se haga una incisión sobre la línea media y allí se practique la sutura intestinal y no en la incisión herniaria. En el caso hubiera sido imposible, pues el cabo inferior adherido al ciego no habría podido traerse hasta la línea media.

Estas ligeras consideraciones y el éxito alcanzado creo que bastan para justificar nuestra conducta.

México, Mayo 24 de 1893.

F. ZÁRRAGA.

---

## HIGIENE.

---

### LOS TUBOS VENTILADORES.

AS cuestiones trascendentales de la Higiene tienen el envidiable privilegio de atraer la atención y exigir el concurso de los legisladores, el Poder Ejecutivo y los higienistas. Ellas entrañan los asuntos más serios y muy complicados del progreso social, precisamente porque afectan los más caros intereses de la colectividad humana. En la actualidad, puede asegurarse, que el bienestar de los hombres es proporcional al perfeccionamiento del arte sanitario en el seno de la sociedad. Pero justamente porque su asunto es elevado y complejo, es en extremo difícil poseer la Higiene como ciencia y más arduo aún practicarla como arte. Mas por una compensación subjetiva y á pesar de la mayor dificultad de todos sus valiosísimos problemas, como se relaciona sin cesar con los actos todos de la vida de cada individuo, cada uno de los seres humanos, cualquiera que sea su ciencia ó analfabetismo, se cree en aptitud de poder resolver, con sólo las inspiraciones de su criterio, las cuestiones más delicadas de la salud pública. Pero cuán equivocados están los que así juzgan y más los que así obran. Y para poner de manifiesto el error (que más que señalar, lamento en este instante) me basta recordar hechos de otra época ya rectificadas por la experiencia higiénica. Así, era general creencia que para suprimir los inconvenientes que resultarían del desprendimiento de gases de las atarjeas el método más ordenado sería cerrar herméticamente estos conductos. Así se hizo; pero el resultado fué