

CIRUGIA.

Algunas consideraciones acerca de la intervención operatoria en las hernias umbilicales.

En los tres últimos meses del año próximo pasado, he tenido la ocasión de acompañar á los Sres. Dres. Nicolás R. de Arellano y Méndez, á practicar la curación radical de una hernia umbilical simple; de hacer en el Hospital Béistegui la kelotomía y la omphalectomía en una hernia que estaba estrangulada é inflamada, y de intentar estas mismas operaciones en una enferma del Dr. X, la que sufría de una hernia también umbilical.

Estos casos me han parecido muy instructivos y propios para hacer algunas consideraciones acerca de las hernias umbilicales de los adultos, las que como sabéis, no tienen tendencia á curar por sólo el uso del braguero, y si á crecer complicándose frecuentemente de estrangulación é inflamación.

El primer caso es referente á una señora de treinta años de edad, sana, de buena constitución, madre de una niña y portadora de una hernia pequeña en la región del ombligo; nunca se había dificultado la reducción, pero salía fácilmente á pesar de la faja que acostumbraba usar para contenerla, y le causaba continuos estiramientos y dolores.

Algunas veces ensayó el uso de los bragueros especiales; pero según decía, no pudo tolerarlos.

Deseosa de poner término á sus sufrimientos, consultó con el Sr. Ramírez de Arellano, pidiéndole una curación definitiva, y este señor no queriendo resolver por sí mismo, consultó primero la opinión del Sr. Dr. Méndez, de la Habana, y después tuvo la bondad de llamarme para que tomara parte en sus deliberaciones.

Pensamos con mucha detención en si se debía ó no intervenir quirúrgicamente, y al fin nos decidimos á lo primero, por las buenas condiciones del estado general y local de la enferma, y porque tanto ésta como su familia manifestaron su aquiescencia á la operación después de exponerles con toda claridad no sólo sus ventajas, sino también los peligros que pudiera tener.

Afortunadamente el éxito que obtuvimos fué completo; pues operada la señora el día 7 de Octubre último, se encuentra en la actualidad curada de la hernia, y sin los menores amagos de que se reproduzca.

El manual operatorio seguido por el Sr. Dr. Méndez, quien llevó el bisturí, fué el siguiente:

Reducida la hernia, se abrió el saco, se extirpó una parte del epiplón que allí encontramos, se resecaron la piel y el saco comprendiendo en esta resección la cicatriz umbilical, y se suturó por planos; la serosa, las aponeurosis y los músculos con catgut, y la piel con hilos de seda. El apósito que se puso, fué el que usamos generalmente en México, de gasa yodoformada y algodón antiséptico, y se le fijó y comprimió el vientre con un vendaje apropiado.

Las consecuencias de la operación fueron de las más felices, obteniéndose la cicatrización por primera intención en siete días.

La segunda observación corresponde á una enferma que se llama Crescencia Calleja; tiene cincuenta y dos años de edad, es viuda y ha sido generalmente de buena salud.

Ha tenido quince embarazos, de los que once llegaron á término.

Después del último parto, que fué muy laborioso porque duró diez y ocho horas, nos dijo que notó en la región del ombligo, un tumor saliente, del tamaño y forma de un limón, el que desaparecía con facilidad al comprimirlo. Durante ocho años no causó esta hernia más que ligeras molestias á la enferma; pero el 19 de Agosto del año último, se puso tensa, dolorosa, y no pudiendo reducirla, entró la paciente en ese día al Hospital "Concepción Beístegui."

El Sr. Dr. Esparza hizo el taxis, y aunque con alguna dificultad, logró la reducción y puso un vendaje compresivo. Al día siguiente, como la enferma tenía vómitos, no había expulsado heces ni gases por el ano, y sentía muy molesto el lugar de su antiguo tumor, se quitó el vendaje y se vió que la hernia había vuelto á salir. En esta vez fueron infructuosas las tentativas que hizo el Sr. Esparza para la reducción, á pesar de haber recurrido á la anestesia, y entonces fué llamado.

Cloroformada de nuevo la enferma, procedí á reconocerla, y encontré que el tumor que formaba la hernia era como del tamaño de una naranja, estaba duro y daba sonido mate á la percusión; después de suaves tentativas me convencí de que no era posible reducirlo, y resolvimos operar inmediatamente.

Casi es innecesario decir que se desinfectó la región con todo esmero, y que el mismo pusimos en la desinfección de nuestras manos, de los instrumentos, de los hilos de sutura y, en general, de todos los útiles de la curación.

Hice una incisión curva cóncava para adentro en la piel, hacia la izquierda y en la base del tumor herniario, y después dividí la muy delgada serosa del saco, teniendo mucho cuidado para no herir el contenido.

Entonces se me presentó el epiplón, el que estaba muy alterado, pues tenía

un color rojo obscuro, se veía muy vascular y su consistencia era dura, parecía hepatizado, en varios puntos se encontraba adherido á la cara interna del saco y debajo de él estaba una asa de intestino delgado que nos pareció sano y se redujo fácilmente.

Destruídas esas adherencias, tiré del epiplón hacia afuera hasta que salió toda la parte alterada, que era muy grande; puse cuatro ligaduras en la porción sana, uniéndolas en cadena de dos en dos, y resequé aquélla.

En el lado derecho hice otra incisión curva semejante á la practicada en el izquierdo, y quedó extirpado el saco con la piel que lo cubría.

Regularicé los bordes cortando todos los restos del ombligo, y procedí á suturarlos uniendo la serosa peritoneal y los músculos rectos con sus aponeurosis por medio de una sutura de surgete con catgut grueso, y después la piel con seda y sutura entrecortada.

Como el saco herniario se reflejaba abajo del anillo umbilical entre los rectos y la piel, formando como una alforja, y en este punto estaba muy adherido, dejé una porción de él sin extirpar, y por exceso de precaución puse en el ángulo inferior de la herida de la piel, una tirita de gasa yodoformada.

Se hizo después la curación usual con la modificación de sujetar la gasa con tiras anchas y largas de tela adhesiva americana, que daban un firme apoyo á las suturas: encima se puso la gruesa capa de algodón y el vendaje compresivo.

Las temperaturas después de la operación no excedieron de $36^{\circ}8$ y la enferma no tuvo ningún accidente.

La primera curación fué hecha el 25 de Agosto, y se encontraron reunidos los labios de la herida en toda su extensión, excepto en la parte inferior donde se había puesto la tira de gasa, que se quitó. Ocho días después se hizo la segunda curación y la cicatrización era completa.

En el tercer caso de los que ahora me ocupo, se trataba de una señora cliente de un médico amigo mío, la que tenía una grande hernia umbilical, muy antigua é irreductible. En un día, con no sé qué pretexto, tal vez porque comió demasiado la enferma, vinieron síntomas de obstrucción intestinal y la hernia pareció aumentar de volumen, poniéndose dura y muy sensible. Como en otra ocasión estos mismos síntomas habían cedido con el uso del calomel y la belladona, se creyó que entonces sucedería lo mismo y se administraron éstas y algunas otras medicinas; pero lejos de realizarse estas esperanzas la situación se fué agravando hasta presentarse vómitos fecaloides y placas gangrenadas en la piel que cubría la hernia.

Otro compañero y yo fuimos consultados, y á pesar de las malísimas condi-

ciones señaladas, los tres decidimos operar por ser éste el único recurso. Por desgracia cuando apenas se había abierto el saco en la línea media y salía por allí un líquido purulento, mezclado con materias intestinales, murió la enferma asfixiada por el paso á la laringe de las que subieron del estómago en un esfuerzo de vómito.

Reflexionando ahora sobre estos hechos clínicos, vemos desde luego que la operación en la primera enferma fué de lo más benigna; en la segunda el resultado fué también sumamente feliz, pero las lesiones que encontramos en el epiplón indicaban claramente que hubiera sido desastroso si se ha demorado la intervención; y por último, en la tercera, la situación era tan grave que es de presumirse que siempre hubiese sucumbido, aun cuando no hubiera venido el desagradable accidente que ocasionó la muerte.

Al segundo caso lo considero como muy demostrativo para corroborar el principio aceptado hoy, de que en la práctica ya no debe subsistir la antigua cuestión de si una hernia está inflamada ó estrangulada, sino que desde el momento en que se pone más ó menos dolorosa y tensa, es irreductible y vienen los síntomas que indican la obstrucción del intestino; lo que debe hacerse sin pérdida de tiempo es operar abriendo con franqueza el saco herniario, para darse cuenta del estado de las vísceras, reduciendo el intestino si está sano, suturándolo ó reseándolo si estuviese gangrenado ó perforado, extirpando la parte herniada del epiplón, el saco y la piel que lo cubre, y suturando después por planos la herida de la pared del vientre, para conseguir de este modo la curación radical.

La enseñanza de esta observación en la que sin duda la oportunidad de la intervención salvó la vida de la operada, aumenta, y mucho, cuando se la compara con la que se refiere á la señora que murió durante la cloroformización. En este caso se confió demasiado en los remedios médicos, creyéndose en la inflamación más que en la estrangulación, y cuando operamos ya estaba perforado el intestino y su contenido se había derramado en el saco originando una peritonitis purulenta.

Tal vez si hubiéramos podido llevar adelante nuestra operación, ya sea resecando el asa herniada ó estableciendo un ano artificial, la enferma se hubiera salvado; pero es indudable, evidente, que siempre habría corrido mucho más riesgo que mi operada del Hospital "Béistegui," y á su vez tampoco puede negarse que ésta estuvo en mayor peligro que la señora cliente del Dr. Ramírez de Arellano, cuya hernia fué operada en salud, habiéndose hecho con calma y

con tiempo los preparativos convenientes y escogiendo el día y la hora que nos parecieron más oportunos.

Estas observaciones que aisladas muy poco probarían, juntas con las otras muchas que se registran en las Revistas de Cirugía, vienen á demostrar que siempre que esté indicada la curación operatoria de las hernias, debe intentarse antes de que vengan accidentes que las compliquen, dificulten y agraven la operación.

Puede decirse que en la actualidad ya no son tan temidas como antes las intervenciones quirúrgicas en las hernias, habiéndose llegado á comprender que el grande y verdadero peligro está en que no se tomen todas las precauciones de asepsia y antisepsia que son de absoluto rigor siempre que se abre la cavidad del vientre, y que en los casos de estrangulación ó inflamación lo está además en la tardanza para operar.

Como consecuencia remota de estas operaciones, en las que siempre se busca la cura radical de las hernias, tenemos la posible reproducción, y para evitarla hasta se ha ideado por Mr. Dauriac un procedimiento especial para las umbilicales que consiste en descubrir los músculos rectos del abdomen, dividirlos en el sentido de su longitud en dos fajas ó tiras iguales, cortar las internas en el sentido transversal y entrecruzar sobre la línea media los cuatro colgajos que resultan, de manera que el superior izquierdo se suture con el inferior derecho y recíprocamente.

Tillaux recomienda mucho este modo de obrar, en sus Lecciones clínicas publicadas en el año de 1895.

Yo respeto muchísimo esta opinión; pero la verdad es que no me parece bien pensado ese procedimiento, y me inclino á creer que no ha de entrar en la práctica general.

Es desde luego de muy larga ejecución, supuesto que, según se lee en el libro que acabo de citar, el mismo Dauriac, que debe estar muy práctico en él, tardó hora y media para ejecutarlo en una enferma.

Es de suponerse, además, que sólo refuerce las paredes del vientre en el punto del entrecruzamiento de las tiras musculares y que las debilite en los lados, y por último, no veo la razón de esas complicaciones, porque si unimos cuidadosamente por planos el peritoneo, la capa músculo-aponeurótica y la piel, como lo hacemos en las laparotomías, es casi seguro que no habrá reproducción de la hernia.

México, 17 de Febrero de 1897.

J. R. ICAZA.