"CONSTANTIA." (*)**Segunda de las cuestiones sacadas á concurso para el año económico de 1897 á 1898.**

(CONTINÚA.)

El orificio *superior ó peritoneal* tiene la forma de una hendidura limitada en su parte interna por un reborde, cuya concavidad ve hacia afuera, y cuya forma semilunar queda determinada por la presión del canal deferente que se refleja á este nivel para dirigirse hacia abajo y hacia adentro.

Su diámetro mayor es vertical y mide de doce á quince milímetros, y el contorno queda limitado por el fascia transversalis sumido como dedo de guante por la emigración del testículo; por último, el peritoneo lo cubre formando una depresión variable con los individuos, desde un simple hundimiento apenas notable, hasta un canal verdadero que pone en comunicación la cavidad del vientre con la vaginal.

En la misma línea horizontal en que se halla esa depresión están situadas las fosetas *mediana* y la *interna ó suprapúbica*, determinadas por el levantamiento del peritoneo que hacen el cordón obliterado de la arteria umbilical y el uraco. La foseta interna queda entre éste y el cordón de la arteria umbilical, corresponde al espacio que hay entre la sínfisis y la espina del pubis y de aquí su nombre de foseta suprapúbica.

La foseta mediana es debida á la depresión que existe entre los relieves formados por la arteria epigástrica y el cordón de la arteria umbilical, y corresponde á la parte media del trayecto inguinal.

En cuanto al canal inguinal, está formado en el mismo espesor de la pared abdominal perforada oblicuamente, describiéndose dos paredes, la anterior y la posterior, pues las otras no son sino las canaladuras que forman arriba y abajo las paredes indicadas al unirse.

La anterior, que es la más resistente, está formada por la aponeurosis del gran oblicuo y contiene el orificio cutáneo del canal inguinal. La posterior, la menos resistente, es debida al fascia transver-

(*) Véase la página 56 de este volumen.

salis, y comprende el orificio peritoneal; ambas se reúnen al nivel del borde superior del ligamento de Poupart, para constituir lo que puede considerarse como la pared ó canaladura inferior, quedando la superior formada por los bordes inferiores del pequeño oblicuo y del transverso cuyas fibras al esparcirse contribuyen á la constitución de los elementos del cordón espermático.

Antes de enlazarse la arteria epigástrica con el canal deferente camina entre los dos orificios del canal inguinal, atrás del fascia transversalis, relación que merece tenerse en cuenta al operar sobre el canal.

Las consideraciones anatómicas en que hemos entrado son necesarias para comprender el mecanismo de la formación de las hernias inguinales; en efecto, la constitución especial de esa parte del abdomen, explica perfectamente la facilidad con que se verifica la salida de las vísceras, el camino está formado ya en muchos casos por una obliteración imperfecta del canal, ó bien bajo la influencia de los esfuerzos ceden los orificios, dando lugar á la formación de un hundimiento que más tarde constituirá el camino de una hernia.

Si se atiende á las condiciones de su desarrollo, podemos considerar dos grupos de hernias: *hernias de debilidad* y *hernias de fuerza*. Las primeras, debidas á las causas que aumentan la debilitación de la pared abdominal, aun cuando el esfuerzo fisiológico y la presión normal de las vísceras no hayan variado; en esta clase de hernias figura la miseria como factor de importancia, por lo que toca á la debilidad del sistema muscular y aponeurosis, y puede decirse que todas las enfermedades que dilatan con exceso las paredes del vientre, producen su debilitamiento por el ensanche de sus orificios; así obran las hidropesías, tumores, etc.

El enflaquecimiento rápido, consumiendo la grasa que ocupa y consolida los intersticios, las preñeces repetidas, las edades estremas de la vida, etc., son otros tantos factores en la formación de las hernias de debilidad, las que están caracterizadas por su desarrollo lento y progresivo, sin que haya nunca un esfuerzo bien marcado.

Cualquiera que sea la teoría que se admita para su formación, tenemos en último resultado la predominancia del elemento, esfuerzo y el desarrollo de dichas hernias en individuos robustos, de un sistema músculo-aponeurótico bien constituido, hernias que están ca-

racterizadas por su aparición rápida y su crecimiento en un tiempo corto.

Es fácil concebir grupos intermedios entre los dos indicados, en los que predominan cada uno de los factores dichos.

En cuanto á la evolución anatómica de las hernias, se han admitido *hernias inguinales, congénitas y no congénitas*; según que persista ó nó el conducto peritoneo-vaginal; y respecto de la foseta por donde primero se han insinuado las vísceras, se han dividido las hernias inguinales en: *oblicua interna, directa y oblicua externa*, clasificación que si ofrece importancia cuando se ha podido seguir el proceso desde un principio, es imposible de hacerse cuando ha alcanzado todo su desarrollo por quedar el orificio peritoneal en frente del cutáneo, ensanchados ambos y transformadas las hernias oblicuas internas ó externas en directas.

Las *hernias congénitas*, llamadas también vaginales, se forman en un saco preexistente, resultado á su vez de una detención del desarrollo. El testículo, al descender á las bolsas, arrastra consigo al peritoneo, formando un verdadero canal, que se atrofia en gran parte de su extensión y da origen á la vaginal, serosa independiente de la del abdomen; ahora bien, puede suceder que dicha atrofia no se verifique, y entonces persiste el canal peritoneo-vaginal más ó menos amplio por donde comienzan á insinuarse las vísceras.

El vicio de desarrollo que hace persistir el conducto peritoneo-vaginal, afecta á veces al testículo, haciendo que su emigración sea incompleta, provocando una ectopia, y de aquí la división de *hernias congénitas sin ectopia y con ectopia testicular*.

Las primeras pueden hacerse en un canal vagino-peritoneal que descienda hasta el teste, constituyendo la *hernia vaginal testicular*, ó bien no pasa del cordón, y entonces forman lo que se ha llamado *hernia vaginal funicular* ó *peritoneo funicular*.

En ambas el saco está formado por la serosa peritoneo-vaginal; su cavidad es generalmente lisa y regular, y á veces en forma de reloj de arena; en casos raros se presentan bridas que forman cuellos ó tabiques en su interior y que constituyen agentes de estrangulación; por último, casi siempre contienen dichas hernias cierta cantidad de liquido transparente.

El contenido de dichas hernias es el intestino, solo ó acompañado del epiplón; y en cuanto al cordón, afecta relaciones variables en

cada caso particular, no siendo raro el hallarlo disociado; el testículo está unas veces en la parte inferior, otras en la póstero-interna del saco, y en ocasiones rodeado por el mismo saco.

En las hernias congénitas complicadas con *ectopia testicular*, es muy variable la situación de este órgano, estando detenido, ya en el mismo abdomen, ya en el canal inguinal, constituyendo en este último caso la variedad llamada hernia *inguino-intersticial* por algunos autores, hernia que se forma en las paredes mismas del abdomen, disociando los planos musculares y fibrosos encima del arco de Falopio.

Las hernias *no congenitas* ú *ordinarias*, son el resultado de la depresión de la foseta peritoneal situada afuera de la arteria epigástrica; en la mayoría de los casos penetran al trayecto inguinal por su orificio profundo, recorren el canal y pueden llegar á salir por el orificio superficial.

Estas hernias que constituyen las oblicuas externas, ofrecen cuatro períodos sucesivos en su evolución:

1º El intestino, deprimiendo el peritoneo, se insinúa por el orificio profundo y hace saliente en la parte más profunda del trayecto inguinal; es lo que se llama *punta de hernia*.

2º Siendo el desalojamiento más pronunciado, ocupa la hernia toda la extensión del trayecto inguinal, pero sin salir del mismo. Queda así constituida la hernia *intrainguinal*, *intraparietal* ó *intersticial*.

Tillaux reserva este nombre para la hernia, cuando además de insinuado el intestino en el canal, despega los planos de la pared abdominal introduciéndose entre ellos.

3º Las vísceras, después de haber deprimido el peritoneo y llenado el canal, se presentan en el orificio exterior, formando una saliente más ó menos notable entre los pilares. Toma entonces la hernia el nombre de *bubonocèle* ó hernia *inguino-pubiana*.

4º Quedan ocupadas las bolsas, además del trayecto inguinal, y así quedan constituidas las hernias *inguino-escrotales* ú *osqueocèles*, subdivididas en *funiculares* y *testiculares*, según que las vísceras estén en la parte superior de la región escrotal ó hayan llegado al testículo.

Estos cuatro tiempos sucesivos del desarrollo de las hernias ordinarias no se presentan de un modo fatal; en efecto, ciertas her-

nias permanecen indefinidamente en el estado de punta de hernia ó de hernia intersticial, mientras que otras recorren de una manera rápida todas las fases, llegando hasta el fondo del escroto, hecho frecuente con las hernias congénitas.

El trayecto de las hernias ordinarias presenta dos puntos estrechos: uno el orificio profundo, otro el superficial; puntos que se modifican en las hernias antiguas, tomando nuevos caracteres, pues ambos se ensanchan, más el interior que el exterior, tienden á colocarse uno frente al otro, volviéndose el trayecto directo de atrás hacia adelante, de lo que resulta que el espacio intraparietal se hace más corto á medida que es más antiguo.

Queda en las hernias no congénitas, la arteria epigástrica hacia adentro del pedículo, contorneando la semicircunferencia ínfero-interna, mientras que el cordón espermático se encuentra abajo y atrás, salvo en los casos de ciertas hernias antiguas en que los elementos del cordón se hallan disociados y repartidos de un modo irregular.

En cuanto á las variedades designadas con los nombres de hernias directas y oblicuas internas, difieren de las anteriores por su modo de formación al principio; pero puede decirse que desde el punto de vista de su terapéutica quedan subordinadas á las mismas reglas que las externas.

Las hernias inguinales están provistas casi siempre de un saco llamado herniario, que á su vez presenta un cuello cuya rigidez varía con la antigüedad del mal; dicho cuello puede ser doble y aun multiple, pero en general y sobre todo cuando la hernia es antigua, es único. Si la hernia, además de ser antigua, se ha complicado con ciertos accidentes, se forman adherencias entre sus cubiertas y el trayecto inguinal, ó con el escroto, ó con los elementos del cordón espermático.

Por último, el contenido de las hernias inguinales es variable, siendo ya el intestino y el epiplón ó solo este último; á veces no se trata del intestino delgado, sino que el grueso forma parte de la hernia, y aun el ovario, la trompa y la vegiga, suelen estar en el interior del saco. Como variedad más rara pueden coexistir varias hernias, siguiendo cada una su trayecto especial. Existen otras variedades, como las *properitoneales* y las *enquistadas de la túnica vaginal*, que difieren de las descritas por ciertas particularidades ana-

tómicas; pero siendo diagnosticables, solo al disecarlas, nos limitaremos á su indicación.

La sintomatología de la hernia inguinal puede concretarse, expresando que está caracterizada por la existencia de un abultamiento globuloso más ó menos blando, situado sobre la región inguinal ó ínguino-escrotal, que aumenta con los esfuerzos, que puede ser reductible; *sonoro á la percusión* y sin cambio del color ni de la consistencia de la piel, la cual goza de la facultad de deslizar sobre el abultamiento.

Varían los caracteres de las hernias con su desarrollo. En las puntas de hernia, sólo bajo la influencia del esfuerzo percibe el dedo, insinuando en el trayecto inguinal una saliente que pronto desaparece. En la ínguino-pubiana, el tumor es alargado, ovoide, oblícuo, con su eje mayor casi paralelo al arco de Falopio, y con el extremo más voluminoso hacia adentro y hacia abajo. La presión lo hace desaparecer, no siendo raro que se produzca en ese momento un ruido de gorgoreo y por la introducción del dedo se nota la dilatación del anillo exterior. Si la hernia es escrotal, el abultamiento es blando y sonoro en la mayoría de los casos, distiende la mitad correspondiente de las bolsas, estando el testículo por lo general hacia abajo. El tumor más ancho en la raíz de las bolsas se continúa arriba del arco de Falopio hasta el anillo inguinal interior, existiendo una especie de depresión en el punto en que la parte inguinal de la hernia se continúa con la escrotal.

El impulso producido por la tos y los esfuerzos se comunica en toda la extensión del tumor, pudiéndose apreciar ese efecto aun á la simple vista. En las hernias voluminosas aparece la piel del escroto y aun la del abdomen estiradas, desapareciendo el pene y abriéndose la uretra en una depresión más ó menos profunda, que no es sino la abertura del prepucio.

Los síntomas funcionales se reducen á una sensibilidad ya difusa, ya en forma de neuralgia, que aumenta por la presión, hecho que á veces imposibilita el uso de un vendaje; las muy grandes molestan además por su volumen, por los frotos á que están expuestas, y por los cólicos y perturbaciones digestivas que originan.

El diagnóstico fácil, en lo general requiere, no solo la determinación de una hernia desde el punto de vista de su existencia, sino también de su variedad.

La punta de hernia, la intersticial, la inguino-pubiana y la inguino-escrotal, exigen para distinguirlas un examen cuidadoso del enfermo, tanto de pie como acostado, en reposo y durante los esfuerzos.

Respecto del contenido, la sonoridad y el gorgoreo harán pensar en el intestino; la matitez, la sensación de un cuerpo de consistencia pastosa, desigual, que con dificultad se reduce, nos inclinarán en favor del epiplón, sin que pueda excluirse la posibilidad de que una parte del intestino no se haya introducido con dicho epiplón.

Para determinar si una hernia es congénita ó adquirida, es preciso atender á la edad del enfermo, á los conmemorativos y á los caracteres físicos del tumor. Una hernia que se produzca durante la primera infancia ó aún durante la segunda, ó que desde luego llega al escroto, recorriendo en poco tiempo todas sus fases, tiene grandes probabilidades de ser congénita, aun cuando las condiciones contrarias no sean prueba de su exclusión.

Si la hernia baja más que el testículo, quedando colocado éste hacia atrás, y cuando dicha hernia contiene la glándula como perdida en medio de las vísceras que llenan el saco, se debe pensar en una hernia congénita.

Por lo general, el intestino se detiene arriba de la extremidad superior del teste, lo que dificulta el diagnóstico notablemente, quedando entonces como único elemento la posibilidad de que la glándula se haya detenido en su emigración, pues las hernias que complican una anomalía y sobre todo una ectopía, son casi siempre congénitas.

La determinación de si una hernia es interna, directa ó externa, ha perdido mucho de su importancia por la rareza de las que no son externas, y por no hacerse en la actualidad las grandes debri-daciones que hacían peligrar los vasos cercanos. Sin embargo, podrían distinguirse teniendo presente que toda hernia oblicua externa es congénita por lo general y vice-versa. Cuando la hernia, siendo resiente parece que atraviesa directamente la pared abdominal de atrás hacia adelante, saliendo por el anillo exterior y no dibuja sobre el arco de Falopio un reborde oblicuo que corresponda al canal inguinal, se tienen grandes probabilidades de que se trate de una hernia directa. Por último, es dudosa la variedad cuando se trata de hernias antiguas con anillos amplios y de trayecto directo,

siendo entonces probable que se haya tenido una oblicua externa que por su misma evolución se presenta como si hubiese sido directa desde un principio. Las internas se diagnosticarían por exclusión.

Tocante á las hernias raras, como las enquistadas, propperitoneales, congénitas con ectopía testicular ó con otras anomalías, si bien pueden diagnosticarse por una apreciación de los caracteres físicos del tumor, hay que convenir en que generalmente son confundidas con las variedades comunes y que sólo al operarlas se llega á determinar perfectamente la clase de hernia de que se trata en el caso en presencia.

Las complicaciones que pueden sufrir las hernias son: *la irreducibilidad simple*, el pseudo-estrangulamiento que comprende el *atascamiento* y la *inflamación*, y por último el *estrangulamiento*.

Caracterizadas las hernias reductibles, por la facultad de entrar y salir del vientre, requieren para el efecto, ciertas condiciones de amplitud de los orificios y libertad de las vísceras, y en contraposición á dichas hernias existen las irreducibles que pueden adquirir este carácter después de haber pertenecido por algún tiempo á la primera categoría.

Desde el punto de vista anatómico, se dividen estas hernias en cuatro grupos, que sucesivamente consideraremos:

1º Hernias que han perdido su derecho de domicilio debido á su volumen.

2º Hernias irreducibles, en virtud de una disposición anatómica del peritoneo herniario.

3º Hernias irreducibles por adherencias; y

4º Hernias irreducibles por hipertrófia.

A la primera clase pertenecen las hernias irreducibles, por su volumen y que, según la expresión de Petit, han perdido el derecho de domicilio en la cavidad abdominal. Son generalmente hernias escrotales antiguas, que ocupan los dos lados ó una sola de las bolsas; en estos casos los anillos están muy dilatados, pudiéndose introducir los dedos hasta el inguinal interior, previo rechazamiento de las cubiertas de la hernia. El tumor blando, poco sensible al comprimirlo, sonoro en casi toda su extensión, es el sitio de un movimiento expansivo bajo la influencia de la tos y de los esfuerzos. Las cubiertas escrotales lo cubren sin adherirse por lo general, y

el teste se encuentra por lo comun en la parte inferior, y á veces en la posterior. Aun cuando sea unilateral, distiende la hernia de una manera casi uniforme toda la región del escroto, rechazando al testículo del lado sano hacia el extremo inferior del tumor.

Por la palpación, se puede sentir en medio de masas constituidas por los intestinos, que se desalojan produciendo un ruido característico de *gorgoreo*, nudosidades duras, dispuestas en rosario ó en racimos, que corresponden á partes del epiplón indurado y crecido; si se trata de reducir dichas hernias, se nota que las asas intestinales son susceptibles de rechazarse á través de los anillos; pero que á medida que penetran, nuevas partes del intestino deslizan entre los dedos del cirujano, reemplazando en el saco herniario las que penetraron al vientre.

En los casos de hernia doble, se puede notar que la reducción de un lado es á expensas del crecimiento del otro; en ocasiones, sea la hernia simple ó doble, se logra con más ó menos trabajo la vuelta del intestino al abdomen; pero al pretender aplicar un vendaje ó aparato, se ve cómo desliza la hernia bajo el braguero al menor esfuerzo ó por la posición vertical.

Estas hernias voluminosas, que deberían llamarse más bien *incoercibles*, frecuentemente son el sitio de cólicos fijos, determinan á veces una sensibilidad general del vientre, perturbaciones digestivas, nauseas, vómitos y tracciones que se hacen sentir en la región lombar, y son la causa de una impotencia cuanto más grande y antigua es la hernia.

Aunque rara vez son el punto de partida de complicaciones que constituyan un peligro para la vida, están expuestas por los frotamientos repetidos á ser el sitio de inflamaciones ó de peritonitis herniaria, pudiendo suceder también que salga bruscamente una cantidad de intestino mayor que la acostumbrada y aparezcan entonces todos los fenómenos de un estrangulamiento.

Por lo que precede, se ve, que las hernias inguinales irreductibles por su volumen, constituyen un defecto penoso, del que el enfermo no puede esperar la curación ni aun mejoría notable, sino en raras ocasiones, y de aquí el que el cirujano haga todos los esfuerzos imaginables, para impedir que las hernias medianas lleguen á la categoría de grandes, pues su papel quedaría reducido á prevenir los accidentes serios, prescribiendo un braguero ó un vendaje,

que aun cuando no mantenga reducida la hernia, la proteja aliviando al enfermo del peso propio de su deformidad.

Al lado de estas hernias, verdaderas eventraciones, en las que la terapéutica quirúrgica puede poco ó nada, existen otras menos voluminosas, en que por una intervención racional, se logra disminuir las dimensiones del tumor y con ellas las molestias consiguientes, lográndose en muchos casos transformar siquiera la hernia en reductible, en cuyo caso cuando menos se obtienen los beneficios de la aplicación de un braguero si no es que después de una ó varias tentativas se llega á conseguir la curación radical.

La segunda clase de hernias irreductibles, ó sean aquellas en que una disposición anatómica del peritóneo herniario impide la vuelta de las vísceras al vientre, había sido confundida por mucho tiempo con las hernias adherentes, hasta que Scarpa describió con el nombre de *adherencia carnosa natural*, dicha causa de irreductibilidad, que está constituida por los mismos medios de unión que fijan naturalmente al intestino en la cavidad abdominal y que han sido arrastrados con aquel.

En las hernias irreductibles por *adherencias*, es posible distinguir: adherencias glutinosas ó falsas adherencias y adherencias verdaderas.

El exudado fibrinoso, primera fase de toda adherencia inflamatoria, con su consistencia blanda y su color que varía del gris amarillento al rojo moreno, corresponde á la primera variedad. Organizándose dicho exudado, por la aparición de vasos y de elementos conjuntivos, queda transformada la falsa adherencia en verdadera, que á su vez puede ser *larga y floja* ó *corta y ceñida*. Las primeras son ya membranas celulares ó fibrosas, ó ya simples bridas que es fácil seccionar; mientras que las segundas, ponen en contacto de un modo íntimo las vísceras y el saco, haciendo á veces una verdadera soldadura. Muy retráctiles son difíciles de disecar, produciendo deformaciones considerables en las partes adheridas. Si se trata del intestino, parece á veces como incrustado en un magma fibroso; en otras, pierde su forma, quedando reunidas dos asas por medio de un espolón ó tabique en V y dando origen á una deformación angular. Respecto del epiplón, se adhiere al saco ó ya al intestino, ó bien se une con ambas partes.

A las hernias irreductibles por *hipertrofia*; pertenecen algunos

epiploceles y hernias del intestino grueso que han adquirido un gran desarrollo, pudiendo reducirse esta variedad á las de la primera categoría.

En todas las variedades clínicas mencionadas, se tiene como signo predominante la *irreductibilidad*, y cuando ésta es parcial, se debe á la existencia de una asa reductible del intestino que entra y sale de la cavidad del vientre.

En general, las hernias afectadas de irreductibilidad simple, son poco dolorosas, el tumor es blando, pastoso lobulado; mate á la percusión si se trata de un epiplocele, sonoro si de un enterocele; en el primer caso suelen presentarse nucleos indurados que resultan de las transformaciones fibrosas del epiplón. El gorgoreo permite reconocer la presencia del intestino y no es raro que este ruido vaya acompañado de una sensación especial de reducción, debida á la presencia de una asa parcialmente reductible que forma parte de la hernia.

Las hernias irreductibles pueden persistir durante cierto tiempo sin producir signo funcional alguno, y sólo la irreductibilidad y las sensaciones dadas por la palpación, establecen sus caracteres; pero más á menudo se presentan una sensibilidad penosa, y tracciones dolorosas; si la hernia es adherente, es probable que lleguen á presentarse accidentes graves, al principio son simples molestias; dolores sordos, pasajeros, sensaciones de distensión durante los esfuerzos, ataques dolorosos después de las fatigas y excesos, cólicos, nauseas, tensión abdominal, estreñimiento; accidentes todos que se calman bajo la influencia del reposo y de cataplasmas, pero que multiplicándose acaban por imposibilitar al herniario para todo trabajo. Después se suceden los accidentes más graves: vómitos, meteorismo, fenómenos que atribuidos por mucho tiempo á la peritonitis herniaria, se consideran en la actualidad como debidos á la oclusión intestinal y al extrangulamiento.

Esta descripción de las perturbaciones que acompañan á las hernias irreductibles por adherencias, corresponde también á las otras variedades clínicas, siendo tan variable su presentación que sería inútil el pretender determinar la causa anatómica de la irreductibilidad, fundados en tales perturbaciones.

Del estudio que precede puede concluirse que la hernia irreductible exige en la mayor parte de los casos un tratamiento, la mar-

cha y el porvenir de dichas hernias lo justifica plenamente; es cierto que algunos epiploceles adherentes ó hipertrofiados pueden conservarse sin grandes inconvenientes, sobre todo si se les aplica un aparato de pelota cóncava que sin comprimirlos mucho se oponga á su desarrollo y á que el intestino se les una, que con paciencia se ha logrado movilizar ciertas hernias, separarlas del saco y hacerlas entrar al vientre; pero este resultado difícil de obtener, problemático en general, quedá subordinado al tratamiento radical, y de aquí el que toda hernia irreductible, sea cual fuere su causa, merezca en el mayor número de casos la operación.

La mayoría de los autores modernos admiten dos variedades de *pseudo-estrangulamientos*: el *atascamiento herniario* y la *inflamación*.

El primero, según la definición de Broca: es el estado particular de las hernias, en el cual las materias que encierra el tubo digestivo se acumulan en el asa intestinal, herniada de tal manera, que obstruyen su paso y determinan accidentes.

Aun cuando el atascamiento no se admita sino como un elemento secundario de la estrangulación, merece sin embargo conservarse para designar con este término el conjunto de accidentes determinados por la presencia de un cuerpo extraño en el asa herniada: accidentes constituidos por la constipación, vómitos, malestar general, debido á las perturbaciones digestivas, á veces fenómenos generales, inflamatorios que terminan por la formación de un absceso y la salida ó expulsión de un cuerpo extraño; elementos que forman un síndrome cuya causa es el obstáculo mecánico al curso de las materias, acompañado por la falta de la *constricción* que caracteriza el estrangulamiento.

La *inflamación ó peritonitis herniaria* es la flogosis aguda de la cavidad del saco de la hernia y de las vísceras en él contenidas.

La situación anormal del intestino en la hernia lo expone no solo á las inflamaciones mecánicas accidentales, sino que mal protegidas las vísceras sufren la presión de los vendajes más ó menos bien aplicados, aparte de los tratamientos repetidos que experimenta el asa herniada en el saco y en el trayecto que á él conduce; de aquí que la inflamación se desarrolle en las hernias habitualmente mal contenidas, voluminosas, antiguas, y por lo mismo desprovis-

tas de cuello largo; en fin, en las hernias irreductibles por adherencias y en las que han perdido su *derecho de domicilio*.

Otra causa más rara es la detención de un cuerpo extraño, que irritando mecánicamente el intestino, determina una inflamación que se propaga al saco herniario y con él la aparición de una peritonitis; por último, puede suceder que una asa intestinal estrangulada y reducida por el taxis ó por una operación incompleta, vaya á parar al saco del lado opuesto y transporte la inflamación de que estaba afectada.

Lo más común es que falte causa ocasional, se invoca entonces un esfuerzo, un trabajo, una marcha fatigante, una indigestión, etc., y se le considera como dando origen á la inflamación.

Las lesiones anatómicas son las de la peritonitis localizada: rubicundez, vascularización, derrame de líquido en la cavidad del saco, y cuando va acompañado el proceso inflamatorio de constricción se puede notar un edema del intestino y del mesentereo, derrames sanguíneos en las paredes intestinales y aun la gangrena.

Aun cuando no todos los caracteres descritos sean constantes, casi siempre es posible comprobar la presencia de algunos de ellos y de falsas adherencias que son el vestigio de la peritonitis herniaria, sobre todo cuando ya se ha presentado en otras ocasiones. Dichas adherencias unen las asas intestinales entre sí ó bien al epiplón ó á la pared, y explican la irreductibilidad total ó parcial cuando menos, que es la consecuencia más común de la peritonitis herniaria que se ha localizado en una hernia anteriormente reductible. El sitio de estas adherencias es de preferencia el borde mesentérico del intestino, pudiendo llegar á ser el punto de partida de una verdadera oclusión, de un extrangulamiento que se desarrolla en el interior del saco.

Los síntomas de la inflamación herniaria son de lo más variables: ya puede percibirse alguna tensión sin gran aumento de la consistencia, poco dolor y una reductibilidad más ó menos parcial; ó ya se nota que el saco está notablemente distendido por una colección líquida que se reproduce después de evacuada; á veces existen signos de un flegmón del saco y en ocasiones los de un verdadero estrangulamiento. Los vómitos rara vez faltan, la constipación no es absoluta y aun suele ser substituida por diarrea, el estado general no es grave, pero es de notarse que el conjunto de los acci-

dentes se acerca más al cuadro que caracteriza el estrangulamiento, que la reacción determinada por las inflamaciones verdaderas.

La marcha conduce en un tiempo variable á un fin diverso, según los casos. Unas veces, y esto es lo más frecuente, bajo la influencia de las presiones ejercidas por el cirujano ó por el mismo enfermo, se reduce la hernia y viene la curación. En otras, abandonado el tumor á sí mismo acaba por entrar al vientre de una manera espontánea al cabo de unos días. En ciertos casos, ya sea que el táxis no haya dado resultados ó que la hernia permanezca sin reducirse, se declara una peritonitis generalizada, que sigue una marcha aguda ó sobreaguda; por fin, suele suceder que los síntomas que faltan al cuadro del estrangulamiento vayan apareciendo poco á poco, que cambian los caracteres de los vómitos volviéndose fecaloides, se tumefique el vientre, venga la algidez, la cianosis, presentando el enfermo todos los signos de un verdadero estrangulamiento.

Esta mezcla y sucesión de síntomas, atribuibles más bien al estrangulamiento, ha hecho que no sea admitida la inflamación herniaria por muchos autores como una entidad morbosa, sin embargo debe persistir como tal si se admiten con Richelot las conclusiones siguientes: Existe la peritonitis herniaria, complica al estrangulamiento y quizá contribuye á determinarlo á veces ó hacerlo más apretado.

Puede desarrollarse en ausencia de toda extrangulación bajo la influencia de causas accidentales, no se acompaña entonces de ninguna de las apariencias del estrangulamiento herniario, y sus caracteres clínicos muy variados é inciertos, no permiten describirla separada de la causa que la ha producido ni de las complicaciones que ha ocasionado.

Existen ciertas hernias voluminosas, sitio probablemente de una estrangulación poco marcada ó ceñida, que de un modo convencional se llaman *inflamadas*, para limitar ó establecer una diferencia que las separe tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como del pronóstico y tratamiento de las hernias positivamente estranguladas.

(Continuará.)