tratar la invaginación aguda, cuando ésta ha producido, como sucede á menudo, un timpanismo exagerado, no puede llevarse á feliz término la exploración quirúrgica, sin practicar previamente la fistula estercoral.

Todo lo relativo á este interesante asunto se encuentra perfectamente detallado en la Memoria ya citada, escrita magistralmente por el Sr. Profesor Don Rafael Lavista, la cual se halla publicada en los núms. del 15 de Junio al 15 de Agosto del presente año, en la Revista de Anatomía, Patología y Clínicas.

Debo concluir esta incorrecta Memoria.

Guió mi pluma el deseo de señalar á la invaginación intestinal aguda como mal clasificada entre las obstrucciones, pretendiendo que considerada desde su verdadero punto de vista como un accidente peritoneal, su tratamiento podría fijarse bajo bases más sólidas y más seguras, aumentando así las probabilidades de salvar mayor número de víctimas.

México, Noviembre de 1898.

PROF. DR. D. MEJÍA.

“CONSTANTIA.” (*)

Segunda de las cuestiones sacadas á concurso para el año económico de 1897 á 1898.

(CONTINÚA.)

Las relaciones del cordón poco ó nada sirven para precisar las variedades, pues sus elementos se disocian, sobre todo, en las hernias antiguas, y no es posible sacar conclusión alguna del lugar ocupado por el canal deferente y por las venas espermáticas.

La determinación del agente del estrangulamiento no presenta sino un interés mediano, pues al operar se llega á conocerlo; sin embargo, debe recordarse que casi siempre en las hernias congénitas se produce la constricción en el orificio que hace comunicar la

(*) Véase la página 29 de este volumen.

túnica vaginal con el peritóneo, que el agente es el cuello del saco en la mayoría de las hernias antiguas, pudiendo estar entonces ya al nivel del anillo profundo, ya en un punto intermedio; pero que en lo general la fusión de los anillos fibrosos y el hecho de borrar-se el trayecto inguinal hacen dicha comprobación supérflua; por último, en las hernias recientes, la causa de la constricción casi siempre queda situada al nivel del anillo inguinal profundo.

El diagnóstico de las hernias raras se hace generalmente al disecarlas y sólo algunas variedades son susceptibles de diagnosticarse antes de la intervención. La *parietal* se manifiesta por los signos del estrangulamiento, coincidiendo con un tumor aplanado, en general ovoide, elástico, sonoro á la percusión, doloroso, situado en el espesor de la pared abdominal con la que hace cuerpo; y arriba del arco de Falopio; sus dimensiones suelen llegar á ser considerables (quince centímetros arriba del arco), y va acompañado en general por la ausencia del testículo en las bolsas, ectopía que se manifiesta también por la sensibilidad especial en un punto circunscrito de la hernia.

La hernia con saco profundo (hernia properitoneal), que se estrangula al nivel de la comunicación del saco con la cavidad del peritóneo, se reconoce por la existencia de un tumor herniario, que aunque reductible, no hace desaparecer los fenómenos generales del estrangulamiento al volver á la cavidad abdominal; puede creerse entonces que la constricción es debida á alguna brida interior; pero el examen de las bolsas hará comprobar la ausencia del testículo que permanece en el canal inguinal ó que se deja rechazar con la hernia. La palpación del abdomen, aunque difícil por el dolor y por el meteorismo, puede darnos la noción de un abultamiento sensible profundo; pero lo mejor es la coexistencia de los fenómenos generales del estrangulamiento, unido á una hernia reductible complicada con ectopía testicular.

El *pronóstico* de las hernias inguinales es variable según las probabilidades de curación y según los peligros que las complicaciones hagan correr al enfermo, influyendo notablemente la edad del individuo y el volumen de la hernia.

En general las hernias pequeñas, pero sobre todo, las de la primera infancia, pueden curar espontáneamente, siempre que hayan permanecido bien contenidas; al acercarse la adolescencia, va dis-

minuyendo la posibilidad de una curación espontánea ó sea sin intervención, para desaparecer con la edad adulta; pero las hernias pequeñas, y sobre todo las congénitas, presentan desde el punto de vista de las complicaciones una gravedad mayor que las de las hernias de volumen mediano y grande; la experiencia ha demostrado que más fácilmente se estrangula una hernia pequeña que una de mayores dimensiones, y que las congénitas con ectopía testicular, hernias que generalmente están reducidas, tienen un pronóstico más serio que las demás. Aún desde el punto de vista del taxis, se prestan más á las maniobras las grandes, por la facilidad con que se aísla y fija el pedículo, se limita y comprime el tumor, gracias esto último al relieve que forma en las bolsas. La facilidad para reducir las hernias por el taxis es variable con cada clase, pero puede admitirse como regla, aun cuando sujeta á muchas excepciones, que las escrotales son más reductibles que el bubonocele y la hernia intraparietal; más las voluminosas que las pequeñas, y más las antiguas que las recientes.

A pesar de todo, puede asegurarse que el pronóstico de las hernias inguinales es serio, dadas las tendencias que presentan para un crecimiento gradual, la sensibilidad que con frecuencia las acompaña, hecho que impide una contención exacta con vendajes en muchos casos; lo que influye sobre el desarrollo general, retardándolo sobre todo cuando coincide con una ectopía testicular, y además los accidentes inflamatorios y de extrangulamiento, que con frecuencia se presentan, hechos todos que contribuyen para empeorar el pronóstico.

El *tratamiento* de las hernias puede ser *paliativo* ó *curativo*. El primero ha sido, y es todavía el más empleado; pero el peligro y las incomodidades inherentes á tal enfermedad ha sugerido la idea de suprimir, por medio de una operación más ó menos audaz, la hernia, y á él nos referimos cuando se dice *curación radical*.

El *tratamiento paliativo* consiste en la aplicación y uso constante de un vendaje ó aparato apropiado que impida la salida de las vísceras sin molestar al enfermo por la presión que ejerza sobre el vientre.

Si la hernia es pequeña, inguino-púbica, intersticial, debe procurarse que aparte de las condiciones exigidas, á todo braguero (ligereza, poco costo, etc.), llene la de comprimir *todo* el trayecto in-

guinal, al cual corresponderá el eje mayor de la pelota, y de tal manera, que aún el orificio profundo del canal quede sujeto á la presión. Si la hernia es voluminosa, con los anillos ensanchados hay que recurrir á las pelotas triangulares ó en *pico de cuervo*, ó al vendaje de presión rígida de Dupré; pero la compresión ejercida por muchos de estos aparatos tiene que ser tal para llenar su objeto, que se hacen difíciles de soportarse por individuos sensibles.

Cualquiera que sea la variedad de hernia en presencia, deben evitarse tanto las pelotas muy blandas que se deforman rápidamente, como las duras, cuya presión puede determinar lesiones de la piel; la susceptibilidad de ésta y la mayor ó menor facilidad para contener la hernia, serán los elementos que predominen al determinar la consistencia y la presión de un braguero. Debe vigilarse cuidadosamente los efectos que éste ejerza sobre la piel, sobre todo en los niños, que con frecuencia sufren eritemas, escoriaciones y aun escáras debidas al vendaje; de aquí que Gosselin recomiende el que se quite el braguero tres veces en las veinticuatro horas, escogiendo para hacerlo los momentos en que el niño parezca tranquilo. En los casos en que el teste no ha terminado su descenso y esté en el anillo, debe emplearse una pelota cóncava ó mejor escotada que mantenga la hernia sin comprimir la glándula; en otros, en que dicho órgano permanece en el canal, ó no sale y entra sino con la hernia, es preferible contener á ésta y al testículo por medio de un vendaje de presión moderada, á exponer al enfermo á los accidentes que presentan, aun en la infancia, las hernias no reducidas, tanto más, cuanto que la evolución testicular puede quedar incompleta, y aun suponiendo que su descenso se efectúe, casi siempre irá acompañado de una atrofia del testículo, exponiendo además á la producción fatal de una hernia congénita voluminosa.

Los preceptos señalados admiten aplicación en la generalidad de casos; pero nos permitiremos insistir, aunque sea brevemente, sobre el tratamiento paliativo de las hernias, dada su importancia.

En cuatro clases divide Gosselin los caracteres clínicos de las hernias reductibles:

1.^a La hernia no se presenta al exterior sino rara vez; no sale cuando el enfermo está acostado ni aun cuando tosa; no se presenta sino después de cierto tiempo estando de pie ó bajo la influencia de esfuerzos considerables en la posición vertical ó en la genupectoral.

Estas hernias pertenecen generalmente á los individuos de la clase acomodada, que no se entregan á trabajos penosos y que han tenido el cuidado de mantener su hernia reducida por un aparato *ad hoc*.

2.^a Hernias que entran fácilmente y quedan reducidas en el decúbito dorsal, pero que salen cuando el enfermo se levanta, sobre tódo, si hace algún esfuerzo, aunque sea moderado. En estos casos, puede asegurarse, que los anillos presentan una dilatación de importancia.

3.^a La hernia entra y queda reducida en el decúbito; pero sale cuando en dicha posición se hace un esfuerzo.

4.^a La hernia está continuamente afuera, entra fácilmente, pero sale al momento, aun en la cama, y aun cuando el enfermo no haga ningún esfuerzo, escapándose debajo del braguero, si el enfermo se pone de pie.

Dichos grados de reductibilidad de las hernias con relación á sus dimensiones, muestran lo que puede esperarse de su contención con los bragueros, admitiendo por supuesto, que permanezcan indefinidamente como reductibles. Pero si se considera la situación de un herniario, portador de un braguero, resulta que es de las más variables, hecho que depende de la serie de circunstancias que intervienen, y que tienen relación con la hernia, el sugeto y el aparato.

Supongamos, concurriendo las mejores condiciones para el resultado de una contención: una hernia de las clasificadas en la primera clase, hernia que sale poco, que no molesta, sin nada especial en la región, que se trata de un adulto que por su posición social no necesita entregarse á ciertos trabajos corporales. ¿Puede asegurarse al enfermo que nada debe temer de su hernia? Desde luego es imposible decir si su afección conservará siempre el mismo grado de desarrollo, sino lo contrario, pues son verdaderamente raras las hernias que permanecen indefinidamente con un volumen determinado, recuérdese que la mayor parte han comenzado por ser pequeñas y perfectamente contenidas, acabando por volverse grandes é incoercibles, siendo en muchos casos y aun permaneciendo pequeñas, un peligro de muerte.

A pesar de esto, la posición social de los enfermos en ciertas condiciones, constituye una garantía para el buen éxito del braguero,

alejando los peligros; no sucede lo mismo con la clase trabajadora, en la que los esfuerzos hacen imposible una buena contensión, en la mayoría de los casos, y de aquí que los vendajes y aparatos no den sino una seguridad engañosa, si no es que se vuelven causa de los accidentes que se trataba de evitar.

Si se atiende á los otros grados de reductibilidad, se ve cómo varían las condiciones, hasta llegar á constituir la incoercibilidad, variando con dichos grados los beneficios que de los bragueros pueden esperarse. Por otra parte, si algunas hernias no provocan dolor, otras van acompañadas de una sensibilidad exquisita, con irradiaciones á toda la región inguinal y lomber, que hacen imposible el uso del braguero; y en otras ocasiones, aunque el tumor herniario no sea doloroso, espontáneamente lo es, por la simple aplicación del aparato contentivo que se hace insoportable.

La misma reductibilidad que hace posible la entrada y salida de la masa intestinal del saco herniario, es la causa de cólicos ya sordos ó bajo la forma de atirantamientos, llegando á producir dificultades para andar y á veces la impotencia.

Aun las hernias pequeñas suelen convertirse en amenaza, pues al salir son atacadas de estrangulamiento con toda su gravedad.

De una manera general, y á pesar de los medios para lograr una contensión perfecta, se puede asegurar que las hernias constituyen un peligro de muerte por las eventualidades á que están expuestas, como lo prueba la estadística de Malgaigne, que establece el hecho de que la población constituida por los herniarios desaparece cuatro veces más pronto que la ordinaria, y que después de los setenta y cinco años mueren siete veces más viejos herniados que otros que no lo son.

A pesar de todo, el braguero continúa siendo el tratamiento preferido por la mayoría de los enfermos, y no es sino en condiciones especiales, cuando cede su lugar á la curación radical; los defensores de aquel medio además sostienen: 1.º Que los bragueros pueden curar radicalmente las hernias en muchos casos. 2.º Que en la mayoría, aunque el braguero no sea sino un paliativo, queda la hernia bien contenida como si fuera una hernia curada; y 3.º Que en los casos de hernia incoercible ó irreductible, sirviendo el aparato como medio de sostén y protección, se opone al mismo tiempo al crecimiento del tumor. Respecto de la primera conclusión, debe

recordarse que sólo se realiza en la niñez; de la segunda, hay que convenir en que el hecho no es muy común, pues la mayoría de los enfermos, ya sea por la naturaleza de su trabajo ó por ignorancia ó negligencia, se abandonan ó se aplican un aparato poco apropiado, teniendo que ocurrir al fin y al cabo en demanda de algún medio que les quite las molestias y amenazas constantes, ó que tenga por objeto el tratamiento de un accidente de mayor ó menor importancia.

De la tercera conclusión, puede asegurarse que no está bien fundada, pues permaneciendo una hernia en su saco por ser irreducible ó incoercible, poco ó nada debe esperarse del braguero para impedir el aumento progresivo del volumen, quedando reducido su papel, y eso de un modo excepcional, á proteger el tumor de los frotemientos y traumatismos exteriores.

Precisados estos puntos, pasemos al estudio del *tratamiento curativo*. Éste tiende á suprimir de raíz la enfermedad por medio de una operación más ó menos complicada, y á él se refiere la expresión: *curación radical de las hernias*.

Considerando el asunto desde el punto de vista clínico, tenemos que dos son las circunstancias en que puede hallarse el cirujano respecto de un herniario:

1.^a Es consultado por un enfermo acerca de la utilidad ó necesidad de operarse, ya sea para suprimir las molestias que le origina su hernia, ya para alejar las probabilidades de accidentes que pudieran poner en peligro la vida del herniado ó para evitar la repetición de éstos.

2.^a Tiene que atender á un individuo portador de una hernia que se ha complicado con accidentes más ó menos importantes y que exigen un tratamiento inmediato.

En el primer caso, cuenta el cirujano con todas las ventajas, estando en su mano el intervenir ó nó, según las condiciones del enfermo y de la hernia, y el estudio del padecimiento hecho con toda tranquilidad le traza la conducta que debe seguir.

En el segundo, interviene para remediar desde luego los accidentes, lo que si bien se consigue en muchos casos por maniobras no cruentas, requiere en otros una operación que siendo uno de los tiempos de los que se emplean para curar radicalmente las hernias,

invita para de una vez proceder, suprimiendo el mal de raíz y con él las probabilidades de que se repitan dichos accidentes.

Ahora bien, suponiéndonos en las condiciones primero indicadas, ¿deben curarse las hernias de un modo radical? Si se atiende á lo dicho respecto de la marcha y pronóstico de esta enfermedad, se puede contestar por la afirmativa para el mayor número de casos, estableciendo como regla el que en principio se puede y debe suprimir un estado que, salvo raras excepciones, tiende á exagerarse y poner en peligro la vida y tranquilidad de los enfermos, que influye sobre su desarrollo corporal y los coloca en condiciones de inferioridad física notable limitando su actividad.

Pero si, como regla, admitimos esta manera de pensar, creemos necesario el establecer cierto número de categorías, según que la operación está más ó menos indicada, y de aquí que propongamos la siguiente clasificación que comprende tanto los casos en que se opera *en frío*, como aquellos en que la operación se ejecuta bajo la presión de los accidentes:

- 1.º *Casos en que debe aplazarse la curación radical.*
- 2.º *Casos en que debe operarse, porque la operación es ventajosa.*
- 3.º *Casos en que se debe operar, porque la intervención es necesaria.*
- 4.º *Casos en que se debe intervenir, porque la operación es indispensable.*
- 5.º *Casos en que no se debe intervenir con la idea de obtener la curación radical, aunque se opere para remediar ciertos accidentes.*

1.º *Casos en que debe aplazarse la curación radical.*—Cuando se trate de niños que no han cumplido los siete años de edad, portadores de hernias reductibles y coercibles, por medio de un vendaje ó aparato soportable y no haya habido complicaciones y accidentes serios.

En los jóvenes ó adultos, de buena posición social, con hernias pequeñas (1), cuando éstas sean perfectamente reductibles y coercibles, queden tan bien contenidas que no ofrezcan probabilidades de accidente alguno y se trate de *personas pusilánimes*.

La experiencia ha enseñado que en los niños es posible la cura-

(1) La división de las hernias en pequeñas, medianas y grandes, aunque poco ó nada científica por su misma vaguedad, merece sin embargo conservarse para las necesidades de la práctica.

ción espontánea de las hernias, no siendo necesario para ello mas que contener las vísceras adentro del vientre y esperar á que la naturaleza obture por sí sola el canal. Si por otra parte no se han presentado accidentes y las probabilidades de que éstos ocurran, se alejan por el hecho de una buena contensión, nada se pierde con aguardar á que el desarrollo propio de las partes haga desaparecer el estado patológico, substituyéndolo por otro normal, á no ser que alguna complicación seria nos obligue á intervenir. Por otra parte, necesitando la operación para ser eficaz, como veremos después, el ser amplia y subir á cierta altura en el canal, se agrava su pronóstico en los niños muy pequeños, lo reducido de la región hace difíciles las maniobras operatorias, además de que en la edad tierna se realiza mal la antisepsia rigurosa. Sin exajerar el valor del vendaje, puede asegurarse que con más ó menos trabajo es aplicable, mientras llegan á una edad en que la intervención tenga mayores probabilidades de éxito, y aunque el límite de los siete años parezca arbitrario, puede sostenerse que la hernia que no se ha curado espontáneamente á esa edad, ya no lo será en lo adelante.

A medida que el niño crece, cambian las condiciones y es más fácil la intervención quirúrgica; se corrige en muchos casos la ectopia testicular cuando existe, favoreciendo así el desarrollo de la glándula y el general; se aleja una causa de decadencia orgánica; se permite al niño entregarse á los juegos propios de su edad, y se le libra de un aparato que, además de su costo, constituye una verdadera carga para el que tiene la necesidad de usarlo.

En los jóvenes y adultos *pusilánimes*, portadores de una hernia pequeña (punta, bubonocelo, hernia funicular) reductible y coercible, que gozando de una buena posición social no tienen la necesidad de hacer esfuerzos, puede contemporizarse y dejarlos con su aparato, no siendo urgente la práctica de una intervención que, aunque en pequeño número, ofrece peligros, reservándola para cuando se presente alguna circunstancia que haga variar las condiciones de la hernia.

En los casos de este primer grupo, la regla debe ser la expectación armada, dispuestos para intervenir cuando los accidentes lo hagan necesario, ó cuando pudiendo vencer la repugnancia del enfermo por la operación, sea posible el librarlo de una enfermedad que aun en las mejores condiciones es una causa de decadencia orgánica.

2.º *Deben operarse, porque la operación es ventajosa.*—En general, todas las hernias, siempre que no haya contraindicación formal, pero más particularmente las reductibles y coercibles de los jóvenes y adultos que no hayan presentado accidentes serios (estrangulación), hernias sin tendencia al crecimiento rápido, siendo de fuerza y cualquiera que sea su grado de desarrollo, si el enfermo requiere la intervención.

Las hernias de este grupo, son las generalmente tratadas con bragueros, y muchos pacientes soportan las molestias é inconvenientes propios de su enfermedad durante largos años; pero otros, ya sea para librarse de los peligros inherentes á su mal, por ciertas conveniencias sociales (matrimonio sexo), ó para poder entregarse á ciertos trabajos (ejercicios de fuerza, carrera militar), reclaman un tratamiento que les cure radicalmente su hernia.

En este grupo, la operación pudiera juzgarse como de complacencia; pero si se atiende al porvenir de los herniarios, habrá que convenir en que siempre lograrán ventajas evidentes al emplear un tratamiento que da éxitos brillantes en la mayoría de los casos, y de desearse sería que tanto enfermo que arrastra una condición precaria, soportando un aparato más ó menos conveniente, se decidiera por sujetarse á alguna de las operaciones con que en la actualidad cuenta la cirugía para la curación radical de las hernias.

3.º *Casos en que se debe operar, porque la intervención es necesaria.*—Cuando se trate de hernias afectadas de irreductibilidad simple, las hernias con ectopia testicular, las hernias dolorosas, las que tengan tendencia á un crecimiento rápido, ó en individuos con afecciones que exigen esfuerzos (enfisema, asma,) ó cuando se trate de hernias que hayan presentado accidentes que no sean de estrangulamiento (pseudo-estrangulamientos).

(Continuará.)