
“CONSTANTIA.” (1)

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

(CONTINÚA.)

7° *Canalización y curación.*—L. Championnière usa de una manera constante de la canalización, colocando un tubo que llega hasta estar en contacto con el plano de suturas sobre el canal, pero sin que jamás penetre debajo de éste. Si las bolsas han sido ampliamente abiertas, el tubo debe descender hasta ellas sobre los lados de la raíz del pene.

De esta manera impide toda tensión delante de la sutura y la acumulación de líquidos que pudiera formarse en las bolsas ó en su parte superior.

La práctica de la generalidad de los operadores, no es tan uniforme como la del autor del método y hay más bien cierta tendencia á suprimir la canalización, al menos, para las hernias pequeñas y de mediano volúmen, reservándola para aquellos casos en que pueda esperarse la acumulación de cierta cantidad de serosidad; en cualquier caso debe quitarse el tubo lo más pronto que sea posible, al segundo ó tercer día, según la cantidad del escurrimiento.

El apósito viene á completar de cierto modo la operación, debe ser antiséptico y con una buena cantidad de algodón, sostenido por un vendaje de ingie, que no sólo sea contentivo, sino que comprima ligera y uniformemente la región operada; dicho efecto compresivo, es de cierta importancia para el éxito y no debe quitarse el apósito antes de que haya transcurrido la primera semana.

El tratamiento consecutivo á la operación radical, ó mejor dicho, á la operación que tiene tal objeto, comprende dos tiempos sucesivos: el primero es el inmediato al acto quirúrgico, el segundo corresponde á la época en que ya cicatrizada la herida, se trata de la vuelta del paciente á sus ocupaciones ordinarias.

(1) Véase la página 376 de este volumen.

Desde luego es preciso sujetar al enfermo á una dieta de alimentos sólidos, prefiriendo la leche como alimentación exclusiva durante los primeros días, pues á menudo, una ingestión prematura de ciertas substancias de mayor poder nutritivo, va seguida de cierta alza en la temperatura.

Después debe purgarse el enfermo al día siguiente ó á los dos días de la operación, pues con ello se simplifican las consecuencias del cloroformo, no se presentan dolor ni vómitos ó se hacen estos más raros y cortos, y sobre todo, se asegura la permeabilidad del intestino que presenta cierta tendencia á la paresia, por el hecho mismo del acto operatorio.

Las demás precauciones, en lo que se refiere á enfriamientos, etc., son las de rigor en todas las operaciones que se ejecutan en el vientre y no merecen especial mención.

La segunda fase del tratamiento consecutivo, comprende los cuidados que deben tenerse con la cicatriz, para que ésta termine su consolidación y para evitar las recaídas.

Durante mucho tiempo se consideró el vendaje como necesario para todo operado de hernia y de aquí, que se dijera que no variaba gran cosa la situación, supuesto que continuaban sujetos los herniarios á las molestias del braguero. L. Championnière, como regla lo suprime, sustituyéndolo por una pelota con cinturón y sin resorte, que tiene por objeto proteger el lugar operado y permitir á las cicatrices el que concluyan bien su consolidación; reservando el braguero para aquellos enfermos que han tenido una hernia grande ó poseen una pared abdominal en malas condiciones.

El aparato usado por Championnière, no es según dice su autor, un verdadero braguero, sino un medio de sostén para las vísceras, que evita el que éstas vengan á ejercer presiones sobre una cicatriz tierna y por lo tanto, poco resistente. No se apoya sobre la misma cicatriz sino arriba de ésta y lo suprime á los seis meses de terminada la curación, considerando que al cabo de ese tiempo ha quedado bien constituida una cicatriz vigorosa. El aparato es de tan fácil uso, como un par de tirantes y no debe descansar sobre ninguna parte dolorosa ó irritada.

Por último, debe recomendarse á los operados, que eviten los ejercicios ó esfuerzos de cierta intensidad durante unos seis meses, término medio, y el estar sujetos á una constipación, origen de presiones perniciosas sobre la región operada.

El método de L. Championnière, tal como se ha descrito, es el aplicable al mayor número de casos; pero se presentan otros, en que ya sea por las condiciones especiales de la hernia ó por el sexo del paciente, es preciso hacer ciertas modificaciones, que aunque ligeras, hacen variar algunos de los detalles de la operación.

En las hernias pequeñas, se dificulta encontrar el saco procediendo como de ordinario y para mayor seguridad, es conveniente cortar desde luego el canal inguinal en toda su extensión, disecando después en sentido inverso, es decir, del abdomen hacia abajo.

Con las hernias inguinales muy grandes, es necesario preparar al enfermo durante un tiempo largo con el reposo en el lecho y purgantes repetidos, debiendo hacer el cirujano tentativas moderadas de reducción, para darse cuenta de la facilidad ó dificultades que se presentarán en el curso de la operación.

Las hernias inguinales muy grandes, suelen contener al intestino grueso que puede presentarse de tres maneras distintas:

1° Deslizando con su mesocólon de tal modo, que al nivel del cuello una parte de la periferia de éste queda ocupada por el intestino, atrás del cual hay una ausencia del peritoneo.

En dicho caso, al disecar el cuello, se encuentra el cirujano con el intestino y no pudiendo abolir la serosa arriba de aquél, se ve obligado á dejar un hueco arriba y en la cercanía del anillo. Si pone dos ligaduras cruzadas, puede suceder que aprieten una parte del intestino grueso exponiéndolo á accidentes.

Para remediar esto, se recomienda pasar varios hilos en cadena con el cuidado de poner la última asa lo más alto que sea posible, viendo si no coge al intestino que se ha rechazado y desprendido previamente; las suturas quedan sobre el anillo músculo fibroso, soportando el esfuerzo de las vísceras que tienen cierta tendencia á descender en el pequeño fondo de saco que queda del lado del intestino. En muchas ocasiones es preciso hacer una verdadera autoplastia, utilizando los colgajos para reparar la brecha formada, multiplicando para lo mismo el número de puntos de sutura.

En estas grandes hernias, es necesario el uso del vendaje consecutivo por la facilidad con que se presentan las recaídas.

2° El intestino grueso ha descendido de tal manera, que constituye parte de la pared del saco. La operación tiene que ser incompleta, los

hilos colocados como en el caso anterior, quedan muy abajo, formándose un verdadero fondo de saco arriba de ellos y la única corrección que puede intentarse, consiste en el desprendimiento del intestino más allá del anillo ó sea adentro del vientre, maniobra difícil y que expone á una hemorragia á veces considerable.

3º El intestino forma la parte más extensa é importante del saco. En estos casos, raros felizmente, se encuentra un fondo de saco seroso pequeño, situado detrás de una gran asa del intestino. La primera dificultad es la apertura del saco, pues si no se ejecuta ésta con grandes precauciones, se penetra desde luego al interior de la asa, y de aquí la obligación de proceder siempre capa por capa y con el mayor cuidado, fijándose en el color y vascularización de las partes subyacentes. Rechazado el intestino al interior, no queda más recurso para mantenerlo levantado que fabricar debajo de la abertura del abdomen un verdadero emparrillado con hilos de catgut grueso bien colocados sobre la pared muscular, apretándolos después de estar seguros de que realizan el levantamiento en cuestión.

En todos los enfermos de esta categoría no hay que dilatar la aplicación del braguero, pues la reincidencia es de las más frecuentes.

Tratándose de hernias dobles, se debe ser muy circunspecto en lo tocante á la operación única, siendo preferible hacerla en dos épocas distintas separadas por un intervalo de dos á tres meses; así se reduce la intensidad del choque y se adquiere experiencia respecto de la eficacia de la intervención. Sólo cuando se trate de un sujeto robusto portador de una hernia doble, con la que pueda estarse seguro de que no se presentarán grandes dificultades, es lícito ahorrarle las molestias operando en una sola sesión.

La operación de la hernia inguinal en la mujer, no difiere sensiblemente de la descrita más que por el tratamiento y naturaleza de los órganos que pueden formar parte del contenido herniario.

Al disecar, se debe buscar el ligamento redondo y sus conexiones con el saco, el cordón fibroso desciende hasta el gran labio y contrae con la cara profunda de éste una adherencia resistente, fusionándose hacia arriba de tal modo que es casi imposible distinguirlos; por dicho motivo se debe atacar al ligamento desde luego, desprenderlo del fondo del gran labio y disecarlo de abajo arriba hacia el orificio inguinal exterior, encontrando al saco en esa vía; se disecciona muy alto con grandes cuidados,

reconociendo las paredes, y con el dedo metido en el vientre, se aprecian las conexiones con los anejos uterinos, se liga el cuello de la hernia y se le reseca como de ordinario.

Si el contenido del saco está formado por la trompa ó por el ovario, se procede como para el testículo, reduciendo dichos órganos cuando estén normales y se pueda llevar á cabo su desprendimiento, y sacrificándolos cuando estén degenerados ó impidan una buena oclusión del orificio herniario.

Hasta aquí hemos considerado la operación como ejecutada en las mejores condiciones de tranquilidad ó bajo la presión de accidentes poco graves, pero en la práctica son frecuentes los casos en que hay que intervenir en pleno estrangulamiento; en estos los tiempos operarios son idénticos á los descritos, sin más variación que la que se impone por la imposibilidad de escoger una época á propósito y de preparar al enfermo.

Como hemos indicado en otra ocasión, no es la cura radical el objetivo principal del cirujano sino el tratamiento del accidente; pero no existiendo un estado general tan grave que contraindique el prolongar las maniobras y siempre que las alteraciones de las partes lo permitan, es de regla terminar la operación resecaando el epiplón, suprimiendo el saco después de ligado; en una palabra, haciendo la curación radical.

En la hernia estrangulada, las partes cercanas al saco y al cuello, suelen estar congestionadas ó infiltradas; hay derrames sanguíneos debidos á los esfuerzos del taxis intentado para reducirla y los vasos sangran abundantemente al ser divididos. El saco es más frágil, y por lo tanto se presta mal á las tracciones.

En todo caso, el estado de la hernia es el que fija la conducta ulterior del cirujano: cuando el epiplón está alterado es preciso no limitarse á resecaar la parte herniada, sino subir lo más que se pueda hasta quedar seguros de haber resecaado sobre un punto sano; y para reducir las vísceras, hay que remover el obstáculo que se oponía á la reducción, maniobra que se simplifica mucho teniendo á la vista y pudiendo tocar dicho agente; con un bisturí abotonado se harán las incisiones que fueren necesarias para el efecto, y si existen adherencias cercanas al cuello, se les descubre y desprende hasta lograr la perfecta libertad de las partes herniadas. La purificación del contenido del saco es de rigor cuando existe un estrangulamiento, y para lograrla, recomienda Cham-

pionnière, además de la resección amplia del epiplón, el tocar el asa intestinal con una solución fenicada al 1 por 20. Siendo muy frecuente el encontrar una peritonitis herniaria concomitante, debe prescindirse de toda tracción sobre el saco para resecarlo, pues la fragilidad de los tejidos los expone á desgarraduras, y nos limitaremos á ligarlo al nivel de la parte más accesible.

Cuando se trate de un enfermo debilitado en el que se desee abreviar la intervención, puede el cirujano conformarse con poner las ligaduras del cuello del saco prescindiendo de su resección.

El estado del intestino es el que influye más sobre la manera de terminar la intervención, y la sospecha más ligera de que haya comenzado á mortificarse, da al asunto un giro distinto y obliga al cirujano ya á establecer un ano artificial simple ó previa resección intestinal, operaciones que, aun con todos sus inconvenientes, dan más esperanzas de éxito que una reducción hecha con un intestino en inminencia de perforarse ó del que se ha resecado una asa más ó menos considerable.

Los últimos tiempos de la operación, el apósito y el tratamiento post-operatorio en nada difieren de los que se hacen cuando no existe el estrangulamiento, debiéndose insistir en la administración de los evacuentes y sometiendo al enfermo á una dieta aún más severa que la usada en la generalidad de los operados.

En la generalidad de los casos y sobre todo cuando se interviene en buenas condiciones, no trae la operación resultados peligrosos. Las nauseas consecutivas al cloroformo, la retención de orina, la constipación, la disnea, los derrames ó infiltraciones sanguíneas, la orquitis, etc., constituyen más bien molestias que verdaderas complicaciones y desaparecen fácilmente con el tratamiento adecuado.

(Continuará.)