

Pero, como ya se dijo, que la parte punzante del gancho ó fístol se había hecho accesible, casi en su totalidad no existía inconveniente; serio para abandonar la porción lisa, naturalmente aséptica de vidrio que la componía; á mayor abundamiento no era ésta bastante voluminosa para temer se detuviera en el canal intestinal. Con el temor de su permanencia prolongada, el Dr. Ruiz intentó la alimentación que le pareció oportuna para favorecer la formación de un bolo fecal más fácilmente expulsable, idea que bien analizada era puramente especulativa. Sea como fuere, el resultado justificó la prudente conducta de nuestro compañero, y hay que felicitarle por la valiosa ayuda que dió al organismo del pobre niño que estaba á su cuidado.

La cirugía gástrica se ha perfeccionado hoy de tal modo, que sin duda alguna cualquiera otro práctico habría intentado tal vez la pequeña gastrectomía que el hecho analizado reclamara; pero siempre, aunque remotamente con cierto peligro, vistas la naturaleza de la intervención y la edad del enfermito, en tanto que la conducta del Dr. Ruiz garantizó á su paciente contra cualquiera eventualidad. El *mellius non nocere* se impuso hábilmente y el resultado final justificó el proceder.

La clínica concluye proponiendo á la Sociedad se den las gracias más cumplidas al Dr. Ruiz, por el envío del curioso caso clínico, á la vez que se publique su trabajo en el periódico de la Sociedad.

Sala de Comisiones, Julio 19 de 1899.

R. LAVISTA.

"CONSTANTIA." (1)

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

(CONTINÚA.)

Los accidentes graves son la peritonitis séptica, la congestión pulmonar y el estrangulamiento interno y á ellos se debe la mayor parte de los casos de muerte; á pesar de ésto, puede decirse que la operación de Championnière no trae resultados peligrosos y que si se comparan

(1) Véase la página 440 de este volumen.

con los que corre el herniario que no se opera, resultan aquellos en menor número, de aquí que deba intervenirse no solo en el que sufre accidentes sino aun en el que desee desembarazarse de una afección que le estorba, lo humilla y pone en condiciones de inferioridad material y aun moral manifiestas.

La operación según el método de L. Championnière ha sido ya juzgada en el extranjero y en México, se puede asegurar que es la clásica para el tratamiento de las hernias inguinales, pues es la preferida por el mayor número de nuestros cirujanos.

Su mortalidad era, según el autor del método, de 0.76 por 100 en el año de 1892 y posteriormente según lo declarado por él mismo en la sesión del 3 de Agosto de 1897, (*) es solo 0.71 por 100, proporción que debería bajar á 0.20 por 100 si no se operara mas que á individuos que no hubieran pasado de los 40 años y exentos de toda tara orgánica.

Desde el punto de vista de las reincidencias, la proporción estaría representada por un 5 por 100 y de ellas la mayor parte habrían podido ser previstas dadas las condiciones de la pared abdominal. Una de las causas principales de repetición es el engrasamiento frecuente que viene á consecuencia de la curación radical, engrasamiento contra el que hay que luchar por el régimen y el ejercicio.

El número de observaciones que nos ha sido posible reunir no nos autoriza para determinar proporciones respecto de la mortalidad y las reincidencias; pero el buen éxito obtenido en la mayoría de los casos y el no contar con ningún caso mortal, nos permite asegurar que entre nosotros la operación de L. Championnière está destinada á ser lo que es en Europa.

De las 39 observaciones cuyo resumen damos al fin del presente estudio, pues describirlas una á una sería repetir inútilmente todo cuanto respecto de técnica se ha dicho; en 33 se aplicó el método de L. Championnière con todos sus detalles, en una no se abrió el saco y en dos se hizo la simple sutura de los pilares. Tomando en cuenta las operaciones hechas conforme á los preceptos del autor citado, tenemos que el éxito inmediato fué la regla respecto del resultado definitivo, pudo preverse la reproducción en un caso (obs. 9) dado el estado de las paredes abdo-

(*) Sesiones de la Academia de Medicina de París. (1897)

minales, notándose la reincidencia al poco tiempo en otros dos, (obs. 3 y 7) quienes á pesar de la repetición de la enfermedad lograron cuando menos que su hernia fuera coercible con un braguero.

La mayoría de los pacientes no ha podido ser observados después de un tiempo largo, pues si se exceptúan los reconocidos uno á los cuatro años, (obs. 3) y otro á los seis años (obs. 8) de operados en quienes persistían los beneficios de la curación radical, los demás se han examinado en épocas comprendidas entre los quince días y los ocho meses después de la intervención, perdiéndose de vista luego, lo que no nos permite asegurar la persistencia del éxito obtenido al principio.

Las dificultades para seguir á los pacientes durante cierto tiempo son bien conocidas y á nadie extrañará la carencia de datos para determinar si se ha presentado ó no la reincidencia, de aquí que de la valorización de los casos recogidos no podamos sacar conclusión alguna á ese respecto, pues no nos consta mas que el resultado inmediato de la mayor parte de las observaciones y solo en dos el definitivo.

Si se atiende á que muchos de los operados son militares y que de haber reincidido su afección habrían solicitado de nuevo los recursos del arte, pudiera aumentarse el número de los que obtuvieron una curación radical en toda la acepción de la palabra; pero lo repetimos, carecemos de datos seguros en este sentido y basados en nuestras observaciones, solo podemos concluir que *la operación de L. Championnière es de un pronóstico benigno, que proporciona buenos resultados inmediatos y que probablemente da éxitos definitivos semejantes á los obtenidos por los operadores que han podido seguir por largo tiempo á sus enfermos.*

La operación de la hernia inguinal por medios que llamaremos cruentos, ha recibido multitud de modificaciones cuya descripción nos llevaría muy lejos. Mac Burney, Czerny, Schede. Pulliard, Bassini, Pouillet de Lyon, Duplay, Cazin, Halsted y otros muchos han preconizado sus respectivos procedimientos, variando uno ó más de los tiempos de la operación, usando suturas metálicas, ó no suturando, haciendo autoplastias con los músculos cercanos, etc., etc.; pero careciendo de elementos para juzgar dichas operaciones, nos limitamos á considerar como *preferible* el método de Championnière modificable según cada caso particular, método que ya ha hecho sus pruebas y sido sancionado por la expe-

riencia entre nosotros, y que puede aplicarse con más ó menos variantes tanto á las hernias simples como á las complicadas.

No quiere decir esto la exclusión de los otros procedimientos, sino que como regla general consideramos al descrito como el más apropiado para curar radicalmente las hernias inguinales, no olvidando que el eclecticismo debe dominar en Cirugía.

El tratamiento de las hernias inguinales por el método esclerógeno de Lannelongue parece constituir uno de los medios más eficaces para obtener la curación radical, y aunque á la presente dicho método está aún en estudio y no ha sido juzgado de una manera definitiva, es tan sencilla su aplicación y presenta tan pocos peligros, que mientras no se pruebe lo contrario, bien merece figurar como uno de los buenos recursos para intentar la curación radical.

Consiste el método de Lannelongue en último análisis en la inyección de una substancia esclerógena, (cloruro de zinc) en los bordes del anillo inguinal exterior cuidando mucho de no herir al cordón y de que el líquido no penetre á la cavidad peritoneal. Dicha substancia provoca por su presencia una reacción que se manifiesta por un trabajo de fagocitosis de los más activos, se multiplican los elementos anatómicos, formándose por último una celulitis, osteoperiostitis y funículo vaginalitis asépticas; probablemente adentro del saco pasa un trabajo irritativo idéntico al que se verifica en su pared exterior, trabajo que da origen á exudados y adherencias que llenan más ó menos la cavidad herniaria.

La *tumefacción vital* como la llama Lannelongue producida por el líquido esclerógeno no se limita al punto directamente inyectado, sino que se propaga á la pared del vientre, al ligamento de Falopio, á lo largo del cordón y á los pequeños vasos; confunde en una masa todas las partes y hace cuerpo con el pubis formando lo que el autor designa con el nombre de *escleroma*. El hinchamiento que se produce desde luego evoluciona lentamente volviendo la región á tomar su forma poco á poco pero sin que venga la *restitutio ad integrum*, pues queda una esclerosis ó tejido de cicatriz de los distintos planos que tapa el anillo púbico, cierra por lo mismo la salida de las vísceras y atrofia el saco herniario cuyas paredes llegan á soldarse y formar un cordón duro.

La primera y capital condición que se necesita para que el método esclerógeno sea aplicable, es que se trate de una hernia perfectamente

reductible, pues de no ser así, el tapón constituido por los tejidos nuevamente formados, comprimiría y aun estrangularía el contenido de la hernia dando origen á graves accidentes. Es conveniente además que la hernia sea coercible para que el trabajo de esclerosis tenga tiempo de realizarse sin que las vísceras por su impulsión distiendan el escleroma.

Como preparación del enfermo, es útil administrarle un purgante ligero la víspera, recomendando además el autor el empleo de la anestesia general con el cloroformo.

Aseada y desinfectada la región inguinal, se comienza por reducir la hernia y se hace que un ayudante ejerza sobre la región una presión suficiente para evitar la salida de las vísceras aunque se produzcan esfuerzos por parte del enfermo. Puesto el operador del mismo lado que la hernia hace una serie de tres inyecciones internas ó sea adentro del cordón comenzando por la más elevada. La primera debe quedar en el anillo inguinal interno depositando el líquido sobre el borde *superior del pubis* entre la sínfisis y la espina púbica ó sea lo más alto posible. El índice de la mano izquierda, después de haber buscado al cordón, lo protege mientras se inyecta y para lograr dicha protección recomienda el autor que se aplique la pulpa del dedo sobre el pubis frente de la sínfisis y al nivel de su borde superior, de allí llevar el dedo hacia afuera paralelamente al borde superior del pubis comprimiendo las partes blandas hasta sentir la resistencia del hueso; pronto se encuentra al cordón que se escapa formando un relieve á veces visible pero que se siente siempre. Este relieve indica que el cordón ha venido á colocarse hacia adelante de la pulpa y de la uña del índice. Para encontrarlo de nuevo, se recorre con el dedo el mismo camino pero en sentido inverso hasta notar que el cordón ha pasado bruscamente atrás de aquel, se detiene entonces el curso del dedo y se mantiene al cordón hacia atrás cubriéndolo mientras que la uña se apoya sobre el borde superior del pubis arriba del anillo.

Con la mano derecha introduce el cirujano la aguja de una geringa de Pravaz cargada con una solución de cloruro de zinc al 1 por 10 inmediatamente adelante de la uña, estando seguro de no herir el cordón protegido y de encontrarse en el anillo público. La aguja debe atravesar los tegumentos desde la línea media y aun desde el lado sano para dirigirse oblicuamente hacia el pubis; para esto la aguja debe formar

con la piel del lado donde se opera un ángulo de 100° á 120° y casi en el eje del pliegue de la ingle. Se penetra en los tejidos un poco arriba de las sínfisis y después de haber atravesado las partes blandas, se alcanza el borde superior del pubis sobre la uña de la mano izquierda, siendo necesario en todo caso que la punta sea detenida por el hueso. Se depositan diez gotas del líquido sobre los planos osteofibrosos de la región y se saca la aguja cuidando de que no queden algunas gotas en los tegumentos para evitar la formación de pequeñas escaras. El líquido inyectado se difunde sobre la superficie del cordón, el pilar posterior y la pared posterior del trayecto inguinal.

La segunda picadura es hecha de la misma manera á medio centímetro ó á un centímetro abajo de la primera y tomando idénticas precauciones; por último, para la tercera conviene inclinar la jeringa un poco de abajo hacia arriba. En los jóvenes no se puede hacer más de dos inyecciones hacia adentro del cordón.

La segunda serie de inyecciones se hace hacia afuera del cordón: la primera de ellas sobre el borde superior del pubis casi al nivel de la espina púbica. El operador se coloca del otro lado del de la hernia, con el índice izquierdo busca el cordón partiendo de la espina púbica y dirigiéndose hacia la sínfisis, luego moviéndolo en sentido inverso encuentra de nuevo á dicho órgano y lo rechaza y lo fija como en la primera fase de la operación. Se inyecta sobre el borde superior del pubis en la región de la espina bajo un ángulo de 100° á 120° y en el eje del pliegue de la ingle debiendo chocar la punta de la aguja contra el hueso inmediatamente adelante del índice izquierdo. Para la segunda y tercera inyección se procede de una manera semejante.

Como ya indicamos, el líquido empleado por Lannelongue es una solución de cloruro de zinc al 10 por 100 del que inyecta diez gotas por picadura, cualquiera que sea la edad del sujeto, repitiendo las sesiones en relación con el tamaño del tumor herniario.

Terminada la operación, antes de que despierte el enfermo y sin cesar de comprimir, se sustituyen los dedos del ayudante que cierran el anillo peritoneal por un tapón plano, fuerte, de las dimensiones de un peso; se ponen unas capas de algodón ouate y una espica de ingle con una venda de algodón y encima otra de tarlatana. El vendaje debe ser un poco compresivo, renovándolo al día siguiente si se hubiere aflojado y se suprimirá al tercero ó cuarto día si ya se han cicatrizado

los piquetes como es la regla. Caso de que sobrevenga un edema escrotal se empleará un suspensorio mientras aquel desaparece.

El tratamiento postoperatorio es variable, si aparecen dolores vivos después de la operación como generalmente sucede, es necesario mitigarlos con la morfina, y si el paciente fuere de una edad tierna, con el cloral; tratamiento que conviene también para un estado de contractura dolorosa de los músculos de la pared abdominal que suele presentarse durante los movimientos y esfuerzos de los operados. Luego que hayan desaparecido los sufrimientos, se permite al enfermo el que se levante y entregue á sus ocupaciones ordinarias siempre que éstas no requieran esfuerzos.

La reacción local producida en las partes inyectadas suele acompañarse muchas veces por una reacción general que se manifiesta por un ligero movimiento febril que no dura más de veinticuatro horas y sin malestar ni perturbaciones gástricas; el trabajo flegmático aséptico se realiza sin grandes molestias y no se limita á los puntos directamente tocados sino que se propaga á cierta distancia en el canal, obtura el anillo exterior y oblitera el saco herniario.

Si atendemos sólo á los efectos inmediatos de las inyecciones esclerógenas, resulta que llenan hasta cierto punto los preceptos que constituyen la curación radical, pues se suprime la enfermedad volviendo á su sitio las vísceras herniadas, modificando el canal y creando un sostén contra los esfuerzos que evite la reincidencia. Respecto de sus resultados no pueden ser más satisfactorios, pues de una serie de 44 individuos cuya edad estaba comprendida entre los 4 meses y 20 años, obtuvo Lannelongue 41 éxitos, y de otra de sujetos de 20 á 60 años en los que tuvo que hacer 7 operaciones, logró su objeto en todos los casos.

No es posible á la presente valorizar el método esclerógeno, está aún en estudio y sólo el tiempo podrá decirnos si son ó no justos los reproches que en la actualidad se le hacen; el más serio es, sin duda, el de que la funiculitis que se produce á consecuencia de la inyección, trae la atrofia del testículo del lado correspondiente, reproche que de ser cierto limitaría la aplicación á la mujer y al viejo. El otro es que las inyecciones no hacen nada contra el infundibulum seroso de la hernia ni sobre las partes profundas del saco, no evitando, por lo mismo, las reincidencias. La falta de autopsias no permite contestar á estas objecio-

nes y sólo cuando se posean piezas anatómicas se sabrá si es ó no justo este reproche que al método de Lannelongue hace L. Championnière.

En México ya se emplea el modo de operar de Lannelongue, pero las observaciones son pocas para poder decir algo respecto de su eficacia. Sabemos de algunos cirujanos que han tratado hernias por medio de las inyecciones de cloruro de zinc, mas careciendo de los datos correspondientes nos abstenemos de emitir un juicio. Por nuestra parte las hemos ensayado en un caso, (obs. 37) y no logramos sino la formación de una masa de tejidos esclerosados que obturaba el anillo inguinal exterior, pero que no era suficiente para detener la impulsión de las vísceras, pues se las veía levantar bajo la influencia de los esfuerzos.

Entre nosotros más que el método de Lannelongue se ha estado empleando un procedimiento esclerógeno que llamaremos americano ó del Dr. Buell á falta de otro nombre. La operación consiste en hacer una ó varias inyecciones ya no en los bordes del anillo sino en el mismo canal valiéndose de una jeringa especial y de un líquido cuya composición permanece secreta.

La operación tal como se la hemos visto practicar al Dr. Guillermo Parra comprende lo siguiente: Puesto el enfermo en la postura de Trendelenburg, aseada y desinfectada la región de la hernia, valiéndose para esto de la *listerina*, hace en la piel una inyección de clorhidrato de cocaína al 2 p ∞ , introduce después su dedo índice de la mano izquierda en el canal inguinal formando un pliegue con la piel del escroto, y limitando la penetración del instrumento lo introduce cargado con el líquido esclerógeno.

Dicho instrumento, que merece especial descripción, consiste en una jeringa de unos cuatro á cinco gramos de capacidad, provista de una aguja que á su vez lleva en el interior una especie de mandrín romo perforado y en comunicación con el cuerpo de bomba; la aguja juega sobre el mandrín de tal manera que penetrando aquella puede deslizar después hacia arriba dejando á descubierto la parte embotada del mandrín con el que se penetra por el canal hasta el anillo inguinal interior, siguiendo el cuello de la hernia, y sin peligro de herir el peritoneo ni los elementos del cordón.

Una vez la extremidad del instrumento al nivel de la parte más profunda del cuello, hace penetrar en el canal de treinta á cuarenta gotas del líquido y saca la aguja aplicando un braguero inmediatamente

después. El enfermo permanece acostado algunas horas permitiéndosele el que se entregue á sus ocupaciones desde el día siguiente siempre que éstas no requieran esfuerzos.

El dolor producido por la inyección es insignificante y á las tres ó cuatro horas se presenta cierta molestia más ó menos penosa que combate por medio de una preparación narcótica llamada *papina*. La marcha de las cosas es de las más sencillas, pues sin reacción local ni general se forma una masa de tejidos nuevos que obtura el canal y el anillo exterior, tejidos que se organizan como en el método de Lannelongue produciendo el escleroma.

En los casos en que el orificio herniario es muy grande, se practican varias inyecciones con intervalo de diez á doce días siguiendo la misma técnica descrita, y en todos los casos se obliga al enfermo al uso del braguerio durante un par de meses mientras se refuerza el tejido nuevamente formado.

Prescindiendo en el procedimiento americano de su parte mercantil impropia en toda cuestión científica y que hace que la substancia esclerógena sea secreta, no podemos menos que reconocerlo como ventajoso, pues en algunos casos que hemos podido observar el resultado ha sido notable. Por nuestra parte lo hemos ensayado en un caso (obs. 38) en que ya se había puesto en práctica el de Lannelongue sin lograr la curación radical; atribuímos el fracaso á que la inyección no había pasado del anillo exterior, valiéndonos entonces de la aguja apropiada y siguiendo la técnica del Doctor Americano, repetimos la operación poniendo 1^{er} 00 de *cloruro de zinc en solución al 10 p 100* con 0^{er} 04 de clorhidrato de cocaína, y alcanzamos un éxito semejante á los obtenidos por el Dr. Parra, pues el dolor fué insignificante y la masa de tejidos esclerosos que obturó el canal se produjo de la misma manera que con su composición secreta.

En la observación 39 se aplicó el procedimiento de un modo idéntico y el resultado fué como en el caso anterior.

Se ve, pues, que en el procedimiento americano lo que importa es la aguja y hacer que la inyección penetre profundamente en el interior del canal, y que el líquido esclerógeno es asunto secundario, pues cualquiera puede servir para el objeto.

Los éxitos obtenidos con el método esclerógeno, se multiplican cada día y la modificación hecha en América lo ha simplificado de tal manera, que

la técnica se ha reducido á una inyección ordinaria, pero el reproche de que trae la atrofia del testículo es tan serio, que creemos que un cirujano prudente debe abstenerse de aplicarlo en el hombre cuyas condiciones de actividad genital merezcan conservarse, al menos que enterado el paciente de las dudas que acerca de la cuestión existen nos dé su consentimiento para ensayar un método cuyos resultados lejanos aun no son bien conocidos.

No es posible establecer un paralelo entre las operaciones de L. Championnière y Lannelongue pues las indicaciones de esta última son enteramente limitadas y sólo cabe la duda de cuál preferir cuando se trate de una hernia sin complicación alguna: reductible y coercible. En un caso tal pudiera el cirujano vacilar teniendo de un lado la gran sencillez y la *casi* seguridad de la ausencia de peligros y por el otro la ventaja de aplicar un método perfectamente conocido en todos sus detalles y cuyos resultados, aunque con mayores riesgos, se han comprobado por la experiencia. En tales condiciones y mientras no se resuelva lo relativo á la atrofia testicular juzgamos que el método esclerógeno debe quedar limitado á la *mujer, á los jóvenes ó adultos que quieran arriesgar un testículo y á los viejos.*

Como conclusiones de todo lo expuesto y sin otra idea que formular una respuesta á la 2ª de las cuestiones objeto del presente estudio, estableceremos las proposiciones siguientes:

1.ª Los recursos que deben preferirse para lograr la curación radical dependen del caso en presencia.

2.ª Si se trata del niño y no hay contraindicación alguna, se debe aplicar el braguero siempre que éste sea soportable.

3.ª En los casos no tratables por el braguero y en general como método de curación radical es de preferirse el de L. Championnière.

4.ª En casos bien definidos (mujer, ancianos) y previa advertencia y consentimiento del joven ó adulto, es de emplearse el método esclerógeno de Lannelongue con las modificaciones hechas en América, siempre que la hernia reúna las condiciones que para su aplicación se requieren.

Señores Académicos:

Hemos concluido, que nuestra buena voluntad sea la mejor disculpa de nuestras deficiencias.

(Continuará.)