

SEGUNDO: El germen xanthógeno probablemente no necesita el huésped mosquito para terminar su ciclo vital, sino que puede efectuarlo en los vertebrados.

TERCERO: Que el germen, tal vez bajo la forma de esporozario, puede permanecer en estado latente, hasta que es absorbido por el mosquito ó introducido en un vertebrado, encuentra las condiciones que necesita para terminar su ciclo vital.

CUARTO: Que no puede considerarse como improbable que dicho germen pueda también terminar su ciclo vital en los detritus orgánicos en putrefacción y de ahí contaminar al mosquito ó al hombre directamente.

QUINTO: Que la hembra del mosquito no solamente en el agua pone sus huevos, pero que sí es indispensable ésta para su desarrollo.

SEXTO: Que si bien es cierto que se ha logrado hacer desaparecer, casi por completo, la fiebre amarilla destruyendo los mosquitos en algunas localidades, ha sido porque el *Fasciata* es el factor por excelencia, pero tal vez también porque el petróleo mata también al germen en algunas de sus fases de desarrollo.

SEPTIMO: Debe investigarse si el *blast* amarillógeno sufre metamorfosis y cuáles son ellas.

Ciudad "Porfirio Díaz," Febrero 12 de 1904.

R. ORTEGA.

CLÍNICA EXTERNA.

CURACION RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

NO ESTRANGULADA

EN EL NIÑO DE POCA EDAD.

Si tratándose de la Cirugía herniaria en el adulto, pocos, muy pocos habrá quizás que no intenten sin vacilar la curación radical de las hernias; tratándose del niño, muchos son los adversarios de esta intervención quirúrgica, y éstos son tanto más intransigentes cuanto más corta es la edad del niño. El vendaje ha sido y sigue siendo considerado por un gran número de cirujanos como la *última ratio* del tratamiento; la curación radical sólo se reserva, y con ciertas restricciones, á los raros accidentes de la estrangulación.

ARGUMENTOS EN FAVOR DEL VENDAJE.

El habilísimo cirujano de Necker, el reputado de Saint-Germain, admitía en principio, que la curación de la hernia en los niños, por el vendaje, no podía dejar lugar á duda. "No vaciléis, decía, en prescribir toda especie de vendaje inguinal antes del primer año cumplido. A partir de este momento, haced llevar al niño un pequeño vendaje inglés llamado de goma; procurad mantener perfectamente la hernia, y podéis prometer una curación completa después de seis ó siete años de vendaje. He observado un gran número de curaciones indiscutibles por este sólo medio. Este vendaje deberá quitarse en la noche y ponerlo en la mañana durante muchos años; sólo á este precio la curación es posible." 1

Berger opina del mismo modo. "En los niños y los recién nacidos, las hernias inguinales congénitas simples, pueden y deben curar por el uso regular del vendaje. . . . En la práctica, en los niños, la curación radical de las hernias debe ser muy *rebuscada*, y se obtiene las más veces por el uso regular del vendaje. . . . Para obtener la curación es preciso que la hernia no vuelva á salir después que se ha iniciado tratamiento. Es necesario, por consiguiente, que el vendaje se lleve día y noche. Si al cabo de algunos meses de este tratamiento, la hernia presenta la menor tendencia á salir, ó aun si el dedo colocado en el orificio herniario siente todavía su impulsión en la tos, no debe esperarse el éxito." 2

Berger atribuye la gran frecuencia de las curaciones espontáneas ú obtenidas por el vendaje á tres principales razones de orden anatómico: 1ª Obliteración espontánea del canal peritoneo-vaginal; 2ª crecimiento rápido de la cavidad abdominal; 3ª inserción más y más elevada del mesenterio.

Ahora bien; ¿es un hecho incontestable que con el uso regular y prolongado de un vendaje, la curación sea la regla y no la excepción? No lo creemos, y á falta de numerosas observaciones

1 De Saint Germain. «Cirugía de los niños.» París, 1884. Págs. 577 y siguientes.

2 Duplay et Reclus. «Tratado de Cirugía.» T. VI, páginas 651 y siguientes.

personales con que poderlo comprobar, citaremos la autorizada opinión de Broca, quien no ha llegado á las mismas conclusiones que los cirujanos antes citados. "Muchas veces, dice, he sido consultado para niños de sólo algunos días y algunos meses de edad. He aconsejado, naturalmente, el uso del vendaje, y aun tratándose de una madre, ó de una nodriza inteligente y cuidadosa, aun cuando el niño ha soportado bien el vendaje, he obtenido muchos fracasos; y más tarde, cuando el niño ha tenido mayor edad, he debido operarlo, ya porque su hernia ha quedado estacionaria ó aun ha crecido progresivamente.

"Otros niños, por el contrario, me parecen curados, pero no me atrevo á decir que lo estén, porque generalmente sucede que en los que se cree haber obtenido éxito, recomen-dándoles continuar con el vendaje, por precaución, durante algunos meses y aun años, retirándolo después, en éstos, al cabo de algún tiempo, con ó sin causa determinante conocida, la hernia reaparece." ¹

Podría objetarse que los hechos citados por Broca pertenecen á esa clientela hospitalaria y por ende pobre; se refiere á la clase obrera, que allá como aquí y en todas partes es, por desgracia, bastante negligente, y en la que los niños no son mejor atendidos que los adultos, y por lo mismo que el uso del vendaje no habrá llenado todas sus condiciones. Pero aun admitiendo como probables estas observaciones, hay multitud de hechos en los que á pesar del empeño, cuidado y estricta vigilancia de madres cariñosas y educadas, que han hecho llevar á los niños su vendaje día y noche: primero, un simple vendaje de caucho y más tarde uno de resorte, la hernia ha persistido y todo ha fracasado.

La estadística de Broca es muy elocuente y preciso es darle el valor que le corresponde. Hasta el año de 1898 alcanzaba la cifra de 1,200 niños operados de hernia, comprendidos entre 1 mes y 15 años de edad. Pues bien, la mayor parte de esos niños, casi la totalidad, han llevado su vendaje más ó menos tiempo y en no pocos el uso de él había sido bastante regular.

Por otra parte, aun suponiendo que la curación fuese todavía más frecuente de lo que se le supone, ¿sería motivo bastante para aceptar el

vendaje como tratamiento de elección de la hernia infantil? Sus mismos partidarios confiesan que tal método exige una vigilancia continua, muy difícil de obtener; cuando llega á dar buen resultado es después de muchos años, y con poca frecuencia la hernia se reproduce; dificultades prácticas, prolongación del tratamiento, incertidumbre del resultado, hé aquí á lo que se expone quien pretenda reducir al vendaje la terapéutica de la hernia infantil. Sería un *pis-aller* al cual podría uno resignarse si realmente la curación radical mereciera las objeciones y reproches que se le hacen.

OBJECIONES Á LA CURACIÓN RADICAL.

Las objeciones hechas á la curación radical consisten principalmente en los peligros de la operación, peligros que mucho se han exagerado y que la autorizada voz de Lucas Championniere ha hecho aceptar sin reserva alguna. "La operación, dice, para ser eficaz, debe ser ancha, amplia y ascender muy alto, lo que la hace fatalmente una operación grave en todos los niños muy pequeños. Es delicada, porque para llenar todos los tiempos necesarios, un campo tan restringido como las pequeñas paredes abdominales, origina una verdadera molestia. Los niños pequeños soportan mal la verdadera Cirugía antiséptica, y ni la seguridad, ni la regularidad de la reparación podrían obtenerse en los muy pequeños. Creo que en la gran mayoría de los casos, es ineficaz, peligrosa y puede reemplazarse por alguna otra cosa más simple." ¹

Creemos, con muchos, que los peligros de la operación no son mayores en el niño que en el adulto y á pesar de la pequeñez y lo limitado del campo operatorio es posible, sin embargo, llenar debidamente las indicaciones de todos y cada uno de los tiempos de la operación. Cuanto á la mortalidad de esta operación, baste decir que Broca en más de 600 operados de menos de seis años de edad y otros tantos poco más ó menos de 6 á 15 años, sólo ha tenido un muerto por peritonitis. Este resultado, como hay que convenir, es muy superior á cualquiera otra intervención en el adulto. Es incomparable.

¹ Lucas Championniere. «Curación radical de las hernias.» Págs. 371 y siguientes.

¹ «Tratado de enfermedades de los niños.» T. III, cap. VI.

Hay, en mi concepto, otras objeciones que hacer á esta intervención y son precisamente las que no se han hecho, y al señalarlas, su discusión servirá, así lo espero, no para rechazarla y proscrbirla, sino para precisar sus indicaciones y contra-indicaciones.

Sea la primera, la distinción que hacerse debe entre las operaciones exigidas, forzadas, en que se está obligado á intervenir, y las sistemáticas ó llamadas en frío. El primer caso es raro, pero ante él se debe intervenir para remediar, para impedir un peligro mayor. Dada una hernia estrangulada hay que operarla; entre el peligro probable de la intervención y el peligro seguro, evidente de la lesión, no hay que vacilar.

El gran principio de la Cirugía se impone: *intentar toda operación por grave que sea, si de ella se espera un resultado favorable.*

En cuanto á la operación en frío y en los niños de muy baja edad, es la bronconeumonía el mayor peligro que corren estos pequeños operados. Mas este peligro no es exclusivo á la curación radical de la hernia, sino que es común á todas las intervenciones que exijan la permanencia en la cama. Y si quisiéramos tomar al pie de la letra esta consideración, habría que abstenerse de la mayor parte de la Cirugía infantil y proscrbir, por ejemplo, todas las operaciones á frío, tales como: el labio leporino, la fimosis, la hernia no estrangulada, los pied bots, etc.

Por último, otra consideración no menos importante es la condición social del pequeño paciente. En efecto, si se trata de todos esos desgraciados niños de nuestro pueblo, á los que aqueja no sólo la pobreza y aun la miseria social, sino también la consecuencia natural de estas, la pobreza fisiológica,—de entre los cuales los más afortunados se tratan en el hospital,—es más que probable que no han de ser muchos los éxitos, y si numerosos los accidentes; pero estos últimos tampoco son particulares á la curación de la hernia, sino comunes también á toda hospitalización, á toda aglomeración infantil, como á toda afección tratada en un medio inconveniente. Si por el contrario los niños operados cuentan, en primer lugar, con un personal afectuoso y lleno de interés que les prodiguen con singular afecto los cuidados que reclaman; si viven en un medio apropiado y no carecen de lo más indispensable, siquiera en materia de higiene, esos tan temidos peligros, ó no existen, ó quedan reducidos á su

mínimum. De esto tenemos diarios y numerosos ejemplos en las enfermedades propias de la infancia: el sarampión, la viruela, la escarlatina. Todos hemos visto cuán distinta es la marcha y terminación de tales afecciones en los niños que pertenecen á la primera y segunda clase social, y los desventurados que forman la última capa de la sociedad.

En resumen, los peligros de cualquiera intervención quirúrgica en los niños de muy poca edad, no son inherentes á la operación misma; dependen del medio en el cual se encuentra el niño con motivo de esa intervención. No pueden, pues, ser exclusivos á la operación que nos ocupa.

Para los niños muy pequeños es preciso distinguir y establecer el límite, entre la edad en la que se puede operar de *parti pris* y la edad en la que no se debe operar sino obligadamente. Para operar con la idea preconcebida, se puede esperar á que el niño haya terminado su lactancia, que comience á andar, dos años poco más ó menos. Pero antes de esta época, ¿es de rigor abstenerse, como lo pretenden y aun lo exigen muchos cirujanos? Sí, si la hernia es bien mantenida por el vendaje; sí, si el niño no sufre nada; sí, si el estado general es bueno.

Hasta aquí sólo hemos pintado la exageración de algunos cirujanos que prescriben y aconsejan sin restricción, en el niño, el vendaje, y combaten sin reserva la curación radical. Véamos ahora cuál debe ser la conducta que seguirse deba con una hernia inguinal en el niño.

Desde luego hay que establecer dos categorías:

Niños hasta de dos años de edad.

Niños mayores de esta edad.

Por supuesto que esta división no puede ser absoluta y que habrá casos en los que, con niños de menos edad, se tenga que proceder como con los de mayor edad; y, recíprocamente, con niños de más edad como con los de menor edad. Es cuestión de circunstancias.

Niños menores de dos años.—En esta edad, para una hernia de pequeño volumen, la sola terapéutica razonable es la aplicación del vendaje. Ya hemos dicho que de Saint-Germain se abstenía de prescribirlo durante el primer año. La razón de esta proscricción, es, sin duda, que en los niños de esta edad, siempre sucios por la orina y las materias fecales, la aplicación y vigilancia del vendaje es muy molesta y difícil; la pelota de los

bragueros más usuales, que es de gamuza, pronto se impregna y se ensucia, ó lo que es peor, la piel del niño se escoria y aún se ulcera fácilmente, por una presión un poco enérgica. Y, sin embargo, hay que ejercer una presión continua, una obstrucción constante, para llenar el objeto; puesto que es durante el primer año, en efecto, cuando la obliteración espontánea del conducto vagino-peritoneal tiene más probabilidades de efectuarse. Los esfuerzos del cirujano deben, pues, secundar los de la naturaleza; pero es necesario tener presente, que por el llanto del niño puede suceder que una asa intestinal ó una franja de epiplón (raro), ó un poco de líquido seroso, puedan venir á impedir la unión de las paredes del trayecto, y, por lo mismo, poner un obstáculo temporal, si no es que permanente, á la curación espontánea. También puede suceder que la hernia se estrangule, lo cual, á pesar de no ser frecuente, no es sin embargo excepcional en el curso del primer año. Así, pues, no hay que proscribir absoluta y sistemáticamente el vendaje, puesto que podría acontecer que en un momento fuese necesario operar, y esto debe evitarse en el primer año de la vida.

¿Cuál será el vendaje más apropiado en el caso que nos ocupa? El de caucho con pelota de aire y bilateral. Esto último es hoy un precepto clásico, y, sin embargo, frecuentemente olvidado. El vendaje unilateral, prescrito por la generalidad de los médicos ó por los droguistas, es defectuoso é inconveniente.

¿Por qué debe ser el vendaje bilateral? 1º El unilateral desliza, es difícil de conservar en su sitio y deja salir la hernia. 2º Aun cuando el vendaje unilateral fuese eficaz para la hernia, es de prudencia usar el bilateral, porque la persistencia del canal peritoneo-vaginal, á pesar de no ser evidente sino de un solo lado, es frecuentemente bilateral; hernia confirmada de un lado, punta de hernia del otro lado. Esto enseña la práctica.

¿Por qué entonces no tratar la hernia supuesta, al mismo tiempo que la hernia evidente? El vendaje debe llevarse de día y de noche, y en vista de los sucesos, se obrará según los casos.

Primer caso.—Si la hernia es fácil, completa y constantemente mantenida, se espera al fin del segundo año, y entonces la regla de conducta será la indicada más adelante.

Segundo caso.—La contención no es buena. Esto puede depender de muchas causas: 1º Causas anatómicas ó intrínsecas: A, existencia del epiplón. B, ectopia testicular; 2º Causas sociales ó extrínsecas. Las primeras son raras, porque excepcionalmente se encuentra el epiplón en las hernias infantiles, y respecto á la ectopia, como esto modificaría la técnica, merece un estudio aparte que no es del caso tratar aquí.

En cuanto á las segundas, que son las más frecuentes, refiérense á las condiciones especiales que rodean al niño. La pobreza en primer término; criado y educado por una madre poco ó nada inteligente, descuidada, por consiguiente mal nutrido y viviendo miserablemente en un medio detestable. En una palabra, la madre no puede, no sabe ó no quiere cuidar á su hijo. ¿En estas condiciones qué puede acontecer? Desde luego nada debe esperarse del vendaje; pero lo que es peor, el niño tiene todas las probabilidades de contraer uno ó varios de los diferentes achaques que pesan sobre estos pequeños seres. La miseria fisiológica con todos sus horrores.

En este caso las cosas cambian; el niño no es ya el enfermo por una simple detención de desarrollo de su conducto peritoneo-vaginal; la hernia no es una hernia de fuerza debida á la impulsión de las vísceras abdominales en el trayecto inguinal mal cerrado. La enfermedad es de un orden más elevado: el niño es un hernioso, un pequeño viejo, un raquítico. ¿Cuál debe ser la conducta en semejantes condiciones? Modificar el estado general y al mismo tiempo operar la hernia. Los accidentes de decadencia muscular, irremediables en el viejo, son fácilmente curables en el niño.

En resumen, en los niños de menos de 2 años los preceptos siguientes serán la regla:

1º Intentar la prueba del vendaje con las condiciones ya dichas;

2º Si á pesar de un vendaje bien aplicado, la hernia aumenta progresivamente de volumen, si es irreductible, ó si siendo reductible es incoercible, debe operarse;

3º Si el estado general del niño es malo, si á la anomalía peritoneo-vaginal se agrega la debilidad de la pared abdominal, debe operarse;

4º Si la hernia se estrangula, debe operarse.

Niños mayores de dos años.—Ya hemos dicho que pueden obtenerse algunas curaciones por el vendaje, sobre todo en el primer año de la vida.

Es, pues, muy conveniente intentar la prueba durante un año y medio por lo menos, excepto el caso en que se esté obligado á operar.

Después de dos años de edad es preciso suprimir el vendaje, y entonces dos cosas pueden suceder: ó bien la hernia no se reproduce y en tal caso se esperan los sucesos, y si tarde ó temprano reaparecen, se procederá como en el caso siguiente; ó bien la hernia se reproduce y entonces la curación espontánea es excepcional; la curación radical se impone. ¿Por qué esperar más tiempo? Con el vendaje los frutos son: molestias, prolongación, incertidumbre, reincidencias frecuentes; con la curación radical: rapidez, certidumbre, reincidencias excepcionales. Hé aquí el balance.

Todo lo que hemos dicho anteriormente nos exime de decir más: los peligros que pueden amenazar á los muy pequeños son todavía menores, si no nulos para los más grandes. Así, pues, operación rápida y completa con pérdida de sangre y choque operatorio mínimos, mortalidad nula, y constancia de la curación, con supresión definitiva del vendaje, tales son las ventajas de la curación radical de la hernia inguinal en la segunda infancia.

Justo es decir, aunque sea en pocas palabras, las contraindicaciones momentáneas que pueden sobrevenir.

CONTRAINDICACIONES.

Ni la edad, ni la operación son, por sí mismas, contraindicaciones. Las verdaderas contraindicaciones consisten: ya en la debilidad general del niño (si ésta no depende de la hernia, pues en tal caso es preciso operar); ya en las afecciones agudas (bronquitis, tos ferina, etc.); ya, en fin, en las afecciones crónicas (adenitis múltiples, supuraciones, etc.)

1 Broca, en 1,200 hernias que ha operado en todas las edades y de todos los orificios, sólo un muerto ha tenido por peritonitis en un niño de 4 años, y dice: La verdad es que en todas las edades hay que temer, si el cirujano es séptico, pero á ninguna si es aséptico. Cada uno de nosotros comete faltas de cuando en cuando, y yo la he cometido un día inoculando la peritonitis. Pero no hay que acusar al enfermo de su propia muerte, declarándolo muy joven, muy viejo ó atacado de proptia. Acusémoslo de nuestras faltas, y esto nos enseñará á que niños de pecho, niños de la segunda infancia ó viejos, operados de hernia no estrangulada, son iguales ante la peritonitis.—A. Broca.—«Semana Médica.» Marzo 9 de 1898.

MANUAL OPERATORIO.—PROCEDIMIENTO DE BROCA.

Primer tiempo.—Insición de tres y medio centímetros, paralela al eje del canal inguinal. No debe pasar abajo el borde superior del cuerpo del pubis, tomado como punto de referencia: es, pues, exclusivamente abdominal y nunca escrotal. Se desnuda, se descubre la aponeurosis del grande oblicuo, se coloca una pinza sobre el cabo central de cada una de las dos pudendas externas, cuya sección se encuentra en el labio externo de la insición; algunas veces una pinza arriba de este labio, sobre la tegumentosa abdominal. El cabo periférico de estas arterias (labio interno de la hernia), es algunas veces completamente exangüe.

Segundo tiempo.—Se ve el anillo inguinal externo; en el varón, el cordón sale rodeado del cremaster, más ó menos distinto según los casos; en las niñas es el ligamento redondo. De arriba á abajo de la insición se hiende la aponeurosis del grande oblicuo, sin olvidar las fibras arciformes del anillo externo. Se separan los labios; se coloca una pinza sobre cada uno de los labios de la insición aponeurótica.

Tercer tiempo.—Busca del saco.—En las niñas, se levanta en masa saco y ligamento redondo, se extrae, por tracciones, el fondo de saco que penetra en el gran labio, y después de haber levantado el todo, se ve claramente la arteria epigástrica al nivel de la cual se liga el saco. Este saco ha sido previamente abierto para ver bien si no hay intestino ó epiplón tomado en la ligadura. Además, se le atrae lo más posible hacia afuera, para que la ligadura ascienda arriba en el vientre. Es inútil disecar el ligamento redondo:

En el varón, se levanta en masa el cordón entre el pulgar y el índice; se tiene á la vista la pared posterior del canal, y se ve igualmente la arteria epigástrica. Pero aquí es necesario aislar el saco. Sobre el índice izquierdo, que levanta y tiende el cordón, se raya longitudinalmente este cordón con tres golpes de punta de bisturí que dividen sucesivamente: 1º el cremaster, 2º la fibrosa común, 3º la serosa; encontrándose siempre el saco, si se le busca, en la base del cordón. El saco puede ser largo ó corto; si es largo se le encuentra arriba ó abajo del cordón; si es corto, sólo se encuentra arriba. Visto el saco, se encuen-

tra, entre la fibrosa común y él, un plano de tejido frágil que se desgarrará con la uña.

Cuarto tiempo.—Aislamiento del saco.—Reconociendo el saco, atraído con la uña del índice izquierdo, se abre de arriba á abajo no completamente, pero sí en una extensión bastante sólo para dejar pasar el índice. Se introduce éste, el izquierdo, en la hojalera y se le lleva de arriba á abajo. Se dobla la falangeta sobre la falangina, y si el saco se separa con los elementos del cordón, es que se trata de un saco funicular, y entonces bastan unos golpes con la uña del índice derecho para aislarlo de la fibrosa común hasta el nivel del cuello, quedando visible la grasa subperitoneal. En todos los casos es preciso buscar la vejiga.

Si la pulpa del dedo, en lugar de cubrirse con un fondo de saco, como en el caso anterior, y separar, en su flexión, el saco de la fibrosa común, penetra en la vaginal y arrastra el testículo en su flexión, es que se trata de un saco testicular. Es preciso entonces, con la uña del índice derecho, aislar circularmente el saco de la fibrosa común, levantararlo en puente, y seccionarlo entre dos pinzas hemostáticas. Se aísla el cabo superior como en el caso de saco funicular.

Quinto tiempo.—Ligadura del saco.—La ligadura del saco debe hacerse tan alta como sea posible en el vientre. Así, con la mano izquierda se tira el saco para hacer aparecer afuera de los vasos epigástricos, la grasa prevesical; con algunos golpes con la uña se rechaza esta grasa hasta que se perciba el cordón fibroso de la arteria umbilical y la pared vesical; se coloca ahí la ligadura; si se encuentra en el saco el epiplón, se le corta abajo de una ligadura, después de haberlo atraído tanto cuanto sea posible.

Sexto tiempo.—Sutura de la pared.—Los dos labios de la aponeurosis del grande oblicuo se comprimen sólidamente con dos pinzas. Se emplea el catgut número 1, pues la seda da lugar algunas veces á supuraciones locales. Se toma todo el espesor de la pared músculo-aponeurótica, pasando adelante del cordón. Es bueno y muy prudente cerciorarse siempre del lugar de la arteria y vena ilíacas externas que podrían ser interesadas con la aguja, si no se tuviese cuidado.

Séptimo tiempo.—Sutura de la piel sin drenaje.—Curación con gasa esterilizada fijándola con una pasta de gelatina ó por esterosol; estos pro-

ductos adhesivos impiden que la herida se moje y ensucie con la orina y las materias fecales. Conducida así la operación dura de 5 á 10 minutos, un cuarto de hora cuando más. Esta brevedad de la operación es un elemento importante de éxito, sobre todo en los muy pequeños.

Consecuencias operatorias y complicaciones posibles.—Las más veces son de las más simples. Suele suceder que al segundo ó tercero día haya una ligera elevación de temperatura, esto es debido quizás á un pasajero embarazo gástrico, consecutivo á la absorción del cloroformo.

La diarrea infantil, la que mata en 48 horas, no se observa. Las supuraciones locales que pueden presentarse se evitarán reemplazando la seda por el catgut, más fácil de esterilizar y rápidamente reabsorbible.

Si después de 15 á 25 días no ha habido algún accidente, se suprime para siempre el vendaje.

Resultados lejanos.—Según la estadística de Broca, la mortalidad post-operatoria en niños operados en frío y de dos años á lo más, es de 2.5 por ciento y la reincidencia lejana de la hernia 0 por ciento.

CONCLUSIONES.

1ª Muchas hernias inguinales, en los dos primeros años, curan por sólo el uso del vendaje; las curaciones son tanto más numerosas y probables cuanto que los niños son más pequeños;

2ª Pasado el segundo año, la curación es rara y en todos los casos el tratamiento por el vendaje es largo, sus resultados inciertos y la reincidencia frecuente;

3ª La curación radical de la hernia inguinal del niño de poca edad, no presenta peligros inherentes á la operación misma;

4ª Es prudente abstenerse de operar niños de muy poca edad. Debe esperarse hasta la vida independiente, salvo el caso de urgente necesidad—operación forzada—y entonces hay que vigilarlos muy cuidadosamente;

5ª Pasada cierta época, que varía según los casos, entre 15, 18 y 22 meses, el niño puede ser operado sin peligro;

6ª Operación rápida, choque operatorio nulo, curación pronta, supresión definitiva del vendaje, rareza de reincidencia: tales son las ventajas que deben hacer preferir la curación radical, desde que el niño es ya independiente y que ha fracasado la prueba del vendaje.

Estas son las lógicas y naturales conclusiones que deben deducirse de la estadística tan magistralmente formada por el distinguido Cirujano Broca.

OBSERVACIONES.

Núm. 1. *Hernia inguinal derecha* (personal).—G. Lucio, de 18 meses, nació á término y ha sido criado por la madre hasta los 14 meses que fue destetado. A los 13 meses comenzaron á brotar los dientes sin mayores dificultades, y en el momento de ser examinado lleva más de la mitad de su dentición. Se alimenta con leche de vaca y sopas. Comenzó á caminar á los 14 meses. No ha tenido ninguna fiebre eruptiva.

Su hernia apareció á los seis meses. El niño ha llevado un vendaje simple, sólo durante el día. El tumor ha aumentado de volumen considerablemente desde hace dos meses, poco más ó menos.

Examen clínico.—Testículo derecho en el anillo amplio, permitiendo la introducción del dedo pequeño, y durante la tos ó el llanto se siente hincharse un saco herniario bajo el dedo.

Antecedentes hereditarios.—El padre tiene una hernia inguinal izquierda, congénita, que cuida mucho y lleva siempre su vendaje.

Antecedentes colaterales.—Un hermano del niño tuvo una hernia inguinal que se produjo á los 10 meses, y que curó por el uso constante del vendaje, durante más de tres años.

El día 20 de Julio de 1901 se operó al niño siguiendo el método de Broca, sin accidente ni contratiempo alguno. Se abrió el saco, testículo en ectopia en el anillo, saco muy espacioso descendiendo abajo del testículo y prolongándose en la raíz de las bolsas.

Se hicieron curaciones asépticas durante doce días y se proscribió todo vendaje. A los 14 días la cicatriz era perfecta. Tengo noticias de este niño hasta hace menos de seis meses, pues es de la Frontera, y la hernia no se ha reproducido. Sigue sin vendaje.

Núm. 2. *Hernia inguinal derecha*. (Ob. personal).—E. Gaychela, de tres años, nacido á término, bien conformado, criado por la madre hasta los 18 meses. A los siete meses brotaron los incisivos inferiores y seis meses después los superiores, completándose la dentición á los dos años. Comenzó á caminar á los 15 ó 16 meses.—Sarampión benigno á los dos años.

Cuando el niño tenía ocho meses cayó de la cama en que dormía, y por el golpe lloró mucho hasta inquietar seriamente á la familia. Buscando la razón de su prolongado llanto, y suponiendo que el niño hubiera sufrido una fractura, fué registrado cuidadosamente por dos médicos sin encontrarse nada como consecuencia de su caída. Cuatro ó cinco días después de aquel traumatismo, la madre se apercibió de la aparición de un pequeño tumor en la ingle derecha, tumor que crecía y engrosaba cuando el niño lloraba ó hacía algún esfuerzo. Este tumor era reductible é indoloro, y la madre, que desde luego hizo el diagnóstico de *relajadura*, hernia, lo atribuyó á la caída y al llanto prolongado del niño. Comprobado este diagnóstico por los médicos á quienes se consultó, se le aplicó desde luego un vendaje, usando cuantos modelos se aconsejaban; ya de goma, ya de celuloide, ya de metal, ó en fin, de caucho blando, y se hizo llevar al niño estos vendajes alternativamente por mucho tiempo sin resultado alguno favorable; pues que su hernia, á pesar de ser reductible, había quedado incoercible y con tendencias al crecimiento.

Examen clínico.—Se ve á la derecha un tumor del volumen de un huevo mediano, que descende hasta el fondo de las bolsas; testículo en la parte inferior de las bolsas; anillo inguinal muy distendido; reducción fácil de la hernia. A la izquierda, anillo un poco ensanchado; testículo en el orificio de entrada del canal inguinal.

Antecedentes hereditarios y colaterales, nulos.—El día 5 de Noviembre de 1901 se operó. Curación radical. Se abrió el saco; saco testicular. Sutura con catgut. Curaciones antisépticas por quince días; proscripción de todo vendaje. El día 29 cicatrización de la herida. El niño ha muerto de bronconeumonía en Octubre último, pero la curación de la hernia persistía.

Núm. 3. *Hernia inguinal izquierda* (observación del Dr. Lavista.) Niña M. Thompson, de 2 años, nacida á término y criada artificialmente. Su dentición difícil y tardía. Diarrea verde por algún tiempo. Sarampión sin consecuencias.

Antecedentes hereditarios.—Su padre hernioso.
Historia de la hernia.—Apareció á los 4 meses de edad, y desde luego alcanzó el volumen de un huevo de paloma. Ha llevado un vendaje bilateral desde el principio y sólo durante el día. Cuando se quitaba el vendaje la hernia se reproducía. Consultado el Dr. Lavista, se abstuvo de inter-

venir á pesar de las indicaciones de la madre que era lo que reclamaba, aconsejándole esperar hasta que la niña terminara su dentición y saliera de los peligros de la lactancia artificial, y entretanto, le recomendó el uso de un buen vendaje que bajo sus indicaciones se construyó.

Después de haber llevado su vendaje durante catorce meses se le quitó; la hernia había desaparecido casi completamente, pero no del todo, porque en los esfuerzos aparecía una pequeña punta. Ocho ó diez días después de la última consulta, sin causa conocida, pues la niña gozaba de completa salud, su alimentación era buena y su digestión perfectas, se produjo dolor vivo en la ingle izquierda; la hernia reapareció del grueso de una nuez, dura é irreductible. La niña pasó todo el día sin que se hubiese podido reducir la hernia. Al siguiente día la reducción se hizo fácilmente. Un día antes de la aparición del dolor, la niña había comido algunos alimentos impropios de su edad y había tomado vino.

Examen clínico.—2 de Abril de 1897.—Cuando la niña grita, la región del orificio cutáneo del canal inguinal izquierdo queda saliente. Se puede reducir sin gran dificultad. Tomando entre los dedos la parte superior del gran labio izquierdo, se siente una bolita que huye bajo el dedo, pero no puede limitarse la parte superior de esta bolita. Supúsose ser un quiste. Operación el 4 de Abril. Curación radical.

Apertura del saco. En lo más alto del cuello del saco se ve la trompa y el ovario fijos á la pared posterior por un meso. Ligadura abajo de ellos; lo demás se hizo como es habitual.

Consecuencias operatorias.—El día 11 de Abril primera curación. Se cortan los hilos. La herida está en magnífico estado; no hay supuración. El 14 y el 17 se repiten las curaciones sólo de aseo. El día 20 la cicatrización era completa. Se recomendó á la madre la renovación del vendaje y apósito por algunos días, que estuvo practicando el que esto escribe, hasta el fin del mes. La niña siguió siendo observada hasta que sus padres cambiaron de residencia.

Núm. 4. *Hernia inguinal izquierda* (ob. del Dr. Lavista). G. Ruiz, de Puebla, de 3 años y medio, nacido bien y alimentado por nodriza. Su dentición fué normal. A la edad de un año tuvo diarrea que curó después de algunos días. Poco tiempo después tuvo tos ferina, y en el curso de ella se vió aparecer al nivel del canal inguinal un

pequeño tumor, como una canica, indoloro, que aumentaba ligeramente en los esfuerzos y llanto del niño. Se le aplicó un vendaje de gamuza que contenía muy mal su hernia. Este vendaje lo llevó por más de año y medio, sin resultado alguno.

Examen clínico. 3 de Octubre de 96. El niño es de buena constitución. Su hernia tiene el volumen de un huevo de gallina y distiende el escroto visiblemente del lado correspondiente; el pene ha desaparecido casi. El tumor es sónico y produce zurrido á la reducción; es completamente reductible. El niño es muy indócil.

No hay antecedentes hereditarios ni colaterales.

Curación radical el 5 ó 6 de Octubre. Se abre el saco, nada especial, hernia testicular. Sutura del trayecto. Curación muy cuidadosa con gasa yodoformada.

Consecuencias operatorias. La noche del día de la operación el niño tuvo vómitos, y su temperatura se elevó á 37.5. Día siguiente 37 y á partir del cuarto día, 36.6. A las setenta y dos horas hubo que cambiar la curación por haberse ensuciado con la orina. El niño come y duerme bien. Su alimentación es de sopas y leche. Al sexto día se quitan los hilos y se ve un pequeño punto de supuración superficial que se toca con cloruro de zinc. Se repitieron las curaciones asépticas cada tres días hasta la cicatrización completa de la herida, que se verificó en quince días, poco más ó menos. Este niño fué presentado al Dr. Lavista como dos años después de su operación y todo estaba perfectamente bien, y sin hacer uso de ningún vendaje. No ha vuelto á tenerse noticia de él.

México, Febrero 17 de 1904.

E. R. GARCÍA.

La Casa editora «Perlado, Páez y Compañía» (Arenal 11, Madrid), tiene en publicación las siguientes obras:

Brouardel. Tratado de Medicina y de Terapéutica, en 10 tomos; van publicados 5.

Debove. Manual de Terapéutica médica, en 3 tomos; van publicados 2.

Proust. Tratado de higiene, en 2 tomos; acaba de llegar el 1º

Continúan abiertas las suscripciones bajo las bases publicadas en los prospectos.