

jamás transmiten el mal ni á sus paisanos ni á los mexicanos. Esto es, al menos, lo que yo he observado. Podemos legítimamente inferir que aquí la no propagación del tracoma no depende de influencia de raza.

Consideremos ahora el efecto de la altitud. La Capital está situada á 2,240 metros sobre el nivel del mar. A esta circunstancia podríamos atribuir la ausencia de tracoma, puesto que la mayoría de los observadores consideran como benéfica la altura, mas recordemos que en los Estados Unidos existe en poblaciones que están á 5,000 y aun á 10,000 pies sobre el mar, y entonces habremos de convenir en que la influencia de la altitud no es la única y que hay circunstancias climatéricas, meteorológicas ó de otro género que nos escapan y que concurren á facilitar ó á impedir la propagación del tracoma. ¿No es realmente difícil la solución del problema?

Ya empezado este pequeño trabajo, supe que el asunto de la memoria presentada por el Sr. Dr. J. Ramos al Congreso Pan-Americano que se reunió en Panamá, fué "El tracoma en México." No habiendo oportunidad de conocerla ni sé qué ideas defiende en ella: será, sin duda, un trabajo digno de la reconocida competencia de su autor. Pensé en desistir de tratar un tema del que tan recientemente se ocupó con extensión el Sr. Ramos; pero reflexioné que la etiología del tracoma es aún mal conocida, como creo haberlo probado, y me resolví á tocar de nuevo este punto, llegando tan sólo á esta conclusión: Es indispensable el concurso de los oculistas que ejercen en diversas poblaciones de la República, para resolver sobre la existencia ó ausencia del tracoma entre nosotros.

En el próximo mes de mayo se verificará en esta Capital la segunda reunión anual de la Sociedad Oftalmológica Mexicana, á la que asistirán oculistas de diferentes puntos del país. ¡Qué mejor oportunidad para ordenar y emprender este género de pesquisas en bien de la Oftalmología!

Marzo 22 de 1905.

A. CHACÓN.

CLINICA EXTERNA.

HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA

Elementos de diagnóstico. — Intervención.
Conclusiones.

Extraño parecerá que me ocupe de un asunto juzgado generalmente como del resorte de la Clínica Externa, cuando pertenezco á la sección de Interna.

La verdad es que no puede existir y no existe de hecho, un limite preciso entre la patología interna y la externa. Afecciones hay, como esta de que me ocupo, en las que se recurre sin vacilación al médico, sin imaginarse los enfermos que tendrán al cabo necesidad absoluta del cirujano.

Esto por una parte; por otra: no creo que el médico pueda prescindir de hacerse cirujano en muchos casos, así como el cirujano á su turno, necesita un caudal suficiente de conocimientos de medicina, de los cuales tiene que sacar la inmensa mayoría de veces, las indicaciones más precisas para la intervención.

Triste papel hace el médico que ante un niño que se ahoga, por brusca complicación laríngea, tiene que suprimirse y dejar su lugar al cirujano, para que abra la tráquea, salvándole de ese repentino accidente.

No menos desairado sería el papel del cirujano que tuviese que solicitar al médico, para que le señalase las indicaciones ó contraindicaciones de la operación que se proponía llevar á cabo.

En el curso de la relación que sigue, se apreciará sin esfuerzo la exactitud de las ideas enunciadas.

*

Pocos padecimientos hay tan habitualmente claros, sencillos y simples para su diagnóstico, como la hernia umbilical, juzgada, por supuesto, en las condiciones en que comunmente se presenta.

Tanto es así, que Tillaux en su precioso Tratado de Clínica Quirúrgica, se expresa del modo siguiente:

"Fácilmente reconoceréis la existencia de una hernia umbilical, sobre todo si es reductible: tumor más ó menos voluminoso, ocupando

constantemente el ombligo, desapareciendo bajo la presión del dedo, dejando después un orificio redondeado cuyos contornos fibrosos y resistentes se perciben con toda facilidad."

Esto es absolutamente exacto. Pasa así, en la inmensa mayoría de los casos; pero el mismo popular autor dice más adelante:

"Se experimentarían algunas dificultades si la hernia fuese pequeña y desarrollada en un individuo cuyas paredes abdominales estuviesen cargadas de grasa, circunstancia desde luego bastante frecuente en la especie."

A esos hechos pretendo referirme, y no precisamente con hernia pequeña, por el contrario, con hernia voluminosa y estrangulada.

No diré que presento una novedad; no, ni mucho menos; pero sí creo interesante llamar más la atención sobre un hecho que aun cuando esté señalado en los Tratados de Patología y Clínica, no está, á mi juicio, suficientemente detallado, y es causa, no rara, de lamentables errores en el diagnóstico.

La disposición del orificio umbilical es absolutamente diversa en vientres delgados, comparados con vientres gruesos; me refiero al grosor determinado por abundancia exagerada de grasa bajo la piel.

El orificio umbilical es perfectamente conocido, en paredes normales de vientre y magistralmente descrito en diversos tratados de anatomía. Ocuparnos de ello sería repetir inútilmente lo muy conocido por todos. No acontece de igual modo con el orificio umbilical en personas cuyas paredes de vientre llevan una enorme capa de grasa, que á veces alcanza el espesor de 12 á 14 centímetros y aún 18. En estas circunstancias ya no se trata de un orificio, *propiamente* dicho. Se trata de un canal ó tubo que adquiere una forma del todo especial. Se ensancha, por lo común, en su extremo interno, es decir, en el que corresponde á la cavidad abdominal; el superficial ó externo se nos presenta con los caracteres del ombligo normal, ó si acaso, muy ligeramente deformado. Ese ensanchamiento del orificio interno que hace en cierto modo tomar al canal la forma de un embudo, predispone en muchas ocasiones á la producción de la hernia, constituyéndose ésta con todos sus elementos: saco peritoneal, epiplón é intestino, pudiendo entrar, y entrando de hecho, intestino grue-

so. Yo he visto el colon transversal, nada menos en el caso que de palabra y muy compendiado referí en esta ilustrada Academia, á propósito de la resección, con feliz éxito, de un gran fragmento ulcerado de dicho colon transversal.

Una vez que se ha constituido el saco y ha atravesado el orificio interno, arrastrando el epiplón y á menudo el intestino delgado por lo común, ya está constituida la hernia, sea cual fuere la altura que alcanza en el interior del que podemos llamar canal umbilical. Esta hernia viene á ser en realidad una hernia intersticial y nada puede revelarnos en la superficie de la pared abdominal lo que está pasando debajo.

Se concibe, como Tillaux lo expresa en su Clínica, cuán fácilmente puede pasar desapercibida una hernia pequeña, alojada así, á mediana altura, en el interior del canal; pero aun las grandes, y hasta estranguladas, suelen ser desconocidas, intitulando los accidentes "cólico" y hasta "obstrucción intestinal" si más avanzan, sin definir que aquello pasa en el canal umbilical y que en realidad se trata de una hernia estrangulada.

Estudiemos brevemente su mecanismo.

Producida la hernia intersticial y acumulándose materiales en el intestino, más que á salir por el orificio exterior propende á alojarse en el canal ensanchando á éste. Se hace su nido, digamos así, en el espesor de la pared engrasada y allí puede dilatarse más ó menos, sin que esa tempestad intersticial, que no tardará en estallar, se anuncie en la superficie, ni con el más leve cambio de forma.

No cabe duda que desde el momento que se acumulan algunos materiales en el intestino herniado y luchan por continuar su camino, éste se dificulta en el interior de la hernia y no tardan así en producirse accidentes flegmáticos; pero tan sordos, tan insidiosos, podemos decir, que no se traducen ni por dolor, ni por calentura; y sin embargo, es una peritonitis parcial, peritonitis que fija con adherencias, á veces terriblemente firmes, el cuello del saco á los bordes del anillo umbilical interno. Desde ese instante ya no hay momento seguro: no tardará en producirse la estrangulación: ya el anillo se cerró con llave, digamos así, por las adherencias peritoneales: ya no se dilatarán más: en cambio, el intestino alojado en el interior del saco recibe

nuevos materiales. El enorme paquete grasoso que rodea á este sacó permite perfectamente que él se ensanche más y más, solicitado por la dilatación del intestino: á esas alturas hay ya una desproporción considerable entre el volumen de la hernia y el diámetro del anillo umbilical interno. Los materiales no pueden escaparse para seguir su curso: principian entonces las contracciones disparejas del intestino, contracciones tetánicas, que distienden los filetes del simpático é imprimen sobre el rostro del paciente el estigma del dolor. Este no se limita á la hernia: irradia en su contorno profundamente. Aparecen los vómitos, se levanta la temperatura en algo, ó suele á veces abatirse. Aparece algún tenesmo, despertándose así más vivo en el enfermo el deseo de evacuar; pero eso es imposible. Se recurre entonces al médico. La inspección estática y dinámica del vientre nada le revela que pueda conducirle á pensar en una hernia umbilical. Hace la palpación: si ésta la verifica como habitualmente, vuelve á escaparse la posibilidad de hallar la hernia; pero si afortunadamente fija su atención en que los dolores, aunque profundos, han partido del ombligo y en que al palpar esa región hay abajo una dureza; si entonces pretende tomar entre el pulgar y los otros dedos dicha dureza, tal como se procede en exámenes obstétricos, para asir la cabeza sobre el pubis, entre el pulgar y los otros dedos, entonces sí obtiene esta noción precisa: existe bajo la cicatriz umbilical una dureza profunda, de forma circular, mejor dicho, esférica, pudiendo medir de diámetro hasta 12 ó 14 centímetros, aún más quizá, siendo su centro preciso el ombligo. Alcanzado esto, puede decirse que el médico ya está sobre la pista: ya cuenta con los elementos indispensables para establecer y confirmar el diagnóstico. En efecto, un tumor redondeado bastante duro, cuyo centro es el ombligo, que no deforma nada en la superficie de la pared; pero que bien palpado se nos manifiesta con sus clásicos caracteres de dureza, sensibilidad exagerada, quizá hasta borborigmos; si á esto se agrega que el enfermo ya bien orientado hace partir de esa región todos sus accidentes, entonces se disipan las dudas y sólo resta definir, con absoluta seguridad, si esa hernia umbilical está ó no estrangulada.

punto de altísimo interés en la historia de las obstrucciones intestinales. Individuos hay, que por una semana y aun dos, no evacuan el intestino, y sin embargo, ni sienten incomodidad alguna, ni se infectan, ni se obstruyen; en cambio, otros, en las primeras horas de obstrucción, producida á veces en cortos momentos, ofrecen un cuadro de síntomas esencialmente alarmante: vasca tenaz, calofríos, tenesmo, dolores agudos en el vientre como de cólico, timpanismo, etc., etc. Es de notar que este cuadro no corresponde á la obstrucción simple, es decir, al acumulo de materiales con pereza intestinal primero y luego con verdadera parálisis. Corresponde á toda obstrucción repentina, con pellicco peritoneal; y he dicho repentina porque cuando el peritoneo es lentamente atacado, llega á adquirir una tolerancia tal, que puede hasta supurar, sin que esto se revele por síntoma alguno medianamente importante. Como en el caso de que nos venimos ocupando: hernia umbilical estrangulada, el peritoneo ya ha sufrido de antemano y lentamente, hasta venir á contraer fuertes adherencias en contorno del anillo, sucede así que las primeras horas de obstrucción pasan desapercibidas aún para el mismo interesado. El saco herniario, que es peritoneo pura y simplemente, ha adquirido ya la tolerancia que le da un padecimiento anterior prolongado. En suma, la obstrucción ó la estrangulación viene á hacerse manifiesta cuando ya alcanza sus últimos límites, á veces cuando hay ya verdaderos vómitos fecaloides.

De cualquiera manera que sea, lo capital para la intervención quirúrgica es fijar el sitio preciso de la estrangulación. Hemos indicado los recursos con que se puede contar para no desconocer la hernia umbilical. Desde luego, dicha afección es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre; más aún, en la engrasada que en la que no lo está. Así, desde luego, buena regla tiene que ser en clínica la exploración cuidadosa de la región umbilical, frente á un individuo que presenta los síntomas de una obstrucción intestinal, por mucho que no pueda, ni aún medianamente, indicar el sitio de ella. Así sucede, efectivamente, por fortuna, en el menor número de casos. En esas condiciones, el médico observador, mejor dicho, el clínico,

detallada y minuciosa de cada uno de los orificios ó canales, por donde pueda herniarse el intestino. Estudiará con detalle el canal inguinal, sobre todo de uno y otro lado, teniendo presente la posibilidad de una hernia intersticial. No es probable, en esas condiciones, que llegue á apreciar alguna modificación por la superficie, lo cual le obliga á reduplicar su atención palpando muy cuidadosamente y aun percutiendo con toda minuciosidad. De igual modo hará la exploración del canal crural, umbilical, etc., etc. Es muy conveniente, en la inspección general del vientre, investigar con todo cuidado si existen cicatrices de antiguas heridas sobre la pared abdominal. Si acaso hay alguna, reconocerla atentamente, inquiriendo, sobre todo, si corresponde á herida penetrante ó superficial. No olvidaré jamás un diagnóstico planteado y confirmado plenamente por el célebre clínico D. Miguel F. Jiménez. Tratábase de un individuo, joven aún, que entró al servicio de clínica médica á cargo entonces del célebre Profesor. El cuadro de accidentes que presentaba era propiamente el de una estrangulación interna con pellizco peritoneal. ¿Cómo definir el asiento de la estrangulación? El Profesor Jiménez, después de recorrer uno á uno los conductos naturales, por donde puede hacer hernia el intestino, siendo negativo el resultado de su examen; tomó luego entre los dedos la cicatriz antiquísima (contaba ya varios años) y después de cerciorarse que hacía embudo al interior, lo cual probaba ser profunda, tomó cuanto dato le fué dable, referente á la herida de que provenía aquella cicatriz. Estaba situada muy cerca del reborde costal izquierdo, como en la dirección de la línea axilar anterior: el enfermo refirió cómo la había recibido. Los detalles que pudo dar bastaron al Sr. Jiménez para deducir que la referida herida había penetrado á la cavidad abdominal de abajo arriba, penetrando al pecho, también á través del diafragma. Dado el hecho bien conocido de que las hernias del diafragma difícilmente cicatrizan obturándose, sino más bien dejan permanente un conducto; aquel fundado razonamiento, con la apreciación exacta del cuadro de síntomas, le indujo á pensar que existía en reali-

dad una hernia; pero que ésta se había hecho á través de la perforación diafragmática, hallándose alojado el intestino de la hernia, en la cavidad torácica, inmediata al corazón. Desgraciadamente, en aquella época (año de 1875) no se pensaba en las actuales intervenciones; en consecuencia, el Sr. Profesor Jiménez, en consonancia con los tratamientos en uso instituyó lo más racional, anunciando claramente un próximo fracaso, que se verificó, efectivamente, aquel mismo día. Examinado el cadáver en la plancha, ante el numeroso concurso de alumnos que seguían su clínica, recibió el Profesor una verdadera ovación cuando al abrir el pecho se halló desalojado en parte el corazón por una especie de tumor, de volumen de una naranja, que cuidadosamente reconocido y luego abierto, apreciamos todos aquella rarísima hernia, constituido su saco por el peritoneo y encerrando en su interior varias asas estranguladas de intestino delgado.

Vemos, pues, la posibilidad de producción de hernia á través de cualquier orificio, natural ó accidental, en relación con la cavidad del abdomen. Esto obliga al clínico, como tanto lo hemos repetido, al más prolijo examen de dichos orificios y conductos.

Concíbese así, también, la frecuencia relativa de la hernia umbilical.

En estos últimos meses he tenido la oportunidad de estudiar y operar dos enfermas de hernia umbilical estrangulada; pero, alojadas ambas en el espesor de la pared, sin deformar en lo más mínimo la superficie, por tratarse de personas con paredes abdominales, excesivamente grasosas.

Doy, para concluir esta ya larga relación, un corte semiesquemático de la referida hernia, siendo la que presento, representación lo más exactamente posible de la penúltima que observamos y que fué operada al siguiente día de su llegada á México. Esta señorita venía acompañando á una hermana, enferma de la cintura, que me recomendaban de la capital de un Estado. Aunque la señorita venía sana, inmediatamente después de llegada creyó sufrir un cólico, que la obligó á recurrir á un médico. No tenía

ni la más leve sospecha de ser portadora de una gran hernia umbilical. A la mañana siguiente llevaron al Dr. Porfirio Beristáin, quien apreció perfectamente la oculta hernia y creyó del todo urgente la intervención. Dicho Doctor me suplicó viese á su enferma para rectificar su juicio. Estudié cuidadosamente á la enferma, conviniendo con su médico en la excesiva urgencia de la operación. No quisimos transferirla ni aún siquiera á la tarde de ese día: insistimos en que era absolutamente preciso operar desde luego, para no exponernos á encontrar gangrenado el intestino, por cualquier retardo en la intervención. Se operó esa mañana, tomando parte los Dres. Beristáin, Saloma, González de la Vega y el suscrito. El Dr. Beristáin, solicitando mis indicaciones, operó á la enferma: él quiso que yo personalmente abriese el saco y así lo hice, hallando una porción considerable de intestino herniado, que fué posible reducir á la cavidad, con todo éxito, después de cerciorarnos, por un examen prolijo y cuidadoso, de la integridad del intestino. Continuó la asistencia el Dr. Beristáin. Al presente, la enferma se halla perfectamente curada, obturado, por supuesto, el orificio interno del conducto umbilical.

Termino insistiendo en este solo punto, referente á la intervención: mientras más precoz, oportuna, más seguro el éxito. Las intervenciones tardías fallan á menudo, porque el intestino, al nivel de la estrangulación, sufre demasiado, pudiendo llegar, y llegando de hecho, hasta la gangrena. La disyuntiva es muy delicada: ó se reduce un intestino color de pizarra, que puede no modificarse y originar la muerte, ó se reseca la parte ó porción apizarrada, lo que hace más difícil, larga y delicada la intervención.

De ahí el consejo que no vacilo en sostener: "Intervención oportuna," es decir, antes de que la estrangulación lastime, traumice, digamos así, duramente el intestino. No se crea que rechazo el empleo de ciertos medios racionales, por todo el mundo empleados: cloroformizaciones repetidas, con grandes lavados, según los casos; esto, digo, por obstrucción; para hernias: tentativas prudentes de reducción, etc., etc. Generalmente, en las primeras 24 horas re-

siste perfectamente el intestino: en ese lapso de tiempo pueden ensayarse prudentemente los medios conocidos, para restablecer el curso de las materias. Operando después del primer día, se tropezará de seguro con los escollos señalados.

Para reducir á unas cuantas palabras todo lo dicho, agregaré algunas conclusiones:

1ª Las hernias umbilicales, fuera de la niñez, son más frecuentes en la mujer que en el hombre.

2ª Estas hernias, en personas de paredes de vientre muy engrasadas, se alojan por lo común en el espesor de la grasa, sin deformar la superficie exterior del ombligo.

3ª Las hernias intersticiales son más propensas á estrangularse.

4ª La inspección estática y dinámica del vientre, en el caso de hernia umbilical intersticial, aún voluminosa, en nada contribuyen para el diagnóstico.

5ª La palpación habitual tampoco puede ilustrarnos; para que surta, se requiere palpación profunda al nivel del ombligo, tomando la dureza percibida entre el pulgar y los cuatro dedos, como se palpa, por lo común, la cabeza del feto.

6ª Las alteraciones lentas, progresivas y graduales del peritoneo, de cualquier naturaleza que sean, le dan tan exagerada tolerancia, que puede llegar hasta la supuración, sin que se nos revele por síntoma alguno manifiesto.

7ª Comprobada clínicamente la estrangulación en una hernia, es preferible, desde todos puntos de vista, la intervención quirúrgica oportuna, es decir, entre las primeras treinta horas.

8ª Las intervenciones tardías ó hechas después de 24 á 30 horas de verificada la estrangulación, fallan á menudo.

9ª En las intervenciones tardías, es preferible reseca el intestino apizarrado, al nivel de la estrangulación, suturando los cabos libres del intestino, porque la reducción completa en esas condiciones, generalmente origina la muerte.

México, noviembre de 1903.

PROF. DR. MEJÍA.