

lado que en la sangre de los niños con un síndrome coleriforme, se ha encontrado en algunos casos, aumentada la urea; pero este dato ha sido visto con poco interés y señalado de una manera muy vaga. En los casos observados por mí, siempre he encontrado el nitrógeno total no proteico considerablemente aumentado, hasta 89 miligramos de urea por 100 c. c. de sangre, en lugar de 10 a 15 miligramos que es la cifra normal, y he visto cómo a medida que la urea sanguínea aumentaba, la gravedad del padecimiento era siempre mayor.

Ahora bien, si tenemos en cuenta las observaciones clínicas y las investigaciones experimentales, si tratamos de relacionar de una manera precisa las teorías conocidas, con la etiología del padecimiento; tenemos que cada una de las teorías satisface mucho menos a medida que más se pierde, tratando de excluir a las demás. El mecanismo verdaderamente productor del síndrome, sólo podremos comprenderlo "encuadrado en un bosquejo general, debido a la particular ausencia de la toxicosis".

Algunas veces, se presentan síntomas más o menos vagos y confusos: vómitos, diarrea, fiebre alimenticia, coma, acidosis, deshidratación, etc., y en ocasiones el cuadro clínico señala un trastorno tan general y grave, que queda a discreción de cada uno el punto por donde quiera empezar a hacerse cargo del círculo vicioso de efectos tan perjudiciales. Pero llama poderosamente la atención, que en todos los casos nos encontramos frente a un derrumbamiento agudo del metabolismo intermediario total. Mas de todos modos, según mi manera de ver, es el dismetabolismo proteico el principalmente ostensible.

(Concluirá)

## Hernias gigantes \*

Por el Dr. ROSENDO AMOR E.

Las hernias gigantes, llamadas así por el enorme volumen que suelen alcanzar, constituyen un verdadero problema para el cirujano, por las circunstancias tan variadas y complejas que concurren, que lo obligan con frecuencia a cambios de técnica operatoria, o cuando menos a cambios en algunos de sus tiempos, de

\* Trabajo de turno leído en la sesión del 19 de abril de 1939.

donde resulta imposible la utilización de procedimientos sistematizados por seguir, como en otras operaciones, por ejemplo, en las hernias común y corrientes, en las que se aplican procedimientos clásicos perfectamente conocidos, y sin embargo dentro de la rutina diaria, en la repetición constante de estas operaciones, que debieran estar definitivamente sancionadas, se imponen revisiones de cierta importancia como la que me permití formular y comprobar en relación con el procedimiento de Bassini modificado por Berget y en el que antes de restaurar la pared posterior del canal inguinal, suspenden el muñón confeccionado al nivel del cuello del saco, atrás del músculo oblicuo mayor, maniobra de Barker, tan inconveniente como comúnmente usada por muchos cirujanos y que precisamente por esa suspensión, se comete el error de dejar desde ese momento, un fondo de saco peritoneal, un infundíbulo, un principio de reincidencia, una verdadera punta de hernia, como consecuencia de no haber completado el aislamiento del cuello, porque si este tiempo se hiciera completo, llevando una ligadura profunda hasta el sitio en que comienza a aparecer la grasa subperitoneal, o sea en el lugar en que el peritoneo se vuelve parietal, embarrándose en íntimo contacto con la cara posterior de la pared, apenas salvado el orificio herniario, no habría nada que suspender, pero si hay, quiere decir que el aislamiento ha sido incompleto y defectuoso.

Estos graves padecimientos tienen algunas cosas comunes: su gran volumen desde luego; el rechazamiento de los rectos anteriores hacia los flancos por la presión continua que las vísceras con sus gruesos mesos y el epiplón están ejerciendo en el orificio de salida, en su enérgica tendencia por descender a la cavidad herniaria, el esfuerzo y la gravedad en constante lucha con la resistencia del saco, de la piel y contra el sistema ligamentario suspensor que con motivo de su continuo restiramiento, produce molestias dolorosas y variadas manifestaciones sindrómicas propias de las ptosis viscerales. La flojedad de la pared anterior del vientre, clásica en los enfermos que padecen hernias gigantes, y que explican factores de herencia, obesidad, endócrinos, profesionales, traumáticos, post-operatorios, etc., suele ser tan exagerada que no es raro ver dilataciones ventrales increíbles y fantásticas, hasta confundirse y formar una sola gran masa enorme, en donde

no es fácil encontrar el límite entre la bolsa herniaria y el vientre propiamente dicho, y en donde las vísceras mal contenidas y peor acomodadas, en plena anormalidad, son causas de los más graves e irremediables trastornos, contra los cuales nada quirúrgico se puede hacer, muchas veces, ni los artificios y acomodamiento de cinturones o de fajas suspensoras producen alivio.

Al lado de estos casos absolutamente fuera del arte, se presentan otros en que a pesar de su gravedad sí son posibles recursos quirúrgicos, especialmente si el cirujano se ingenia y adapta procedimientos o artificios propios a cada caso, y que su experiencia le ha permitido valorizar la importancia de ellos para lograr la restauración completa de la pared. En esta clase de hernias no es problema a vencer ni único, el mayor o menor volumen de éstas, ni la amplitud del orificio de salida, que implican mayores dificultades operatorias, más graves post-operatorias y peores pronósticos de curación radical, sino que existen otros problemas de mayor trascendencia, como es el que las vísceras, especialmente los intestinos, han perdido el hábito de vivir en su antigua colocación, bajando a otro sitio, después de haber vencido a su sistema ligamentario, que al debilitarse desaparece el principal obstáculo que le impedía descender y dilatar cada vez más el saco herniario. En estos momentos comienzan a presentarse dificultades circulatorias, estados congestivos o francamente inflamatorios, se inician infiltraciones edematosas con tendencia a la cronicidad, que conducen a la formación de adherencias, y por lo mismo, a la irreductibilidad de la hernia parcial o totalmente; a pesar de todo, este grupo de hernias gigantes o eventraciones, son operables y curables radicalmente, siempre que el cirujano tenga ciertas aptitudes y experiencia suficientes, como lo exigen estos difíciles casos.

Ya hemos dicho que si lo amplio de la hernia y del orificio de salida y el hábito visceral de estar mejor fuera del vientre, en el saco herniario es problema de importancia, no constituye, sin embargo, el conjunto de todas las dificultades, si no se reflexiona un momento en la calidad de la pared misma del vientre, de sus músculos, de sus aponeurosis, que constituyen el material de reparación, y del que nada, absolutamente nada, debe desperdiciarse. Los músculos atrofiados, sin gran poder funcional, pobres en

fuerza y con aponeurosis friables, relajables y sin la resistencia necesaria, no podrían servir de buen material de reparación, si no se mejorara su calidad por determinados artificios de orden plástico, como voy a tener oportunidad de demostrar; y de estos elementos, siendo las aponeurosis el material más abundante por utilizar y constituyendo el saco herniario lo principal de éstas, en los casos a que me vengo refiriendo, lo utilizaremos íntegramente en nuestros procedimientos, ya que no es posible utilizar las aponeurosis normales de los rectos o de los oblicuos que protegen y le dan resistencia a otras zonas del vientre. La menor calidad de estas hojas aponeuróticas que constituyen el saco herniario, las suplimos por una adecuada superposición en varias capas que al cicatrizar entre sí, dado que tienen una magnífica nutrición, se convierten en una lámina gruesa, positivo y eficaz refuerzo de la parte media del vientre.

La experiencia nos ha demostrado que dicha zona operable puede resistir sin ser vencida los mayores esfuerzos. Se ha hecho solamente un tratamiento que al mejorar la resistencia de la línea media del vientre no hace otra cosa que imitar las condiciones normales de resistencia, y aprender a respetar la resistencia del entrecruzamiento que constituye la línea media entre ambos rectos anteriores del abdomen, evitando cortarla en nuestras operaciones, para cuyo fin nos gusta más a algunos de nosotros, entrar a un centímetro y medio de la línea media, en plena hoja anterior del recto. Sin querer igualar la calidad de la línea media, que como acabo de decir es bastante fuerte al estado normal, se busca sin embargo con la formación de un nuevo plastrón fibroso que resulta de sobreponer cuatro ó seis planos por ejemplo, a ese nivel, soldados entre sí, llegar a constituir sin embargo, un artificio realmente útil que permite a la pared del vientre cumplir bastante bien con sus funciones. Las zonas más comprometidas por esta clase de padecimientos pudieran ser todas las regiones del vientre, pero las más frecuentes son el meso y el hipogastrio, alcanzando algunas veces el epigastrio, muy particularmente en las eventraciones post-operatorias. También las regiones inguinales son sitios frecuentes de las hernias gigantes.

El desalojamiento de los intestinos y del epiplón fuera de la cavidad abdominal, cuando han descendido a un saco herniario, y

éste por las circunstancias mencionadas se ha vuelto muy amplio, se marca el principio de un descenso general, pues al intestino delgado y epiplón le sigue el grueso, después el estómago, los riñones, particularmente el derecho, y el hígado, con los trastornos consiguientes en la circulación visceral y las molestias propias de los restiramientos ligamentarios del sistema suspensor, de donde la aparición de multitud de síndromes consecutivos a estas ptósis, ricos en perturbaciones nerviosas, del sistema simpático, digestivas, etc., etc. La gravedad de estos padecimientos es mayor por ser muy común en las personas obesas, de gran panículo adiposo ventral, difíciles de operar como es bien sabido, por la vía abdominal, por lo que tratándose de operaciones ginecológicas es muy conveniente en esta clase de enfermos, y como una medida profiláctica contra la posible formación de hernias post-operatorias y eventraciones, operarlas, aunque cueste mayores dificultades en algunos casos, por la vía vaginal, cuyo post-operatorio es más corto, mucho más generoso, que ahorra sufrimientos a la paciente y trabajo y mortificaciones al cirujano, prefiriendo la vía alta sólo en los casos en que sea materialmente imposible utilizar la vía vaginal, entendido que la preparación de estos enfermos debe ser cuidadosa desde todos los puntos de vista, investigaciones de metabolismo, pruebas funcionales, estados albuminúricos, diabéticos, etc., tosedores y fumadores crónicos, que son positivas contra-indicaciones, y que hasta no desaparecer completamente, podrán ser operados por la vía alta.

No sería fácil abarcar en una sola descripción el modus faciendi y el ordenamiento clasificado en tiempos, porque cambian las condiciones en cada caso y el cirujano tiene que seguir obediente a las dificultades que se le van presentando, pero describiré algunos de los métodos principales que acostumbro usar en sus tiempos fundamentales, porque sería imposible intentar la descripción de pequeños artificios operatorios circunstanciales, que deben crearse en el campo operatorio mismo, y que la índole de este trabajo por su corta extensión no lo permitiría, quedando para otra oportunidad la descripción de varios de éstos que se han podido captar y utilizar en el transcurso de los años, asignándoles el valor, la importancia y la utilidad real que tienen.

La curación radical de las hernias gigantes está basada fun-

damentalmente en la mejor y más metódica utilización de la totalidad de los tejidos aponeuróticos y musculares, cuyo valor se apreciará después de haber aislado completamente el saco herniario único, ó éste y las prolongaciones, verdaderas bolsas herniarias secundarias, y que habiendo vaciado y reducido su contenido abundante a la cavidad abdominal, se ve la extensión, grueso, resistencia, elasticidad, alejamiento de los músculos rectos anteriores, etc., etc., que permitan formular un programa totalitario. Es indispensable también resecar la piel en una extensión más o menos considerable, algunas veces bastante considerable; pero generalmente desprovista de grasa o con un panículo poco grueso al nivel del saco herniario, que una vez resecaado por virtud de incisiones, generalmente situadas en las bases de la prominencia herniaria, se separa el panículo grasoso de la aponeurosis, en ambos lados, en toda la extensión de la herida, y hasta alcanzar la altura de los rectos anteriores, generalmente rechazados hasta la porción más anterior de los flancos, disección que se hace indispensable para tener después un campo suficiente en que plegar y suturar la tela de que disponemos. A este nivel el panículo grasoso suele ser bastante grueso, pero buenos ganchos separadores permiten con facilidad este acto operatorio.

Si el saco herniario es único, aunque sea un saco herniario con ciertas abolladuras propias de la diferencia de resistencia que ofrece el vientre a diversas alturas, se abrirá totalmente en la línea media, obteniendo de esta manera dos grandes valvas cóncavas, revestidas de peritoneo, extendidas del pubis a la región umbilical o más arriba, se exploran las bases de ambas, hasta fijar con exactitud la presencia de los rectos anteriores correspondientes, que como ya dijimos se encuentran completamente rechazados hacia afuera, separado uno de otro por toda la base herniaria, generalmente sesil; algunas veces, éstos músculos se encuentran tan afuera que ocupan los verdaderos flancos de la paciente, algo abombados también por la forma particular de estos vientres. Al explorar la base de ambas valvas para buscar el borde del músculo que se dibuja claramente debajo del peritoneo y encontrados ambos, se hace un surjete que tomando los bordes de ambos rectos en un espesor considerable y siempre cubiertos por el peritoneo y por la hoja aponeurótica posterior, se aprieta el

nudo de este punto, que ha sido colocado en cualquiera de las comisuras de la herida y se corre este surjete hasta la otra extremidad. Esta sutura tiene una gran importancia, porque marca el límite de reconstrucción de la cavidad abdominal, pues si esa primera sutura que se hace como se habrá comprendido por adentro del saco herniario, por adentro de la cavidad abdominal, queda adelante de esta referencia o atrás de ella, nos dará un vientre no muy ajustado a las necesidades de esta cura radical, o por el contrario, lo que sería peor, estrecharía demasiado la cavidad, y consistiría este simple detalle un motivo de fracaso; por lo tanto es absolutamente indispensable colocar la sutura sobre los bordes visibles de estos músculos, porque dan la medida exacta de la reparación; sin embargo, el cirujano podrá hacer las modificaciones que a este respecto crea prudentes, según cada caso.

Después de esta sutura, inmediatamente arriba del surjete, se corta delicadamente la serosa en ambos lados, haciendo también un surjete exclusivamente de los bordes peritoneales, constituyendo esta sutura un segundo plano. Con estos dos planos han vuelto los rectos anteriores a su primitivo sitio y se ha vuelto a su forma la cavidad abdominal y peritonizado correctamente, suturas que serán reforzadas después por el ajustamiento y arreglo plástico que se dé a las hojas aponeuróticas; las dos valvas de concavidad peritoneal de que hemos hablado se han puesto en contacto una con la otra en sus bases y en toda la longitud de la herida. Se dividen ambas en tiras de dos y medio a tres centímetros de ancho a la manera de las teclas de un piano, para dar una explicación mejor; en la tira más cercana a cualquiera de las comisuras de la herida se hace un ojal cerca de su base, para introducir por él la tira que está enfrente, después se restiran moderadamente y se fijan los extremos de ambas tiritas, lo mismo que en sus lados, por puntos de sutura al catgut, para lo cual ya se tiene hecha de antemano la separación del parícuto grasoso y descubierta la aponeurosis hasta cerca del flanco, un buen gancho separador permite las suturas con bastante comodidad, dando la apariencia una vez terminada la fijación de los correones de un pantalón. Se continúa en un arreglo semejante las segundas tiras, solamente que el ojal que se hace en la base de una de las tiras, ahora va en el lado contrario, para evitar cortar los pequeños vasos que al vascula-

rizar estas amplias membranas las nutre; las terceras tiras se confeccionan como las primeras, es decir el ojal vuelve del lado que se hizo en el primer arreglo, y las cuartas como las segundas, resultando una serie de cruzamientos alternativos que se apreciarán mejor, con mayor claridad, en los esquemas que se proyectarán después.

Al terminar estas maniobras que en su conjunto constituyen uno de nuestros procedimientos plásticos a expensas de la aponeurosis del saco mismo, el número de planos de sutura, no sólo al nivel de la línea media, sino en una amplia zona que comprende casi todo el hipo y el mesogastrio es de tres, siendo este último el que completa la integridad de la pared y puede hasta mejorar su resistencia en algunos casos, puesto que los músculos desempeñan perfectamente su misión atrás de este plano, pues en lugar de tener un simple entrecruzamiento de las fibras aponeuróticas en la línea media como el estado normal, tendremos una amplia placa que abarca zonas de mayor anchura en la parte media del vientre, de acción eminentemente protectora, pues las extremidades de esta placa fibrosa alcanzan a fijarse y aun sobrepasan en algunos casos el nivel que corresponde a las inserciones de los oblicuos y del transverso, quedando éstos ligados a los rectos por un plano más ajustado y fuertemente adherido a las aponeurosis normales constituyendo un verdadero sistema de protección que asegura el éxito de la curación radical, como nos lo han demostrado los casos en que hemos tenido oportunidad de intervenir, pero es indispensable que la cicatrización sea por primera intención, para cuyo fin, aparte del rigor de la asepsia, de una correcta hemostasis, de la supresión de espacios muertos, nos ayuda mucho la canalización capilar, que para nosotros es fundamental, y que consiste en un cordoncito de hilos de crin de Florencia, que facilitan la salida de los exudados sero-sanguinolentos que no faltan a pesar de los requisitos mencionados, aunque sean en pequeñas cantidades, en estas bastas operaciones, en las que también la grasa más o menos licuada hace necesaria esta canalización para darle fácil salida.

Este artificio no perturba en nada la cicatrización por primera intención, pues realizado el fin que con ella se persigue, se retira hilo por hilo, sin el menor traumatismo, en el transcurso de las

primeras 48 ó 72 horas, siendo raro después de este tiempo que aparezca algún botoncito como resultado de la acumulación en pequeña cantidad de exudado sero-sanguinolento o grasoso, y aún en este caso la cicatrización por primera intención no se perturba fundamentalmente, cicatrización que por otra parte es bastante rápida siempre que sea ayudada por la colocación de un apósito compresivo y contentivo hecho con tiras anchas de 10 centímetros y sobrepuestas, de tela adhesiva que yendo de un flanco hasta el otro sostengan enérgicamente todos los planos de sutura, en todo el vientre, y todavía para mayor seguridad dejamos correctamente ajustada durante una semana ó diez días después de la operación una venda de Scultet. Para retirar la crin nos basta con despegar un poquito la parte media de la tela adhesiva más baja al nivel del pubis para hacerlo con toda comodidad y no perturbar el proceso cicatricial de que me vengo ocupando

El apósito se removerá a los 8 ó 10 días cortando la tela en una anchura como de diez centímetros en la parte media del vientre y dejando adherido sobre los flancos el resto de estas telas, con el objeto de cambiar la curación, grapas, etc., y remendar de nuevo el apósito, buscando idéntico ajustamiento y compresión como en la primera vez. Con dos ó tres curaciones que se repiten en el transcurso de unos 20 o 25 días, la cosa ha concluído. La calidad de estos vientres, la naturaleza del padecimiento, la delicadeza de la operación, hacen necesaria una larga permanencia en la cama: 25 días o un mes, pues las cicatrices no adquieren sino en este plazo la resistencia necesaria para soportar el esfuerzo de la marcha y de los movimientos normales, y aún después, durante unos tres ó cuatro meses ó más, se les obligará a marchar enteramente fajados y guardando reposo aunque sea relativo.

Cuando hay fondos herniarios y son múltiples, se tratarán por separado cada uno de éstos consistiendo el tratamiento en aislar el o los sacos accesorios que desembocan en la cavidad herniaria principal, se invierten después y ya en estas condiciones se hacen surjetes que aproximan los rectos y unen los bordes peritoneales que han resultado de la incisión de esta serosa inmediatamente abajo de la desembocadura de estos fondos de saco herniario secundario. Al hacer estos dos planos de sutura semejantes

a los que acabo de describir, las valvas del sáco herniario principal tienen adheridas en su cara interna las tiras que resultan de la inversión de los fondos de sáco secundario, y en estas condiciones se utilizan las valvas exclusivamente para hacer plegaduras y sobreposiciones en la porción anterior sobre una ancha zona de vientre, hasta donde lo permita la extensión de ésta y de acuerdo con una disposición especial que se verá mejor en los esquemas correspondientes que al final se proyectarán. Una vez plegada la membrana en la forma más conveniente, se tiene cuidado de sembrar puntos de sutura convenientemente distribuidos en toda la superficie, para evitar los espacios muertos que podrían perjudicar la cicatrización por primera intención, que es requisito indispensable. El reforzamiento del vientre por este otro procedimiento ha quedado hecho por seis planos aponeuróticos reforzados por la acción protectora de los músculos del abdomen, que han vuelto a su lugar. Cuando la cicatrización ha terminado se experimenta con toda claridad la resistencia de enorme plastrón fibroso, colocado exactamente en la porción anterior del vientre, sitio que tiene como ya se sabe importancia capital en el esfuerzo que la presión abdominal ejerce sobre la pared y que tiene que sufrir con motivo de las actividades propias de la vida.



## Un nuevo caso de traumatismo craneano tratado por la operación de Ody

Por el Dr. JOSE ANGEL PESCHARD,  
socio correspondiente en Durango.

En una comunicación anterior me permití someter a la consideración de ustedes un caso de traumatismo craneano, de apariencia grave, el cual fué tratado por la operación de Ody con resultados favorables. Posteriormente he tenido oportunidad de aplicar la misma intervención en un caso semejante, también terminado satisfactoriamente. Se trataba de un hombre de 38 años que había caído de un caballo, recibiendo el traumatismo en la parte superior de la región occipital. Fué levantado sin conoci-

\* Trabajo leído en la sesión del 10 de mayo de 1939.