

Tratamiento paliativo de las hernias reductibles.—Éste tiene por objeto hacer reentrar la hernia en el abdomen y mantenerla en esta cavidad á beneficio de un vendaje especial ó de un aparato elástico, provisto de una pelota compresora, llamado *braguero*. Llámase *taxis* á la operación por la cual se efectúa la *reducción* de las hernias. Echado el enfermo, en la mayor relajación posible del abdomen, con la mano izquierda se circunscribe la hernia alrededor del anillo, mientras con la derecha se va comprimiendo y empujando hacia el conducto el tumor, siguiendo siempre la dirección del trayecto herniario. Cuando se ha percibido el *gorgoteo*, que indica la entrada del intestino, se aplica, al momento de levantar la mano, el braguero, el cual puede ser del sistema *francés*, cuyo resorte va oblicuamente desde la espalda al lado de la hernia, ó del sistema *inglés*, que, tomando apoyo en la espalda, marcha horizontalmente al anillo herniario, que está en el lado opuesto, ejerciendo sobre este punto una compresión perpendicular. Se conocerá que la *taxis* ha sido completa y que la hernia está bien contenida, cuando haya desaparecido el bulto y el enfermo pueda ejecutar sin dolor todos los movimientos del muslo, pelvis y vientre, sin que se afloje el braguero. Con un buen braguero, constantemente aplicado, durante muchos meses y aún años, se puede aspirar á una curación radical; en la primera infancia se logra siempre con esto.

La *cura radical* de las hernias se puede emprender conforme á un método *indirecto* ó *directo*. El método *indirecto*, tiene tres procedimientos, á saber: 1.º el que tiene por objeto provocar en el trayecto herniario una inflamación adhesiva, sea en el saco ó en el tejido celular que le rodea, que produzca una cicatriz oclusora del anillo; 2.º provocar este mismo trabajo oclusor y tapar al mismo tiempo, con un tapón orgánico, el anillo (*invaginación*) y 3.º añadir á la oclusión y al tamponamiento orgánico del orificio, la sutura del anillo.

Los *métodos directos* consisten en abrir el saco, como

en la kelo-tomía, bajo las mas rigurosas prescripciones de la asepsis. Incindidos, capa por capa, los tegumentos y cubiertas del saco y aislado éste de todas las adherencias, se abre y se efectúa la reducción del contenido, disecando el intestino, si está adherido, y reseca-do el epiploon entre dos ligaduras, si también es adherente. Hecho esto, se procede á obliterar el cuello del saco, para lo cual hay que aislar el pedículo con una disección detenida; entonces, se liga el cuello, lo más alto posible, con catgut fuerte ó con una sutura interior; una vez ligado el saco, se corta por debajo de la ligadura, la cual es atraída, con el saco, al interior del abdomen. El saco se extirpa con una disección minuciosa ó se abandona en la herida, la cual se sutura y prepara para el desagüe, según las prescripciones antisépticas. Lo malo es que muchas veces de esta operación no resulta la curación radical, pues es frecuente que, al cabo de cierto tiempo, la hernia reaparezca. Recientemente se ha introducido una importante modificación: en vez de ligar el saco con catgut, se liga con el mismo cuello del saco, entero ó dividido á lo largo en dos tiras que se añudan entre sí y se abandonan en el abdomen.

De ahí resulta que la *cura paliativa* es la preferible en la mayoría de los casos, no debiendo decidírnos por la *radical* sino en las hernias irreductibles, las incoercibles y las extremadamente dolorosas.



LECCION SEXAGÉSIMASEGUNDA

Complicaciones de las hernias

Una hernia enteramente reductible, más bien que una enfermedad, constituye para el que la lleva un achaque; mas al punto en que el afecto pierde su reductibilidad, hállase expuesto á ser asiento de varias complicaciones, algunas veces tan graves, que pueden causar la muerte. Estas *complicaciones*, ó *accidentes* de las hernias, son: la *estrangulación*; la *pseudo-estrangulación*, con la *inflamación* y el *atragantamiento* y la simple *irreductibilidad*.

De la estrangulación de las hernias

Llámase *estrangulación* á la constricción, más ó menos enérgica, del intestino en el trayecto herniario; la cual constricción dificulta el círculo sanguíneo, detiene la marcha de las materias fecales, es obstáculo, invencible ó transitorio, para la reducción y, si persiste, amenaza terminar por perforación ó gangrena.

El *agente* de la estrangulación es el anillo, que impide el reingreso de las vísceras en el intestino. Este agente constrictor puede tener diversas formas: de anillo completo, de conducto y de segmento de círculo que forma una arista, en donde se dobla y se detiene el intestino. Hállase este anillo tan fuertemente aplicado á la víscera, que hasta á veces es difícil descubrirle. El anillo obra pasivamente: el intestino es el que va á estrangularse en él; unas veces al nivel del pedículo y otras, aún cuando más raras, en el interior del saco.

Cuando la estrangulación se efectúa en el pedículo, puede ser debida á un anillo, natural ó accidental, ó al mismo cuello del saco. Antiguamente toda estrangulación era atribuída al anillo natural; después se negó por completo esta causa; hoy día, aún cuando se considera posible en dados casos, créese que la estrangulación es debida, la mayoría de las veces, al *cuello del saco*, ó á algún anillo accidental. En efecto, en las hernias antiguas, los anillos naturales están muy dilatados para poder constreñir la hernia; sin embargo, en el anillo crural se ven estrangulaciones por viva arista, sobre el borde del ligamento de Gimbernat.

Si el agente estrangulador es el mismo saco, puede suceder que la estrangulación sea debida á bridas fibrosas causadas por la inflamación, las cuales, pasando de uno á otro lado del saco, comprimen al intestino. En otras ocasiones, es el epiploon el agente de la estrangulación, ya porque se arrolle alrededor del saco y le apriete, ya por formarse en él un ojal, entre cuyos labios resulta comprimido el intestino. Puede también suceder que, desgarrándose el mismo saco, por una acción traumática, se insinúe el intestino en el desgarró, resultando así comprimido y estrangulado. Puede suceder también que, en una asa intestinal que tenga la forma de una U, se formen bridas que reúnan entre sí las dos ramas del asa y aún el saco, resultando de este modo fuertemente constreñido el intestino. Por último, puede el asa intestinal estrangularse retor-

ciéndose sobre sí misma, como un cordón dentro del mismo saco.

Anatomía patológica.—Las lesiones de las *cubiertas del saco* son muy poco acentuadas; sólo, por efecto de la *taxis*, suele notarse algún equímosis y aún á veces alguno que otro foco de inflamación supuratoria. Son mucho más importantes las lesiones del *saco*, el cual aparece más vascularizado en la superficie externa, mientras que por la interna presenta adherencias más ó menos numerosas. El cuello del saco es la parte más dañada: es de color obscuro y contiene un líquido glutinoso, en el que flotan restos de adherencias, siendo la cantidad de éste variable desde algunos gramos á dos ó tres onzas. Su color varía entre citrino, sanguinolento, sanguíneo y puriémulo; en este caso despiden un olor muy fétido, que es indicio cierto de gangrena.

El *intestino* contenido en la hernia estrangulada aparece muy congestionado é ingurjitado; luego adquiere un tinte de un rojo uniforme, vuélvese violado, obscuro y hasta negro, con líneas jaspeadas. En este estado, disminuye la temperatura del saco y se presenta desde luego la gangrena del mismo. El asa intestinal hállase comprimida en un lazo estrangulador, que forma un surco profundo, en el que se inicia la gangrena, la cual termina por perforación. Lo propio acontece en lo restante del cuerpo del asa intestinal, á consecuencia de hallarse en ella suprimidos, por la compresión, el círculo sanguíneo y la marcha de la inervación, pudiendo observarse una gangrena primitiva por efecto de la total supresión circulatoria y nerviosa que acabamos de mencionar, ó una gangrena consecutiva, por el gradual impedimento que se va efectuando en las susodichas influencias nutritivas del asa intestinal. El *intestino gangrenado* tiene un aspecto marmóreo, con varias escaras negruzcas, ó de *color de hoja seca*: está flácido, y exhala un hedor cadavérico, que en nada se parece al estercoráceo, característico de su normal contenido. Las escaras se desprenden, y desde este instante el asa intestinal, perforada, comunica con el saco, el cual se inflama á su vez, así como sus túni-

cas exteriores; establécese la supuración y con esto queda formada una fístula estercoral que se llama *ano contra-natura*. Esta gangrena del intestino es á veces bastante difícil de reconocer: se pueden ensayar las afusiones de agua fría, para ver si aún restan movimientos vermiculares en el asa. De todos modos, la rapidez de esta terminación varía según que es más ó menos fuerte la causa estranguladora: raro es, empero, el caso en que la gangrena aparece antes del tercer día.

Es rara la gangrena en el epiploon de la hernia estrangulada; preséntase sí, hiperemiado y violáceo y con muchas venas varicosas; pueden también formarse adherencias inflamatorias, las cuales, uniendo entre sí á los repliegues epiplóicos, á veces se vuelven fibrosas.

Las lesiones que en el caso de hernia estrangulada se encuentran en la *cavidad abdominal*, son diferentes según se haya ó no efectuado la reducción. Cuando la reducción ha tenido lugar, la parte del intestino que está por encima de la hernia se halla hiperemiada, engruesada, dilatada y henchida de materias fecales y aun más de gases; la porción del tramo intestinal inferior á la hernia, está coarrugada, muy inyectada y cubierta de placas cenicientas y falsas membranas. El peritoneo puede estar sano; pero á veces se hace asiento de un trabajo inflamatorio, por el que se forman adherencias resistentes que podrían proteger el abdomen contra un derrame estercoral, en caso de perforación del intestino.

Cuando no se ha efectuado la reducción, se ve el asa estrangulada de color más obscuro que el resto del intestino; consérvase el surco de la estrangulación y el peritoneo, inflamado, adhiere fuertemente alrededor del asa y forma depósitos purulentos, pudiendo sobrevenir una *peritonitis séptica* en diferentes puntos de la serosa.

Sintomatología.—Los síntomas de la estrangulación herniana son de tres clases: unos se refieren al tumor, otros al abdomen y otros son generales.

Los *síntomas del tumor* son: aumento de volúmen, tegu-

mento sano, aún cuando algo tenso y adelgazado; hernia más distendida y dura, particularmente junto al pedículo; disminución de la sonoreidad del tumor y en las hernias mayores, un poco de fluctuación. El síntoma local más culminante, es la *irreductibilidad del tumor*, acompañada de vivos dolores espontáneos, que aumentan á la presión y se irradian á diversos puntos del abdomen.

Los *síntomas abdominales* más importantes son los *vómitos* y el *estreñimiento de vientre*. Los vómitos tardan á veces algunos días en presentarse; otras, aparecen y desaparecen luego. Al principio, son de materias alimenticias; después, mucosos, luego, biliosos y más tarde, amarillentos, verdosos, espesos y de un gusto especial de putridez: son las *materias fecaloides*. En el último periodo, hay *regüeldos*. El estreñimiento suele ser absoluto, así de materias fecales como de gases. A veces hay evacuaciones líquidas, que bien podrían proceder de los muchos enemas que recibe el enfermo, así como de un flujo catarral de la porción de intestino inferior á la hernia.

Entre los *síntomas generales*, debe contarse la ansiedad y un especial malestar que, al principio de la estrangulación, aquejan al enfermo: su pulso se deprime, debilita y se vuelve frecuente; baja la temperatura en todo el cuerpo y muy particularmente en la punta de la nariz; ésta se afila; húndense los carrillos y se hacen proeminentes los pómulos; ahuécanse las órbitas y se ponen cianóticas, lo mismo que los labios: hay *facies abdominal*; la respiración es ansiosa y rápida (de 30 á 40 inspiraciones por minuto); disminuye ó se suprime del todo la secreción urinaria; hay albuminuria y glicosuria; sobrevienen sudores fríos y pegajosos; aparecen delirio y coma, y el enfermo muere en medio de un cuadro sindrómico muy parecido al de los verdaderos *coléricos*.

Las variantes de este síndrome pueden reducirse á tres, constituyendo las estrangulaciones llamadas *aguda*, *crónica* y *espasmódica*. En la *estrangulación aguda*, todos los síntomas se presentan tan rápidamente que el enfermo

muere de las 36 á 60 horas: corresponde á hernias recientes y pequeñas, con estrangulación muy apretada. La *estrangulación crónica*, que mejor se llamaría lenta, es propia de hernias antiguas y voluminosas: los vómitos son alimenticios ó biliosos y no se vuelven *fecaloides* hasta muy tarde; no hay síntomas generales simpáticos, ni se deprime el semblante, ni hay la ansiedad coleriforme, etc.; el enfermo muere cuando aún no se ha llegado á tener certeza de que la hernia se ha estrangulado. En la *forma espasmódica*, el mal comienza de una manera aguda; cálmense los síntomas, mas no tardan en exacerbarse: así se llega al término, por una serie de remisiones y agravaciones, por cuyo motivo en estos casos el cirujano vacila entre si debe ó no proceder á una intervención tan activa como en realidad requiere el caso.

Aquí viene la ocasión de hablar del *cólera herniario*, que tiene un cuadro de síntomas tan semejante al del *cólera morbo asiático*, que en más de un caso de epidemia ha dado lugar á lamentable confusión.

La hernia estrangulada termina casi siempre por la muerte; en algunos casos se efectúa la curación, unas veces, muy raras, por reducción espontánea, otras, algo más frecuentes, estableciéndose un *ano contra natura*, ó sea una perforación del intestino, adherente al peritoneo y á los tegumentos, con una abertura exterior, por donde se verifica la evacuación de los materiales intestinales. Para que se forme el *ano contra natura*, es indispensable que el peritoneo parietal haya contraído íntimas adherencias con la hernia en el lugar de la perforación intestinal. Entonces, desde el tercero al quinto día de la estrangulación, se nota que el tumor herniario se vuelve más rojo, caliente y edematoso; la hernia se hace pastosa y se percibe en ella un gorgoteo especial, dependiente de la mezcla de líquidos y gases; se adelgaza la piel; es perceptible la fluctuación y queda establecido un *absceso estercoral*, que se abre al exterior, siendo esta abertura el *ano contra natura*.

En los demás casos, sobreviene la muerte por peritonitis

generalizada, originada en unos casos por la propagación de la inflamación herniaria, la cual no ha sido bastante para detener con sus adherencias la marcha del proceso inflamatorio, y procedente otras del derrame de materias estercolares en la cavidad abdominal.

El *mecanismo fisiopatológico* de la estrangulación ha sido objeto de muchos estudios y teorías. Ni los anillos ni el cuello son elásticos, ¿cómo, pues, se explica la constricción de la hernia? Se ha reproducido el experimento de Birne, que consiste en hacer pasar por un orificio del diámetro de una moneda de dos reales, una asa intestinal: soplando con fuerza por uno de los extremos del asa, se hincha ésta y ya no es dable hacerla pasar otra vez por el orificio; pero si la insuflación se practica lentamente, el asa puede ser fácilmente reducida. Roser atribuyó la estrangulación á las válvulas conniventes, que obran como otras válvulas mecánicas cerrando el tránsito en el intestino; Busch, la achacaba á una corvadura en ángulo agudo del extremo inferior de la referida asa; Herman Losen opina que el extremo superior del asa, dilatado, comprime al extremo inferior en el anillo, determinando su oclusión. La opinión más generalmente aceptada es la de Berger; el mecanismo es complejo: el extremo inferior del asa es comprimido por el superior, dilatado; por la situación en que se halla la hernia en tales condiciones, son atraídas hácia ella nuevas porciones de intestino y mesenterio, formándose así una verdadera cuña, cuyo vértice mira al abdomen y que, al tratar de hacerla reingresar en él, ocasiona, por su elasticidad, la completa oclusión del extremo inferior del asa intestinal. A esto añádase que, una vez comprimido el intestino, se congestiona, aumenta el grosor de sus tunicas y se pone edematoso; sobreviene inflamación de la serosa, que forma nuevas bridas; se establece el surco de la estrangulación y el líquido intestinal se acumula en el asa; por último, el epiploon se hincha también y se inflama. De todo esto resulta un conjunto mecánico que explica la estrangulación.

Pseudo-estrangulación de las hernias.—Las *pseudo-*

estrangulaciones consisten en ciertos accidentes que pueden sobrevenir en las hernias, más ó menos parecidos y enlazados con la estrangulación. Estos accidentes son el *atragantamiento* y la *inflamación de la hernia*.

Atragantamiento.—Llámase así á la obstrucción de intestino por materiales sólidos. En algunas estrangulaciones de marcha lenta, se encuentra á veces atragantamiento ú obstrucción del asa intestinal por materiales sólidos: *hernia atragantada*. Excrementos, cuerpos extraños, tales como huesos de frutas, fragmentos de huesos de animales, paquetes de ascárides, etc., tales son los cuerpos sólidos que pueden presentarse obstruyendo el trayecto intestinal y siendo causa de inflamación de la hernia. El atragantamiento por sí sólo no tiene síntomas propios: todos expresan la inflamación de que el atragantamiento es causa.

Con el nombre de *inflamación herniaria* se comprende la flegmasia aguda del saco y su contenido. Esta inflamación puede determinar la estrangulación ó venir á complicarla. Sus causas son todas las de origen traumático, y principalmente la intempestiva compresión ejercida por el braguero. A más de las lesiones que hemos descrito como propias de la estrangulación, que se encuentran en la inflamación herniaria, conviene añadir las adherencias que á menudo se hallan en hernias, antiguas ó recientes. Las adherencias recientes se presentan en medio de un exudado fibrinoso, constituyendo pseudomembranas, apenas organizadas, que se destruyen fácilmente. Con el tiempo, y progresando la organización de este exudado fibrinoso, fórmanse bridas y membranas célula-fibrosas, que pueden adherir entre sí á las asas intestinales y á éstas con el epliploon y el saco.

Por la inflamación del intestino, la hernia aumenta de volumen; pónese tensa y dolorosa, haciéndose irreductible. Entonces puede haber vómitos y estreñimiento de vientre, el cual nunca es tan completo como en la estrangulación, pues hay evacuación de gases. Por la inflamación del epliploon los síntomas son menos agudos: el dolor es menos

acentuado y se forman bridas en el seno del tumor herniario, que contribuyen á aumentar las dificultades de reducción. Estos síntomas suelen remitir al cabo de doce ó quince días, volviendo todo á las condiciones habituales, hasta que ocurre otro acceso inflamatorio en la hernia.

Hernias simplemente irreductibles.—Llámanse *irreductibles* las hernias que, después de emplear recursos farmacológicos y quirúrgicos de toda suerte, en multiplicados tanteos, no resulta posible hacerlas reentrar en el abdomen ó no hay manera de mantenerlas en esta cavidad. En este último caso, llámanse también *incoercibles*. Dicese también *que han perdido el derecho de residencia*.

La *irreductibilidad* depende, unas veces del excesivo volumen del tumor y otras de las adherencias de saco á las partes contiguas. Las hernias irreductibles son de ordinario grandes y abollonadas, tensas, duras y poco sensibles. Su anillo es tan ancho que, cuando se intenta hacerlas reentrar por un lado, sale por otro la parte que se había introducido.

Las hernias irreductibles se hallan siempre expuestas á determinar algunos accidentes funcionales de mayor ó menor cuantía, tales como peso, dolores sordos, tirazones, cólicos y desarreglos digestivos; síntomas que suelen desvanecerse al poco rato. Pueden, empero, estos accidentes exagerarse, hasta remedar el síndrome de la estrangulación sub-aguda ó de marcha lenta, debida á adherencias intra ó extra-saculares.

El *diagnóstico* de la *irreductibilidad* de una hernia se desprende del solo hecho de no haber conseguido la reducción á pesar de todos los medios mecánicos y farmacológicos que se emplean para lograr este resultado.

El *diagnóstico* de la *estrangulación* es fácil cuando aparece completo el cuadro de síntomas que queda expuesto; pero, tratándose de una hernia irreductible, puede haber una peritonitis que se confunda con la estrangulación. Bastará fijarse en la naturaleza de los vómitos, en la fiebre y en la marcha de los fenómenos y locales, para evitar este error.

Tratamiento de las complicaciones de las hernias.—Cuando una hernia es decididamente irreductible y no lleva en sí más inconveniente que la irreductibilidad, debe abandonarse á sí misma, si se han hecho y repetido infructuosamente los ensayos de reducción; sólo cuando ocasione grandes molestias, podrá apelarse á la operación de la *cura radical*, por alguno de los procedimientos anteriormente indicados.

En los demás accidentes, lo primero que debe tantearse es la *taxis*. La taxis está, empero, contraindicada en los siguientes casos: 1.º cuando haya síntomas de gangrena ó de perforación intestinal; 2.º cuando, completamente establecida la estrangulación, han transcurrido más de 48 horas, en hernias medianas ó grandes, y más de 36, en las pequeñas; en las hernias crurales, el término de la indicación de la taxis se acorta y en las más grandes se alarga hasta el cuarto día.

La taxis se puede efectuar en estado vigil ó en el de anestesia: en la anestesia la reducción es mucho más fácil. La maniobra aún cuando someramente descrita en la lección precedente, es de la particular incumbencia de la Medicina operatoria: no insistiremos, pues, en ella y bastará añadir que, si se opera en la anestesia, una sesión de reducción no deberá prolongarse más allá de 15 ó 20 minutos; si no hay anestesia, podrá prolongarse unos minutos más. La energía de la compresión deberá ir aumentando progresivamente desde el principio al fin de la operación. Gosselin dice que ésta debe durar hasta tanto que estén cansadas las manos del cirujano.

Se han empleado diferentes medios para auxiliar la taxis; no haremos más que enumerarlos: 1.º La *inversión*, de Leasaure, colgándose el enfermo, por los muslos, del cuello de un ayudante y descansando sobre la cama sólo la cabeza y los hombros, mientras el cirujano, en esta posición declive del tronco, empuja la hernia hacia el abdomen: es un recurso muchas veces eficaz. 2.º La compresión por medio de la venda elástica de Maisonneuve; ejercida al rededor del cuerpo ó sobre la hernia, que halla especial

a aplicación en las hernias simplemente irreductibles por adherencia. 3.º Los *saquitos de perdigones*, que tienen forma de embudo, los cuales se aplican sobre el pedículo de la hernia durante 20 ó 25 minutos, lográndose frecuentemente el apetecido resultado.

No nos corresponde estudiar los accidentes de la *taxis*: bastará citarlos: 1.º La *falsa reducción*, cuando la hernia no ha entrado ó, á lo menos la totalidad de ella, en el abdomen. 2.º La *reducción en masa*, accidente mortal, muy común en las hernias inguinales oblicuas y pequeñas y que consiste en el ingreso simultáneo en el abdomen de la hernia y del saco: es una reducción que no se anuncia por el gorgoteo. 3.º *Persistencia de los síntomas de estrangulación* á pesar de la reducción; hecho que debe atribuirse á alguna brida epiplóica ó á adherencias y perforación de epiploon.

Al mismo tiempo que la *taxis*, se emplean en la estrangulación algunos otros remedios: el *opio*, para calmar dolores, del cual no se debe abusar, pues podría paralizar el intestino; los *purgantes* hacen perder un tiempo precioso y sólo deben prescribirse en las primeras horas de la estrangulación; las *cataplasmas emolientes* y la *pomada de belladona* calman dolores y pueden facilitar la reducción; del propio modo obra el *baño general tibio*; el *hielo* no deja de ser peligroso, pues puede facilitar la gangrena de la hernia; lo propio puede decirse del *éter*, como refrigerante y anestésico; las *inyecciones hipodérmicas de morfina* actúan como el opio; las aplicaciones eléctricas pueden favorecer los movimientos del intestino; por último, la *punción con el aspirador de Dieulafoy*, puede favorecer la reducción causando, aún cuando no siempre impunemente, la evacuación del asa intestinal.

Cuando estos recursos no han triunfado de la estrangulación, está indicada la operación llamada *Kelotomia*. Es necesario no esperar demasiado y proceder á ella con estricta sujeción á los preceptos antisépticos. A la Medicina operatoria incumbe describir minuciosamente la técnica de esta operación y sus especiales indicaciones.



LECCIÓN SEXAGÉSIMATERCERA

DE LAS HERNIAS EN PARTICULAR

Hernias inguinales

Hernias inguinales son aquellas que se efectúan por el conducto inguinal, por donde pasan el cordón espermático, en el hombre, y el ligamento redondo del útero, en la mujer. Durante la vida fetal, el conducto inguinal está provisto de una funda peritoneal, que se continúa con la túnica vaginal del testículo; después del nacimiento, este conducto, queda obliterado: si la hernia se ha efectuado, antes del nacimiento, por el conducto *peritoneo-vaginal*, se llama *congénita*; en caso contrario, esto es, después del nacimiento, se llama *adquirida*.

Breve reseña anatómica del conducto inguinal.—Es un conducto oblicuo, en dirección del arco crural, situado inmediatamente por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, que forma su cara anterior; la superior está constituida por fibras desprendidas del oblicuo menor y transver-

so, y la posterior por la *fascia transversalis*. Tiene dos orificios: uno, profundo, llamado *interno*, á pesar de ser externo respecto del otro, que se llama *externo* hallándose más próximo al plano interno. Estos orificios deberían llamarse, respectivamente, *interior* y *exterior*. El orificio externo, ó *interior*, situado en el centro de una línea tirada desde la espina íliaca anterior superior á la del pubis, da paso al cordón espermático, en el hombre y al ligamento redondo, en la mujer. El orificio *exterior*, *superficial* ó *interno*, resulta de la separación de dos hacecillos del músculo oblicuo externo, llamados *pilares* (externo é interno): el primero, que es inferior, rodea al cordón espermático y luego se inserta en la espina del pubis; el otro, *pilar*, el *interno*, es superior y se inserta en la sínfisis del pubis, entrecruzándose sus fibras con las del pilar del lado opuesto. De ahí un espacio triangular, dirigido hacia arriba y afuera, cuyos ángulos se hallan redondeados por fibras superficiales que, procediendo del pilar oblicuo externo del lado opuesto, cruzan por arriba al susodicho ángulo. Por detrás de ambos pilares hay una cinta fibrosa, que forma la parte inferior del anillo externo y procede del oblicuo externo del lado opuesto: es el *pilar posterior* del anillo, llamado también *ligamento de Colles*.

Mirando la pared abdominal anterior por su cara posterior y al nivel del conducto inguinal, se notan unos repliegues, ó elevaciones del peritoneo, que circunscriben *tres fositas*, dirigidas oblicuamente de arriba abajo y de dentro afuera; hay un cordón central, en el plano medio, que es el *uraco*; dirigiéndose hacia afuera, se ven dos cordones fibrosos, que se pierden en la vejiga: son los vestigios de la *arteria umbilical*; el repliegue más externo, que ocupa el centro del arco crural, corresponde á la *arteria epigástrica*. Tres fositas, ó depresiones peritoneales, corresponden á los mencionados relieves: una *interna*, comprendida entre el uraco y la arteria umbilical, corresponde al mismo nivel del orificio externo, ó superficial, del conducto inguinal: llámase *fosita vésico-pubiana*, ó *inguinal inter-*

na; una *fosita media*, limitada hacia adentro por la arteria umbilical y hacia afuera por la epigástrica, la cual fosita corresponde al centro de la mitad posterior del conducto; la *fosita externa*, que es la más importante, está limitada hacia adentro por la arteria epigástrica y corresponde al orificio profundo del conducto inguinal.

Las hernias inguinales pueden ser *reductibles* ó *irreductibles*; tanto las unas como las otras pueden ser *adquiridas* ó *congénitas*.

Hernias inguinales reductibles adquiridas.—La *hernia inguinal adquirida* que se observa con mayor frecuencia es la llamada *oblicua externa*, en la que, entrando la hernia por la fosita peritoneal externa, recorre todo el conducto y sale por el anillo superficial. Puede presentar cuatro grados: en el primero, llamado *punta de hernia*, ésta se halla en la parte superior del conducto; en el segundo, que es la *hernia intersticial, intra-inguinal, ó intra parietal*, el tumor herniario ocupa casi todo el conducto; en el tercero, conocido con el nombre de *bubonocoele*, forma bulto en la ingle; en el cuarto y último, que es la *hernia inguino-escrotal, ú osqueocoele*, se halla dentro del escroto.

La hernia inguinal puede iniciar su trayecto de salida por cualquiera de las tres fositas de que queda hecha mención: si por la *externa*, que es lo más común, sigue un trayecto oblicuo hacia abajo, adelante y adentro, hasta el anillo superficial; si por la *media*, no recorre lo que resta de conducto, sino que se presenta directamente por delante, formando bulto en la pared abdominal; si por la *interna*, se dirige hacia afuera y abajo, es pequeña y aparece en el orificio superficial del conducto inguinal. De todos modos, á medida que pasa tiempo y aumenta el volumen de la hernia, se agranda la capacidad del conducto, al par que disminuye su longitud; este modo, los dos anillos, el externo y el interno se aproximan, pues se pierde la oblicuidad, hasta que ya no constituyen más que una abertura. La *hernia inguinal oblicua externa*, tiene una relación que no debe olvidarse: la de la arteria epigástrica, que se halla

por dentro. En las otras dos variedades de hernia, esta arteria está por fuera del pedículo. En todas las hernias inguinales se halla por detrás el cordón espermático ó el ligamento redondo.

En las *cubiertas* y el *saco* de la hernia inguinal se encuentran todos los elementos que hemos mencionado al tratar de las hernias en general y, bien que de ordinario no tiene más que un cuello, al nivel del anillo profundo, no es raro hallar otro cuello junto al anillo superficial; puede también presentar el saco un angostamiento en el cuerpo y entonces resulta la hernia llamada en *bisaco*; pueden, en fin, hallarse cuellos y sacos múltiples y también diferentes divertículos. En cuanto al contenido, la hernia inguinal es la que puede presentar más variedades, pues aún cuando de ordinario consiste en una asa intestinal, con el correspondiente epiploon, se han visto casos en que se encontraba en el saco una porción del ciego, con un saco incompleto, ó una porción de la S del colon, de la vejiga, un ovario, una de las trompas y hasta el útero.

La hernia inguinal, puede ser *simple*, ó de un solo lado, ó *doble*, y puede darse el caso de una hernia inguinal *oblicua*, en un lado y *directa*, en el opuesto.

Hernias inguinales congénitas.—Considerando que el estudio de estas hernias compete principalmente á la patología de la infancia, nos limitaremos á señalar algunas particularidades. Se producen por la persistencia más ó menos completa del conducto peritoneo-vaginal. Efectúanse en el momento de nacer; si el conducto peritoneo-vaginal persiste indefinidamente, pueden ocurrir en cualquier tiempo de la vida. Puede la persistencia del mencionado conducto concomitar con una anomalía en el desarrollo del testículo: entonces se dice que *la hernia inguinal simple, se acompaña de ectopia del testículo.*

Cuando el conducto peritoneo-vaginal, queda parcialmente ocluso, pero de modo que no hay comunicación con la túnica vaginal, la hernia se efectúa en la porción no oclusa de dicho conducto, sirviéndole de saco la parte de

peritoneo correspondiente á la porción permeable de aquél y aparece el tumor junto al anillo superficial, debajo del cual se encuentra el testículo: es una *hernia funicular*, por corresponder al nivel del cordón.

Etiología de las hernias inguinales.—Las particularidades etiológicas de estas hernias, son: 1.º ser las más frecuentes en el hombre y las más raras en la mujer; 2.º en la infancia y en la juventud más comunes que en las otras épocas de la vida; 3.º ser más frecuentes las hernias *accidentales* que las *congénitas*; 4.º en la juventud se ven comunmente hernias inguinales ocasionadas por el *esfuerzo*; en la vejez son debidas á la *debilidad*.

Sintomatología.—La hernia inguinal presenta los síntomas propios de todas las hernias. La variedad *oblicua externa*, que es la más frecuente, puede servir de tipo para todas las hernias en general.

Relativamente á sus grados, cuando hay sólo *punta de hernia*, únicamente al toser se nota un tumorcito redondeado por encima del anillo inguinal externo; cuando la hernia es *intersticial* se percibe un tumor ovóideo y paralelo al arco crural; cuando es *inguino-pubiana*, ó *bubonocoele*, hay tumor en la ingle, que sale por el anillo; cuando la hernia es *escrotal*, ú *osqueocoele*, forma un bulto en las bolsas, que se halla por encima del testículo. Cuando esta hernia es muy grande, y particularmente si es doble, forma un tumor piriforme, con la parte gruesa hacia abajo, que aparenta llevarse hacia el abdomen la piel del escroto y pene, desapareciendo este órgano en la masa del tumor y abriéndose la uretra en el fondo de un repliegue, que es el prepucio. La hernia *inguinal directa* es pequeña y aparece al nivel del pubis; también es pequeña la hernia *inguinal interna* y parece inclinarse hácia el muslo.

Diagnóstico.—La hernia inguinal sólo podrá confundirse con los tumores reductibles de la ingle, á saber: los abscesos por congestión, el varicocele y el hidrocele congénito; se distingue del *absceso por congestión* por los síntomas de flogósis tuberculosa, que quedan expuestas en otro lugar;

del *varicocele*, porque en éste se tocan los paquetes de venas dilatadas, dentro del escroto; del *hidrocele congénito* en que, aun cuando sea reductible, la reducción no se acompaña del zurrido propio de la hernia. Para distinguir una hernia *adquirida* de una congénita, bastará atenerse á los antecedentes; además, si hay ectopia del testículo, se dirá que la hernia es congénita.

Pronóstico.—Son curables las hernias inguinales pequeñas, y recientes, aun cuando sean congénitas y las que aparecen en la primera ó en la segunda infancia, con tal de que sean bien reducidas y contenidas. Curan pocas veces las hernias inguinales de los adultos, y son incurables en los viejos; en éstos, las de la *debilidad*, son de pésimo pronóstico. Las hernias *grandes* y especialmente en los ancianos, están poco expuestas á accidentes graves: la inflamación y la estrangulación se observan principalmente en las hernias desde la segunda infancia en adelante, si son de pequeño y mediano tamaño.

TRATAMIENTO.—Siempre serán indispensables la reducción y un buen medio contentivo. Este, en niños menores de un año, podrá ser un vendaje inguinal; el braguero, en edad más avanzada, prestando excelentes servicios los del sistema francés, provistos de *muslero*. Cuanto á la cura radical, sólo deberá apelarse á ella en los casos indicados al hablar del tratamiento de las hernias en general.

Las *hernias inguinales oblicuas externas*, que son las más voluminosas, se hacen frecuentemente *irreductibles* y, aún más á menudo *incoercibles*. Son irreductibles las que tienen fuertes y numerosas adherencias que, al paso que hacen imposible la *taxis*, exponen á la hernia á la inflamación y aun á la estrangulación. Las *incoercibles* no son precisamente irreductibles, antes bien, se logra fácilmente hacer las reentrar; más, apenas han reingresado en el abdomen, vuelven á salir, á causa de la extraordinaria relajación del anillo. El braguero, por más que tenga ancha pala, no las contiene sino muy incompletamente y expone á compresiones peligrosas: esto hace que sólo pueda sostenerse por medio

de un gran suspensorio. Las irreductibles son las más molestas y peligrosas y al propio tiempo las en que resulta más difícil la cura radical, único recurso, empero, de que á veces se puede echar mano.

La *estrangulación* de la hernia inguinal presenta algunas particularidades que deben ser conocidas. De ordinario el *agente estrangulador* es el cuello del saco; se dan, empero, casos en que la estrangulación se efectúa en el momento en que se produce la hernia y en que el *agente estrangulador es el anillo inguinal profundo*. Cuando la hernia es *antigua*, la estrangulación se verifica *siempre* por el cuello del saco. En las hernias *congénitas*, el agente estrangulador *es alguna de las válvulas, ó diafragmas, que se forman en el trayecto peritoneo vaginal*: á veces existen varios de esos lazos estranguladores en la hernia congénita. Cuando hay ectopia del testículo, puede éste oponer obstáculo á la taxis y aún contribuir al aumento de la constricción intestinal. Las *hernias inguinales intersticiales* son las más expuestas á la estrangulación, la cual tiene siempre lugar al nivel del anillo profundo. Las hernias inguinales *de gran volumen* sólo se estrangulan por bridas epiploicas.

Los *síntomas* de la estrangulación de las hernias inguinales son los expuestos en las generalidades y su diagnóstico es fácil: sólo cabría confusión con los abscesos y las adenitis de la ingle, el hematocele, la inflamación del cordón espermático y la flebitis del *plexo pampiniforme*. Un examen minucioso de los síntomas propios de estas afecciones, en comparación con los de la hernia bastaría. Para el diagnóstico entre la hernia *adquirida* y la *congénita*, que es la que más frecuentemente se estrangula, bastará fijarse en las relaciones que el testículo guarda con el tumor herniario y además en los antecedentes, para esta distinción.

El *tratamiento* de las hernias inguinales impone ciertas atenciones referentes á la *taxis* y á la *Kelotomía*. Si la hernia es pequeña, intersticial y estrangulada en el momento de formarse, sólo podrá ensayarse la taxis y está aún en

estado de anestesia, en las primeras horas, procediendo, sin pérdida de tiempo, á la Kelotomía. Si es congénita la hernia y se acompaña de ectopia testicular, estará contraindicada la taxis. En los otros casos, durante los tres primeros días de la estrangulación, se emplearán los diferentes medios aconsejados para la *taxis*; de ser éstos infructuosos, se practicará la *Kelotomía*, debiendo entender siempre que el resultado de esta operación será tanto más ventajoso cuanto más pronto se apelará á ella. Si la estrangulación ocurre en una hernia de gran volumen, la *Kelotomía* deberá ir seguida de la *cura radical*, á pesar de que en la *hernia congénita* se encuentren muchas dificultades para la disección del saco.



LECCION SEXAGÉSIMACUARTA

Hernias crurales

Llámanse *crurales*, las hernias que salen á través del orificio comprendido entre el ligamento de Fallopio y el pubis.

Desde la espina ilíaca anterior y superior hasta la del pubis, se extiende un ligamento llamado *arco de Fallopio*, que convierte en un agujero oval á la escotadura anterior de la pelvis. Este espacio se halla dividido en dos compartimientos por una cinta fibrosa que, desde la parte media del nombrado *arco de Fallopio*, se extiende hasta la eminencia íleo-pectínea, en la cual se inserta. De estos dos compartimientos, el *externo* da paso al músculo *psoas* y al nervio *crural*: este espacio nos interesa poco. El *interno* forma un triángulo, cuya base corresponde al ligamento de Fallopio; el ángulo *interno*, que es el más agudo, está formado por el *ligamento de Gimbernat* y el externo está ocupado por la *arteria y vena femorales*: el espacio comprendido entre estos dos vasos y el borde cóncavo del ligamento de Gimbernat, es el *anillo crural*. Hállase ocupado por tejido celular laxo, con vasos y ganglios linfáticos, y del lado del abdomen, se presenta cerrado por el *septum crural*, lámina

celulosa, delgada, que se inserta á la vena femoral, hacia afuera, y al ligamento de Fallopio, por arriba. Este anillo, por el que se efectúan las *hernias crurales*, tiene la forma de un embudo, cuyo vértice corresponde á la entrada de la vena safena interna. Su cara anterior está formada por la *fascia cribiformis*, llamada así por sus numerosos orificios, por los cuales se introduce. á veces, la hernia crural, la cual, por esta relación, puede ser frecuentemente estrangulada.

Las hernias crurales pueden ser *reductibles é irreductibles*.

Hernias crurales reductibles.—Hay una *variedad común* y otras variedades que pueden llamarse *raras*. En la *hernia crural común*, el tumor sale del abdomen empujando hacia adelante el *septum crural* y colocándose entre la vena femoral, que queda por fuera, y el borde externo del ligamento de Gimbernat, que se halla por dentro. Inmediatamente después, la hernia se mete en el *embudo vascular* y marcha á lo largo de la vena femoral, que queda á su lado externo, y por debajo de la fascia cribiforme. Cuando llega á este punto, se introduce, según Gosselin, en uno de los orificios de esta aponeurosis y se hace sub-cutánea.

Mientras la hernia no pasa del anillo, se llama *punta de hernia*; recibe el nombre de *intersticial*, cuando se mantiene en el embudo membranoso, y se denomina *completa*, cuando ha llegado á ser sub-cutánea.

Las cubiertas de la hernia crural son: la piel, con un tejido laminoso de muchas hojas; la *fascia superficialis*, que adhiere por debajo á la aponeurosis femoral y que, al desarrollarse, remonta hacia el arco crural, y el *saco*, delgado ó más ó menos grasiento, y cuyo *cuello* se halla siempre en el anillo crural, y cuyas relaciones anatómicas, muy interesantes, son las siguientes: por delante, el arco de Fallopio y, á través de él, el ligamento redondo, en la mujer y el cordón espermático, en el hombre; por fuera, la vena femoral; por abajo, se relaciona con el pubis, y por fuera, con el borde externo del ligamento de Gimbernat. Aparte estas relaciones, es necesario no olvidar las que tiene

con la arteria espermática, las cuales pueden presentar distintas variedades, de las cuales no nos ocuparemos, por ser de la especial competencia de la Medicina operatoria.

El *contenido* de la hernia crural puede ser intestino solo ó éste y epliploon: es raro hallar más de una asa intestinal; lo más común es que no contenga más que una porción de asa (*pellizco de hernia*), por lo cual estas hernias suelen ser poco voluminosas. La ausencia del epliploon es mucho más frecuente en estas hernias que en las inguinales. En casos muy raros, se ha encontrado el ciego, una trompa ó un ovario y aún, en casos de ectopia, uno de los testículos.

Las *hernias crurales raras* son las siguientes: 1.º La hernia, en vez de salir por la *fosita crural externa*, lo hace al nivel de la *inguinal interna*. 2.º Puede salir por la *fosita vesico pubiana* y se llama *hernia crural intera*. 3.º En lugar de pasar entre la vena femoral y el ligamento de Gimbernat, sale por un orificio de éste: es la *hernia de Laugier*. 4.º Después de atravesar el anillo crural, se dirige hacia atrás y adentro, atravesando la aponeurosis del pectíneo, poniéndose en contacto con las fibras de este músculo: es la *hernia de Cloquet*. 5.º Salir por el mismo orificio de la aponeurosis cribiforme por donde entra la vena safena interna: es la *hernia de Blecard*. 6.º Marchando hacia la parte externa del conducto herniario, situarse por delante de los vasos femorales: es la *hernia de Velpeau*. 7.º Introducirse, no por uno solo, sino por dos orificios de la *fascia cribiformis*, dando lugar á un tumor con dos lóbulos: es la *hernia bilobada*.

En la *etiología* de la hernia crural, que nunca es congénita, debe figurar, en primer término, la organización especial de la pared del abdomen, que hace que esta hernia sea tan frecuente en la mujer como rara en el hombre. La distensión del abdomen durante el embarazo y los esfuerzos del parto, explican el que se efectúe frecuentemente en estas condiciones y estados de la vida.

Los *síntomas* de la hernia crural consisten en un tumor

esferoidal, raras veces mayor que una castaña, que ocupa el hueco correspondiente del triángulo de Scarpa, el cual tiende siempre á remontar hacia el arco crural. Como todas las hernias reductibles, el tumor es sonoro á la percusión, si contiene intestino, y más ó menos macizo, cuando epiploon; tiene escasa movilidad y su pedículo, muy corto, corresponde á su lado posterior. Cuando se reduce, el dedo penetra en el abdomen, empujando á la piel y al saco y percibiéndose por el tacto el latido de los vasos femorales y el borde cortante del ligamento de Gimbernat. Los síntomas fisiológicos son á veces nulos; de ordinario, hay cólicos y algunos dolores al hacer extensión del muslo.

Cuanto al *diagnóstico diferencial*, el más importante consiste en distinguir la *hernia crural* de la *inguinal intersticial*: en aquélla, el tumor se encuentra debajo de una línea tirada desde la espina iliaca anterior superior, á la cresta del pubis; en ésta, el tumor está por encima de dicha línea; en aquélla, después de la reducción, el dedo percibe los latidos de los vasos femorales.

El *pronóstico* de la hernia crural se funda en que, aún cuando, por ser pequeña, sea poco dolorosa, puede por estos motivos, pasar desapercibida; pero esto no es obstáculo para que á menudo ocurra en ella la estrangulación.

En el *tratamiento* de la hernia crural *reductible*, debe tenerse en cuenta la dificultad de mantenerla, de donde la necesidad de que el braguero esté provisto de una buena pelota, inclinada hacia abajo y firmemente sostenida por el *muslero*. La cura radical da buenos resultados; pero debe reservarse para las hernias de mayor volumen y muy dolorosas.

Las *hernias crurales irreductibles*, son casi siempre *epiploceles*; los cuales forman como depósitos de grasa dentro del anillo y contraen múltiples adherencias. Causan algunas incomodidades cuando se inflaman; á veces forma un tumor, con dolor pulsativo, que se acompaña de fiebre, constipación, náuseas y hasta vómitos, el cual tumor podría confundirse con una adenitis inguinal supurada. Los

emolientes y anodinos (cataplasmas y pomadas de belladona), y el reposo, suelen calmar estas exacerbaciones. Un braguero de pala cóncava puede servir de preservativo.

Hernia crural estrangulada.—Si bien la estrangulación en la hernia crural puede tener lugar por el cuello, se efectúa también por el anillo crural; pero son posibles otras dos estrangulaciones que no se ven en las inguinales, á saber: *por viva arista, en el ligamento de Gimbernat* y en *los orificios de la fascia cribiformis*. La estrangulación en *el ligamento de Gimbernat*, se efectúa aplicándose el asa intestinal, por su lado interno, sobre el borde externo ó *viva arista*, del ligamento de Gimbernat. En esta estrangulación, el asa es solamente comprimida por un lado, de manera que, entre la parte no comprimida del asa y el anillo, es posible pasar una sonda. La estrangulación de la hernia crural *por uno de los orificios de la fascia cribiformis* tiene lugar á causa de que, habiendo la hernia salido por uno de éstos, se ha hipertrofiado la aponeurosis en este sitio: entonces este orificio y el anillo crural se confunden en una sola abertura.

La marcha de la *estrangulación* en la hernia crural es á veces muy rápida, mientras que, en otros casos, el accidente camina de una manera lenta, no habiendo proporción entre la complicación herniaria y el volumen del tumor, pues se ven casos de simple *pellizco de hernia*, que se acompañan de estrangulación ejecutiva.

Los *síntomas* de la estrangulación, en la hernia crural, son los mismos que hemos expuesto en las generalidades; pero no siempre este accidente se presenta de manera franca y expedita: algunas veces se efectúa irregularmente y con mucha lentitud, y, como se dan casos en que el paciente ni tan siquiera se ha percatado de que tiene una hernia, la estrangulación puede presentarse de un modo engañoso. Mírese entonces el lugar en donde suele fraguarse la hernia y se hallará un bulto del tamaño, por ejemplo, de un huevo de gallina, tenso, duro, doloroso é irreductible, el cual se acompaña de astricción tenaz y abultamiento del

vientre. Algunas veces hay vómitos, que suelen desaparecer pronto, siguiendo luego todo el síndrome fatal, hasta tanto que viene la gangrena del saco y del intestino y luego la muerte, á no intervenir oportunamente con la Kelotomía. Estos mismos síntomas sobrevienen á veces inesperadamente y se despliegan con extraordinaria agudez.

En el *diagnóstico* de la estrangulación, en la hernia crural, debe tenerse en cuenta la posibilidad de confundirla con una *adenitis inguinal supurada*: bastará ir en busca del pedículo, para establecer la distinción. Importa también decidir si la hernia estrangulada es un *enterocele* ó un *oiplocele*: si el tumor está muy tenso y doloroso; si hay inapetencia y vómitos, y sobre todo, cuando existe estreñimiento de vientre y supresión de evacuaciones gaseosa por el ano, se dirá que el contenido herniario es principalmente intestinal.

Grave es el *pronóstico* de la hernia crural estrangulada, pues casi terminan por la muerte y sólo excepcionalmente estableciéndose un *ano contra natura*, el cual requiere muchas intervenciones operatorias para ser llevado á buen término. Solo la *Kelotomía*, practicada oportunamente, puede salvar á estos enfermos.

El *tratamiento* de la hernia crural estrangulada requiere una intervención quirúrgica pronta. La *taxis* solo debe ensayarse en las primeras horas, y las sesiones, practicadas con la anestesia, solo deben durar unos quince minutos, dirigiendo los esfuerzos, no sobre el cuerpo, sino sobre el pedículo del tumor, que está siempre profundamente situado. En la práctica de la Kelotomía deben tenerse presentes los numerosos vasos de que se hallan rodeados los anillos, para hacer los desbridamientos múltiples y poco extensos y siempre en el sentido de evitar la hemorragia, de ordinario importante, que resultaría de la sección de los referidos vasos. Siempre que se haya practicado la Kelotomía, debe hacerse la *cura radical*, en espera de buenos resultados.