

térmicas, medicación interna, alimentación, etc., porque esto creo que hallaría su lugar en una enseñanza didáctica á la cabecera del enfermo, y solo he querido presentar como en globo estos dos hechos para hacer las deducciones siguientes:

1ª La apertura amplia con el bisturí y la resección de un fragmento de costilla, asegura notablemente el éxito de la operación, y supera á la punción.

2ª El pronóstico es tanto más favorable, cuanto el operado es de menor edad, el empiema más reciente y la causa de él más simple, como traumatismos ó inflamaciones independientes de una lesión huesosa, tuberculización ó derrame en la pleura de algún absceso contiguo.

3ª A la antisepsia se debe la menor gravedad y repetidos éxitos de esta operación.

LAZARO ORTEGA.

CLINICA EXTERNA.

UN CASO DE HERNIA ESTRANGULADA.—OPERACION Y CURACION.

SEÑORES ACADÉMICOS:

VOY á permitirme ocupar la atención de vdes: relatando un caso de hernia estrangulada que fué operada con éxito; este hecho en sí tiene siempre algún interés, si se atiende á la importancia de los accidentes que origina la estrangulación y las particularidades que, á este punto de vista, puede presentar cada caso tomado individualmente. La historia de que voy á ocuparme se refiere á un enfermo que, por su estado patológico especial, independientemente del estrangulamiento herniario de que fué afectado, despierta todavía mayor interés para el cirujano, que además de tener conocimientos más ó menos extensos en cirugía, debe poseerlos también en medicina interna, para poder formarse lo más exactamente posible un juicio acerca del estado y condiciones en que se encuentra un enfermo que se confía á sus cuidados, á fin de apreciar debidamente una indicación.

El Dr. D. José Terrés tuvo la deferencia de ayudarme con sus luces, en el estudio de la afección cerebral de que adolece nuestro enfermo. El estudio de la afección quirúrgica propiamente dicha, lo hicimos de común acuerdo los Sres. Dres. Francisco Hurtado, Lucas Castro y el que habla.

Paso á hacer la relación de la historia y de las apreciaciones que el caso nos ha sugerido:

Casildo Sánchez, natural de Veracruz, de 40 años de edad, soltero, jornalero primero y después carbonero, vino á esta capital con el objeto de curarse de una amaurosis doble, para lo cual solicitó una cama en el servicio de cirugía menor del hospital de San Andrés, la que ocupó desde el mes de Febrero del presente año.

Por el interrogatorio que hubo necesidad de hacer en diversas ocasiones, debido al estado de depresión mental en que se encontraba el enfermo, pudimos obtener, con alguna dificultad, los siguientes datos:

A la edad de tres años padeció ataques de convulsiones, y desde esa fecha quedaron débiles sus miembros superior é inferior izquierdos, sin haber alcanzado el grado de paresia que tienen en la actualidad. Como á los 15 años de edad, poco tiempo después de que sufrió un golpe á consecuencia de la caída de un caballo, que no le hizo perder el conocimiento, ni le causó herida en parte determinada por haber caído sobre médanos, sufrió otro ataque de convulsiones del que tiene conciencia. "Sensación de adormecimiento que subió desde la pierna izquierda; caída, pérdida del conocimiento; convulsiones generalizadas; espuma sanguinolenta expulsada por la boca y amodorramiento."

La madre y abuela materna padecían ataques semejantes; no pudo dar más antecedentes relativos á la herencia.

Los ataques continuaron apareciendo, aunque á largos intervalos, y desde esa época comenzó á apreciar una debilidad progresiva de la visión, acompañada de fosfenos, sin otra manifestación apreciable para él.

Algún tiempo después, y coincidiendo con una exacerbación de los ataques, que se repetían con motivo de la más leve emoción, el enfermo refirió que perdió repentinamente y por completo el resto de la facultad de la visión que conservaba, sin que este hecho se acompañara de pérdida del conocimiento, ó de algún otro signo que le pareciera digno de llamar la atención. Atribuye á la multiplicación de sus ataques el aumento de debilidad en los miembros.

En el transecurso del interrogatorio el enfermo acusó, igualmente, una hernia inguinal izquierda, refiriéndonos que esta hernia databa desde su

nacimiento, y recordando, á este propósito, que su madre le contaba que había tardado mucho en bajar al escroto el testículo derecho, y que él mismo nunca había sentido el izquierdo. La hernia, en los años subsecuentes, á pesar de no haber sido contenida, continuó pequeña, sin causarle molestias, y sin impedirle hacer los esfuerzos á que se veía obligado en su oficio de carbonero.

No pudiendo fijar ninguna fecha, atribuye á la multiplicación de sus ataques, el crecimiento continuo que posteriormente ha tenido su hernia, y el que varias veces haya presentado fenómenos de atascamiento.

El examen del enfermo nos reveló lo siguiente: Individuo de raza negra, bien constituido, sin antecedentes ni manifestaciones apreciables de sífilis ó alcoholismo. Fácil nos fué apreciar, desde luego, una debilidad de sus facultades intelectuales: sus respuestas son casi siempre vagas é incoherentes; la expresión por medio de la palabra defectuosa, y puede apreciarse el fenómeno del nistagmus en los dos ojos.

Existe una hemiplegia incompleta del lado izquierdo; el miembro superior más paralizado que el inferior, existiendo en el primero, una verdadera contractura de flexión, y en el segundo, cierto estado de rigidez muscular. Atrofia muscular en los dos miembros paralizados. Reflejos tendinosos, particularmente el rotuliano, más aumentado. Marcha incierta y vacilante. Micción y defecación involuntarias.

El examen oftalmoscópico, practicado por el Dr. L. Castro, le mostró una atrofia doble de la papila, originada probablemente por neuritis óptica.

La exploración de la región inguinal nos dió á conocer la existencia de una hernia inguinal voluminosa, como del tamaño de una toronja grande; la percusión producía un sonido timpánico en casi toda la extensión del tumor, ligeramente obscuro en el centro que correspondía á una especie de cilindro, relativamente grueso, liso y renitente, que la palpación hacía apreciar. El contenido del saco podía reducirse, aunque con alguna dificultad, con producción del zurrido característico; la extremidad del índice podía insinuarse en el anillo inguinal.

Reasumiendo lo expuesto, y como resultado del estudio que á grandes rasgos acabo de hacer del estado en que se encontraba el enfermo, pudimos llegar al siguiente diagnóstico:

La aparición de una hemiplegia permanente, con contractura espasmódica de los miembros paralizados, y el desarrollo del complejo sintomático que comprende: el estado psíquico del enfermo, las perturbaciones

de la palabra, el nistagmus, la ceguera, etc., permite hacer el diagnóstico de una parálisis cerebral espasmódica, probablemente por esclerosis del cerebro.

La existencia del tumor reductible, al nivel de la ingle, y cuyos caracteres dejo consignados arriba, nos condujo al diagnóstico de una hernia inguinal oblicuo-externa, constituida por un entero-epiplocele.

Nuestro enfermo permaneció algunos días en el servicio, habiendo sufrido tres ó cuatro ataques epileptiformes durante este tiempo. En el mes de Marzo, cuando reinaba la última epidemia de tifo, fué afectado de esta enfermedad, y trasladado al hospital "Juárez" para su curación.

Afortunadamente pudo restablecerse el enfermo de su afección tifosa, y volvió al servicio de cirugía el 13 de Abril del presente año. Desde esta fecha comenzó á sufrir casi constantemente de su hernia, habiendo presentado ésta, en diversas ocasiones, fenómenos de atascamiento, los que fueron combatidos, cada vez con mayor dificultad, por la aplicación del hielo localmente, y por la reducción de las asas herniadas.

El 16 de Mayo, el Dr. Lucas Castro, médico del servicio, tuvo la amabilidad de invitar á nuestro ilustrado colega el Dr. Francisco Hurtado y al que habla para que, de común acuerdo, tomásemos alguna resolución para conjurar los accidentes alarmantes de estrangulamiento herniario que presentaba este enfermo; éstos habían comenzado á manifestarse desde el día anterior por el dolor y aumento de tensión de la hernia, por la irreductibilidad de ésta y por la constipación.

Por la mañana del citado día diez y seis en que nos reunimos, encontramos al enfermo muy deprimido, con las facciones alteradas, vomitando frecuentemente líquidos biliosos, quejándose de cólicos y con meteorismo medianamente acentuado en la región central del abdomen.

Dados los antecedentes del enfermo que teníamos á la vista, las condiciones en que se desenvolvía el estrangulamiento herniario eran muy delicadas, y en tal virtud, debimos meditar nuestra determinación.

En primer lugar, el estado particular que guardaba el paciente desde hacía ya algún tiempo, á consecuencia de su lesión cerebral, eran un factor muy desfavorable para el éxito de la operación, y esto por dos razones: es la primera, el peligro á que podía exponer la cloroformización, y la segunda, las proporciones que pudiera alcanzar el shok post-operatorio.

En segundo lugar, carecíamos casi por completo de los elementos de asepsia tan indispensables cuando se practican operaciones de esta importancia.

Empero, en vista de la urgencia del caso, no quisimos dejar trascurrir más tiempo, pues estábamos convencidos de que, cada hora que se perdiera equivalía á un elemento más de muerte para el desgraciado enfermo. Convenimos, por lo mismo, en hacer una nueva tentativa de taxis, mientras se disponía lo necesario para practicar la operación.

Las maniobras de taxis, que no quisimos prolongar, no dieron resultado; á este propósito me permitiré hacer notar, que la palpación de la hernia, durante estas maniobras, revelaba la presencia de un cilindro de superficie lisa, que ofrecía cierta resistencia á la presión, sin ser duro, y mucho más grueso ahora que cuando la hernia era reductible; "he llamado la atención sobre este hecho, porque, como se verá más adelante, ese cilindro estaba formado por el mesenterio, y contribuyó poderosamente para la realización del estrangulamiento."

Decidida la operación, á falta de una buena asepsia, procuramos la antisepsia hasta donde era posible realizarla, para lo cual, además de lavar la región con soluciones antisépticas y luego con el éter, y de la desinfección de los instrumentos, nos servimos durante la operación, de un pequeño chorro continuo de una solución de bicloruro de mercurio al uno por cinco mil y de compresas embebidas con la misma solución tibia destinadas á contener y resguardar las asas del intestino.

Anestesiado el enfermo con las debidas precauciones, se procedió á la operación, llevando el cuchillo el Sr. Dr. Hurtado, quien fué ayudado por el Sr. Dr. Castro y por el que habla. Una incisión, como de doce centímetros de longitud, que fué practicada sobre la parte anterior del tumor, habiendo empezado como á dos centímetros arriba del anillo inguinal, puso á descubierto el fascia superficial, el que á su vez fué dividido en toda la extensión de la herida sobre sonda acanalada; apareció entonces el fascia propia el cual fué dividido, al mismo tiempo que el saco, estando este íntimamente adherido al primero, como sucede casi siempre en las hernias antiguas; esta última incisión solo fué prolongada hasta unos tres centímetros abajo del anillo, con el objeto, como es sabido, de evitarse dificultades cuando llega el momento de reconocer y desbridar el agente de la estrangulación. El contenido de la hernia estaba formado por el intestino delgado dispuesto en asas y el ciego con su apéndice, todas estas asas notablemente congestionadas, así como por un grueso cilindro que formaba el mesenterio enrollado, y que se insinuaba como cuña entre las asas. Afortunadamente no se encontró en ningún punto indicio alguno que hiciese sospechar una gangrena más ó menos inminente.

El despegamiento del saco fué muy laborioso, y hubo necesidad de cerrar provisionalmente su abertura, sirviéndose de pinzas para evitar la exposición prolongada y maltrato de las asas intestinales. Terminado este tiempo de la operación, se intentó reconocer el sitio del estrangulamiento; pero toda tentativa hecha con el fin de verificarlo por el interior del saco fracasó, debido á la imposibilidad de introducir un instrumento cualquiera, entre la enorme masa que formaban los órganos fuertemente estrangulados y el cuello del saco. En vista de esta dificultad se procedió á la desbridación del anillo inguinal de fuera á dentro, así como á la desbridación de las fuertes adherencias que existían entre éste y el cuello del saco; de este modo se logró que la constricción se aflojara lo suficiente para poder desbridar el cuello del saco, que estaba engrosado y muy resistente en una extensión como de dos centímetros, para lo cual se introdujo el herniotomo, guiándolo sobre el dedo, y se practicaron varias incisiones en diversos sentidos.

Levantado de este modo y muy ampliamente el agente de la estrangulación, pues que, podían introducirse con la mayor facilidad dos dedos al interior de la cavidad abdominal, de manera de poder explorar los cabos del asa herniada y una buena parte del peritoneo parietal, la reducción, á pesar de esto fué algún tanto laboriosa y dilatada, y solo se pudo llevar á cabo, haciendo primero la reducción, que fué fácil relativamente, del cilindro formado por el mesenterio, y luego de las asas intestinales que se redujeron con la mayor facilidad.

El testículo se encontró atrofiado y aplicado, en el interior del saco, á la pared posterior interna del mismo; fué extirpado, y el cordón ligado, con doble ligadura de catgut, y reducido en seguida.

El procedimiento de curación radical que se siguió fué el de Barker, que no me detendré en describir, por ser conocido de todos. La herida se cerró con doble sutura de seda; una profunda en surgete, y la otra superficial de puntos separados; canalización por el punto más declive, y curación antiséptica al yodoformo y gasa yodoformada.

En el transcurso de la operación que dilató como dos horas, no tuvimos accidente alguno que lamentar, ya fuera debido á la cloroformización, ya á la operación misma. El estado del enfermo era bastante satisfactorio.

Tres complicaciones se presentaron posteriormente á la operación: la primera y la más temible, fué el shok que revistió caracteres muy alarmantes, habiendo sido seguido muy de cerca por un delirio acompañado,

casi siempre, de agitación, cuyo delirio duró como ocho días después de la intervención. El shok puso seriamente en peligro la vida del enfermo.

La segunda complicación, fué la aparición desde el segundo día de una diarrea mucoso-sanguinolenta, consecuencia, debida probablemente, en su mayor parte, á las lesiones del intestino producidas por el estrangulamiento; esta diarrea desapareció después de algunos días de tratamiento, habiendo dejado al paciente bastante agotado.

La tercera complicación, fué la producción de un pequeño absceso superficial al nivel del ángulo superior de la herida, el que vino acompañado de un ligero movimiento febril, que desapareció tan luego como se dió salida al pus. Esta última complicación, la atribuimos al desaseo en que estaba el enfermo, debido á la evacuación involuntaria y frecuente de las materias fecales y de la orina, las que infiltraban muy frecuentemente el apósito.

Por lo demás, la herida, al tercer día, se había cicatrizado por primera intención, casi en toda su extensión; y quince días después de operado, nuestro enfermo se había restablecido por completo de las consecuencias de la intervención.

De la historia del caso que acabo de relatar, se desprenden, á mi modo de ver, las siguientes consideraciones que someto, con gusto, al ilustrado juicio de esta H. Academia.

1ª Cuando exista una hernia voluminosa, y por lo mismo difícil de mantener reducida, tratándose de enfermos que estén en condiciones semejantes al nuestro, el cirujano deberá preocuparse de hacer la curación radical, antes que puedan sobrevenir los accidentes del estrangulamiento.

2ª Una vez que en esta clase de enfermos el estrangulamiento se realiza, la indicación capital será practicar la operación de la herniotomía y la curación radical, sin atemorizarse demasiado por las consecuencias de la cloroformización ó de la operación operatoria.

3ª Cuando en el interior del saco se encuentre un cilindro formado por el mesenterio enrollado, será conveniente intentar primero su reducción, y después, la de las asas intestinales.

México, Julio 26 de 1893.

EDUARDO VARGAS.