

fuera así, desde el momento que el testículo ha franqueado el anillo inguinal externo y pudiendo por consiguiente recogerlo con los dedos, la simple tracción sería más eficaz que la aspiración, y no obstante no logra más que despertar dolor y retracción esta maniobra.

Por lo que debemos buscar la explicación del hecho en las acciones vasculares y electrolíticas de ambos medios empleados, que por un lado pueden haber removido adherencias, y de otro la mayor circulación sanguínea que el tratamiento ha promovido en la región, puede haber despertado sus energías dormidas, facilitando el que el testículo vaya a parar al sitio que le estaba destinado, por la presión abdominal que sobre él se ejercía al encontrarse libre de las adherencias que le retenían.

En resumen: se trata de un procedimiento fácil de aplicar y nada doloroso y ni siquiera molesto; que cuenta ya en su haber algunos éxitos completos, que siempre ha obtenido la desaparición de los dolores y molestias producidas por la ectopia y según todas las probabilidades influye también favorablemente en el desarrollo y función de las células intersticiales con mejora del estado general de los pacientes; por consiguiente, creo, que será conveniente empezar a tratar por este procedimiento todos los casos de criptorquidea que no vayan acompañados de hernias bien manifiestas.

Sesión del día 4 de julio de 1928.

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

Estrangulación herniaria en la infancia y procesos con ella relacionados.

POR EL PROF. A. MARTÍNEZ VARGAS

Tan sólo por la insistencia con que nuestro ilustre Presidente me ha requerido para que diera esta conferencia, me permito molestar vuestra atención en la tarde de hoy. De una parte, lo avanzado de la estación, de otra, el convencimiento que tengo de que no pueden interesaros mis ideas, me hicieron retraerme en un principio de ocupar esta tribuna, y si lo hago ahora, es más por disciplina que por mi propio deseo. No debe desconocerse que yo he demostrado constantemente mi devoción por esta Academia, y séame permitido recordar en guisa de exordio, algo de la labor que a ella he aportado. Desde mi discurso de ingreso que versó sobre "Patogenia y tratamientos modernos de las diarreas infantiles"; he expuesto aquí en un discurso inaugural "Los deberes benéficos de Barcelona", en la solemnidad con que se celebró el 150 aniversario de la fundación de la Academia, la necesidad de crear "El Ministerio de Sanidad en España", en sesiones ordinarias; la "Exposición de la epidemia de fiebre tifoidea que invadió Barcelona el año 1914", "El tratamiento del pneumotórax traumático bajo la pantalla fluoroscópica", "Una nueva causa de irreductibilidad de las luxaciones de codo en los niños". "La encefalitis letárgica", la "Necrología del Dr. Rodríguez Méndez", otras comunicaciones, y además, los discursos que como Vicepresidente de la Corporación he debido pronunciar en ciertas solemnidades. Todos estos trabajos, si bien por ser míos valían poco, sirvieron para demostrar al menos que no he regateado nunca mis servicios a la Corporación y he procurado cumplir en ella mis deberes académicos.

Señores; voy a tratar un tema que en la vida del médico es de singular interés, por tra-

tarse de un proceso que lleva aparejada la vida o la muerte en breves horas, según sea el tratamiento seguido y la fortuna con que se aplique.

La estrangulación herniaria en la primera infancia tiene todo el interés que este accidente grave, mortal, ofrece en el adulto, pero acentuado por la agravante de la menor resistencia que presenta un niño de pocos meses o de unas semanas, por las dificultades técnicas propias de la pequeñez de la región anatómica y por la fragilidad de los tejidos en esta edad.

Sirva de motivo para esta exposición la historia de un niño de 65 días, afecto de estrangulación de una hernia inguinal a quien practiqué la operación radical y la apendicectomía.

HISTORIA CLINICA.

El niño Arturo A. V. fué traído a mi Clínica de la Facultad, la mañana del 12 de abril de 1928, con grandes apremios para que se le operara inmediatamente. Su madre nos dijo que hacía 24 horas "estaba en un grito, con vómitos y una tumoración en la ingle". Dos días antes, el 10 de abril, comenzó a tener vómitos, a dar grandes gritos y a rechazar el alimento. Tenía también estreñimiento.

La región inguinal derecha presentaba una tumoración del tamaño de una nuez, y la piel empezaba a colorearse. El contacto, por leve que fuera, aumentaba el grito. Completando el examen con toda suavidad, diagnosticué la existencia de una hernia inguinal estrangulada. Se le habían practicado maniobras de reducción, y el niño había empeorado.

Le di unas ligeras inhalaciones de cloroformo, puse el niño con la cabeza abajo y los pies arriba, practiqué muy suaves maniobras de taxis, y en vista de la resistencia, decidí practicar inmediatamente la operación. Esta se hizo con arreglo a la técnica usual. Abierto el conducto inguinal en toda su extensión hasta llegar al orificio inguinal interno, corté el conducto peritoneo-vaginal, y encontré unas bridas fibrosas valvulares, propias de las hernias congénitas, de que hablan Trelat y Le Roy, restos de los anillos de Ramonede; tan pronto como quedaron seccionadas aquéllas, la hernia empezó a reducirse. Mientras examinaba el intestino herniado, que era el delgado, sobrevino un vómito y salió fuera un trozo mayor de intestino delgado y grueso, y con éste, el apéndice vermiforme. El reconocimiento escrupuloso del asa herniada, libre de toda compresión, no halló manchas oscuras que denotaran el comienzo de la gangrena y nos indujeran a practicar la resección del intestino, por lo que, lavado este con éter y con suero fisiológico, lo preparé para ser introducido en el interior de la cavidad abdominal. Pero antes, teniendo el apéndice a la vista practiqué la ablación de éste, enterré el muñón en la pared del ciego y procedí a la sutura de la pared abdominal.

El curso postoperatorio careció de todo accidente a pesar de las malas condiciones de su aparato digestivo. Tuvo tan sólo 15 días de lactancia maternal y era alimentado con biberón en condiciones muy defectuosas. Pasadas 24 horas de la operación, empezamos a alimentarle con leche condensada diluida en la proporción de 1 por 8. A los ocho días se extrajeron los puntos de sutura y a los doce salía el niño de la Clínica en brazos de su madre, con mejores carnes y un peso mayor del que tenía al ingresar. Hoy, al cabo de 3 meses el niño se encuentra bien y pesa 7,259 gramos, como podéis comprobar si os dignáis examinarlo, pues está presente.

REFLEXIONES.

Aún cuando este hecho clínico es en sí muy sencillo, no obstante, sugiere varias consideraciones que voy a exponer por las enseñanzas prácticas que en él pueden hallarse.

Frecuencia de la estrangulación. Este accidente propio de las hernias, es más frecuente de lo que se supone. Sin examinar las estadísticas de mi Clínica en los años anteriores, con éste son cuatro los casos de estrangulación que he observado en el presente curso.

I.—2 de enero de 1928: un niño de un mes. Entró en la Clínica con una hernia inguinal derecha estrangulada. Operación. Curación.

II.—11 de enero de 1928: una niña de seis meses. Presentaba sobre el labio derecho de la vulva una tumoración rojo violácea y una incisión vertical con bordes negruzcos que daba salida a un líquido seroso mal oliente, gangrenoso. Habían diagnosticado un absceso y lo incindie-

ron. El estado general era gravísimo. Había toxemia, hipotermia, cara hipocrática. Llevaba cinco días de padecer, con vómitos y gritos. Practiqué inmediatamente la operación a pesar del pesimismo que inspiraba la situación. Hecha la incisión propia de la quelotomía, encontré el asa intestinal negruzca, perforada en plena gangrena y una gran cantidad de serosidad pútrida en el saco. Hice la resección de 12 centímetros de ileón y del meso correspondiente, y practiqué la anastomosis latero-lateral de los extremos intestinales. Fué preciso durante la operación y después, auxiliarla con inyecciones tónicas y la niña resistió 24 horas después de la operación. La autopsia demostró que la muerte había ocurrido por la toxemia.

III.—10 de mayo de 1928: niño de 8 meses. Hernia inguinal derecha estrangulada. Se intenta la taxis sin éxito. Operación radical: el intestino, una vez liberado y hallándose sano, fué introducido en la cavidad abdominal. Curación sin accidentes.

Acaso el número de estrangulaciones registradas es menor del que realmente ocurre, porque muchas veces la estrangulación es desconocida, y sobreviene la muerte sin hacer un diagnóstico exacto y se atribuye aquella a causas diferentes. Esto ocurre sobre todo, si la hernia se acompaña de ectopia testicular que impide la salida del asa intestinal a través del orificio inguinal externo.

La mayor frecuencia de la estrangulación herniaria acontece durante los dos primeros años de la vida. Kirmisson habla de la estrangulación en niños menores de tres meses y más jóvenes todavía.

La gravedad de este accidente es mayor que en el adulto en el niño, porque la sideración, la estercoremia (coprotoxia) son más intensas en éste y además, porque no se presenta como en aquél el ano artificial espontáneo que a veces puede evitar la muerte.

Estrangulación herniaria. Entre los diferentes accidentes que pueden complicar las hernias, la obstrucción o atasco, la irreductibilidad, la inflamación, la gangrena, el más frecuente en los niños es la estrangulación, esto es, una constricción enérgica que dificulta la circulación vascular de las vísceras herniadas, su reintegración al abdomen y que, si no se corrige a tiempo, determina la gangrena y la muerte.

Yo no voy a criticar las diversas teorías con que se ha pretendido explicar este fenómeno, ni menos a reproducir aquellas discusiones preteritas y apasionadas entre Littré y Dupuytren. Este sostenía que la estrangulación se producía por el cuello del saco, Littré por el anillo o sea el orificio a través del cual pasaba la hernia. Precisamente hoy, se ha podido demostrar durante las operaciones que la sección de las fibras tensas del anillo inguinal externo (fibras arciformes), bastaba para que se realizara la reducción de la hernia en muchos casos. Luego la estrangulación no residía en el anillo interno. Coley (1) afirma que de 17 casos de hernia estrangulada en niños operados en el *Hospital for Ruptured and Crippled*, el orificio inguinal externo era la causa de la estrangulación en 16 niños.

Otras veces la causa no reside en éste ni en el cuello del saco, sino en los anillos de Ramonede que como sabemos son restos de la tendencia espontánea a la obliteración que presenta el conducto peritoneo vaginal.

Ya he consignado antes que la estrangulación en mi enfermito persistía a pesar de haber seccionado el anillo inguinal externo y que sólo cuando corté las bridas que estaban a lo largo del conducto peritoneo vaginal antes de llegar al anillo inguinal interno, pude observar la reducción de la hernia. La estrangulación partió en este caso de estos 3 anillos que en forma de diafragma suelen hallarse en el conducto mencionado. En muchos individuos la acción constrictora de estos aumenta por la presión de un braguero que suscita su esclerosis. Pero en este niño no había actuado braguero alguno.

Jaboulay admite otra intervención: la invaginación del anillo de Ramonede. Por la influencia del empuje visceral es posible que el intestino herniado arrastre de arriba abajo uno de estos anillos y le haga penetrar en el interior del anillo subyacente inferior en el conducto peritoneo vaginal; esta telescopización del conducto seroso aumenta considerablemente la constricción.

La acción de estos anillos nos explica el hecho de que en muchos niños la hernia se es-

(1) Cirugía — Keen, Tomo IV, pág. 13.

trangule de pronto, primitivamente (*d'emblée*). El conducto peritoneo-vaginal está permeable, pero inhabitado: actúa un esfuerzo; se produce la hernia con violencia, por ésta el anillo es forzado, pero reacciona y se retrae; en este momento comienza la estrangulación. Tal ha ocurrido con mi enfermito. Su madre se dió cuenta más pronto de la estrangulación que de la hernia, pues antes de los vómitos y del grito no había advertido la menor señal de aquélla.

Casi siempre la estrangulación se realiza en una hernia preexistente; se insinúa en ésta un nuevo trozo de intestino, y el cuello del saco o de estos anillos que podían soportar la primera asa intestinal, son incapaces de tolerar una nueva y entonces comienza la estrangulación.

Ombredanne (1), insiste mucho sobre otro factor, sobre el espasmo. Un niño que tiene una hernia, cuando se inicia la estrangulación de ésta, llora y presenta senales de gran sufrimiento. Se le sumerge en un baño caliente, y de pronto se calma, acaso se duerme. La hernia se ha desestrangulado por sí sola. Algo parecido puede ocurrir cuando se anestesia al niño, haya o no de operársele. La acción del cloroformo o del baño caliente resuelven el problema. Pero esta acción no se realiza por una mera calma espasmódica. Ombredanne da de ello una explicación satisfactoria. El cuello del saco es un anillo pasivo, rígido, incapaz de contraerse por sí. El niño tiene un dolor abdominal que despierta un reflejo, el que a su vez excita el empuje muscular (*la poussée*); por este empuje muscular abdominal, el intestino es impelido a lanzar al exterior, representado en este caso por la hernia, su contenido líquido o gaseoso y la hernia es distendida. Si se suprime el dolor, por la anestesia, por el baño general o por los tomentos calientes y húmedos sobre el abdomen, se suspende la impulsión abdominal, se restablece el equilibrio líquido y gaseoso entre las asas intestinales herniadas y las contenidas en el abdomen y el accidente desaparece, la hernia se reduce fácilmente. No se ha suprimido el espasmo del cuello del saco, sino la aglomeración de las vísceras herniadas, contenidas fuera de aquél. Precisamente este mecanismo ha sido aclarado por los experimentos de Van Zwalenbur, de Riverside (California) (2), de O'Beirn, de Berger (cuña mesentérica) (3), encaminados a explicar la estrangulación. Ellos demuestran que la distensión de los vasos por un exceso de presión contribuye a la estrangulación y explica la trasudación de líquido en el interior del saco y la presencia de equimosis.

En resumen, la estrangulación de la hernia puede obedecer a la acción de uno o a la combinación de los varios factores que acabo de exponer.

Errores diagnósticos. Las hernias inguinales no siempre son diagnosticadas con exactitud en adultos y en niños; sobre todo en estos, suelen cometerse errores diagnósticos lamentables. El enfermito que he descrito ha sido víctima de éstos. La madre nos refiere, no sin cierta irritación, que entre unas vecinas suyas y algunos médicos se estableció un pujilato sobre si el niño tenía o no tenía hernia y lo lamentable del caso es que en esta contienda acertaron las vecinas. Por esto interesa mucho saber diagnosticar una hernia, toda vez que en estos casos tan vulgares y frecuentes, intervienen los bragueristas y la reputación de los médicos peligra entre los malignos comentarios de éstos.

Al Dispensario de la Facultad me han traído niños con un diagnóstico de hernia estrangulada y una demanda de operación inmediata: se trataba tan sólo de un absceso sobre el arco crural. Por el contrario, una hernia estrangulada derecha en una niña fué confundida con un absceso y se le hizo una incisión para dilatarlo, cual ocurrió en la observación número II que cito al principio. Piechaud habla de absesos osifluentes confundidos con hernias. El mismo error suele cometerse con la ectopía testicular, los quistes del cordón o del testículo, el hidrocele peritoneo vaginal o hidrocele comunicante.

Para precisar bien el diagnóstico es indispensable fijar los dos testículos en el fondo del escroto con lo que se excluye toda idea de ectopía. Acto seguido se aplicará la yema del dedo índice sobre la base del escroto y se buscará el anillo inguinal externo o del músculo oblicuo mayor y se hará una leve presión para apreciar su estado de permeabilidad; si el dedo se hunde y penetra en el interior del conducto, se tendrá la prueba de la permeabilidad de éste y de la posibilidad de una hernia aún cuando esta se halle reducida en aquellos momentos, cual ocurre en las hernias intermitentes. En hidrocele comunicante no hay duda de que el conducto perito-

(1) *Precis clinique et Operatoire et de Chirurgie infantile.* Pág. 493.

(2) Citado por Coley.

(3) Forgue: *Manual de Patología externa.* Edición española. Pág. 366.

neo vaginal está permeable y, por tanto, el estado anatómico es propicio a la hernia; existe una hernia latente.

El quiste del cordón se diferencia de una hernia, en que por encima de la tumoración el dedo índice y pulgar encuentran los elementos del cordón solos y el tumor carece de pedículo. Además las maniobras de reducción son ineficaces; el tumor se desliza hacia arriba sobre el pubis, pasando por encima del orificio externo del conducto inguinal. Por el contrario, en la hernia el pedículo es siempre grueso y se hunde en el interior del conducto inguinal con un gorgoteo peculiar, característico. En la punta de hernia o en la hernia intersticial también puede obtenerse la reducción. Si la hernia está estrangulada, la reducción es imposible como no medien ciertas maniobras, la taxis, el baño general, etc.

Es necesario conocer bien estos medios diagnósticos para evitar errores de graves consecuencias. Uno de estos, es la aplicación de un braguero sobre un testículo detenido en el conducto inguinal. Para esto recordemos que el conducto peritoneo-vaginal es continuación del peritoneo y llega al tondo del escroto donde, reflejándose alrededor del testículo, forma la vaginal de este órgano. En este trayecto debe atravesar tres planos y dos espacios: de dentro a fuera, el primero está representado por la fascia propia, que es una capa conjuntiva subserosa adosada a la cara externa del peritoneo; el segundo es la fascia transversalis, el plano conjunto del transverso y del músculo oblicuo menor y el músculo oblicuo, cuyas fibras arciformes constituyen el anillo inguinal externo. Entre la fascia propia y la transversalis se forma el vestibulo retro parietal o properitoneal, el conducto peritoneo vaginal se ensancha y si queda allí una hernia, se le llama properitoneal. En las taxis forzadas, el saco herniario suele quedarse en este espacio; es la hernia properitoneal. Entre el plano conjunto y la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, se forma otro espacio, la ampolla intraparietal; la hernia alojada en él se llama intersticial. Fuera de este último músculo la ampolla peritoneo vaginal toma el nombre de funicular; el resto, bolsa testicular que constituirá la vaginal.

A la hernia properitoneal se le llama por otro nombre, hernia de Krönlein; a la que ocupa el espacio limitado por el transverso y el oblicuo mayor, hernia intersticial o de Goyrand y por último, a la que se halla fuera del conducto inguinal inguino-superficial o de Hunter. A la hernia que coincide con un hidrocele vaginal se le llama de Astley Cooper.

Síndrome clínico de la estrangulación. Esta se caracteriza por dos órdenes de fenómenos: la oclusión intestinal y los trastornos locales.

Por la oclusión dejan de circular a lo largo del intestino las materias fecales y los gases y no salen al exterior a través del ano. Hay detención completa. Vómitos: son primero alimenticios y después fecaloideos muy fétidos. Hinchazón del abdomen: la cavidad abdominal se distiende mucho; no hay elevación febril, antes bien, muchas veces, hay hipotermia.

Los trastornos locales consisten en la irreductibilidad del tumor herniario; a pesar de todas las maniobras, el tumor no se reduce ni se oye gorgoteo. Si por acaso la tumoración desapareciera sin gorgoteo se formaría la hernia properitoneal o la reducción en masa.

Existe dolor intenso espontáneo, que aumenta con el conato de reducción. Hay gran rubicundez. Cuando ésta se hace visible sobre la piel, indica un grado avanzado de la lesión, pues traduce el estado de infiltración y de gangrena de los tejidos interiores; la infección del asa intestinal se ha propagado a los tejidos superficiales. En la observación número 3 que cito, se llegó a incidir la tumoración tomándola, por un absceso.

En el síndrome clínico debe estudiarse la significación del grito y la relación de las hernias con la tuberculosis y con los órganos contenidos en el saco, sobre todo, el apéndice.

El grito de los niños y las hernias. Relacionado con el diagnóstico exacto de las hernias, yo he descrito una nueva significación del grito en los niños, en un trabajo que presenté al Congreso de Ciencias de Valladolid (1). En él describí historias clínicas de niños que oscilaban entre 1 mes y 6 meses, en los cuales atormentaba su vida y la de sus deudos, un grito persistente que no se calmaba por ningún medio. De un modo general la causa de estos gritos, expresión de un dolor agudo, se atribuía a un alfiler que arañase sus carnes, a las arrugas del vestido, a un forúnculo del conducto auditivo o a una otitis, a un cólico, a tenesmo rectal, etc.

(1) Martínez Vargas. Nueva significación del grito en los niños. Valladolid.

Pero no se pensaba en una hernia. Llamado yo para asistir a un niño de estos, hice un exámen detenido y no encontré ninguna de las causas citadas, admitidas por la generalidad; en cambio, encontré una punta de hernia inguinal. Reducida ésta y aplicado un braguerito de goma, dejó de llorar el niño; esta quietud y bienestar continuaron indefinidamente. A estos siguieron varios otros hechos análogos. En la contraprueba de suprimir el braguero, siempre que este faltaba se reproducía la hernia y con élla reaparecían los dolores y los gritos.

Uno de los últimos casos que he observado se refiere a una niña que desde el mismo día de su nacimiento gritaba sin cesar, y tuvo algún vómito; al cabo de 6 días fuí llamado para asistirle; encontré una hernia inguinal derecha, funicular; la aplicación de un braguero de goma fué seguida de la cesación de los gritos y de la inquietud. Precisamente, en casi todos estos casos, se trata de una punta de hernia, hernia properitoneal, de hernias que además de no presentar gran abultamiento y pasar por lo tanto, desapercibidas si no se sabe reconocerlas, son tensamente dolorosas. Basado en estos diferentes hechos clínicos, yo hice la afirmación de que la hernia inguinal es una causa de grito persistente en los niños recién nacidos.

Hernia y tuberculosis. La tuberculosis del saco herniario es un proceso del que hablan pocos autores. Yo la he visto 3 veces. En los 3 casos había independencia absoluta de peritonitis tuberculosa y de tuberculosis testicular. La tuberculosis del saco parecía aislada. Fué en las 3 ocasiones una sorpresa, un hallazgo quirúrgico. La superficie del intestino estaba libre de tubérculos; no se veía ni uno; en cambio la pared del saco estaba sembrada de tubérculos amarillos, como gramos de mijo, sin lesión inflamatoria a su alrededor. El último caso era un niño de 7 años que tenía una hernia inguinal doble. Le operé en el Hospital de la Cruz Roja. El aspecto general del niño era florido, nada hacía sospechar la tuberculosis, ni enfermedad semejante. La tumoración herniaria acusaba ligera cantidad de serosidad en el saco. Hice la cura radical de las dos hernias en una misma sesión, una tras otra; abierto el saco salió una cantidad de serosidad y apareció un semillero de tubérculos en toda su superficie interior; la cara del intestino aparecía completamente libre de aquéllos. El curso postoperatorio fué normal, salvo una cefalea insistente: el niño curó, quedando la cicatriz de ambos lados ligeramente tumefacta. El examen histológico demostró la estructura propia del tubérculo.

De esta coincidencia de la tuberculosis y del saco herniario Tenderic (1) ha reunido 19 casos que con 3 más de la Clínica de Helferich suman 22. De los 3 de Helferich 2 eran niños de tres años y de ocho. Coley ha observado 3 casos, uno de hernia crural en una mujer de 28 años y dos en niños de 8 y de 6 años.

En los enfermos observados por mí no he visto ninguna complicación ni ningún síntoma tuberculoso, cual si la tuberculosis no hubiera existido fuera del saco herniario.

Hernia y apéndice. Entre los numerosos casos de hernia que he operado he podido comprobar la presencia en el saco, además del intestino delgado, el más frecuente, el intestino grueso, el ciego y el apéndice, el epiploon y en una niña con hernia inguinal izquierda, el ovario. Forgue habla además de la S íliaca y del estómago. El epiploon le he hallado en el 60 % de los casos, casi siempre suelto, alguna vez adherido a la pared del saco. De todos estos órganos, el más interesante es el apéndice que he encontrado solamente en las hernias escrotales voluminosas; el Dr. A. Guerra, de la Habana (2) cita 9 observaciones de sujetos afectos de hernia inguinal derecha, en la que halló el apéndice inflamado y practicó la ablación de éste y la cura radical de aquélla. Esta inflamación apendicular es la que por los dolores producidos movió a los enfermos a pedir la cura radical de la hernia. El Dr. Giordano, de Venecia (3), habla de individuos que se someten a la cura radical de la hernia a causa de dolores agudos, y afirma que estos no se deben a la hernia, sino al apéndice inflamado dentro del saco herniario.

A diferencia de estos casos, en los niños asistidos por mí, el apéndice no ofrecía en ningún caso la menor señal de lesión y examinado después histológicamente lo hemos encontrado en completa normalidad.

Esto, no obstante, siempre que el apéndice se me ha presentado en el campo operatorio he practicado su ablación. Esto me lleva a tratar de las *apendicectomías profilácticas*. No quiere

(1) Citado por Coley. Cirugía, Kenn. Tomo IV, pág. 47.

(2) Revista de Medicina y Cirugía de la Habana. 25 abril 1924.

(3) Davide Giordano. Annali Italiani di clinica 1924.

esto decir que yo siga la moda de ciertos países donde la gente moza, en plena salud y por capricho, se hace abrir el vientre para que se le extirpe el apéndice y exhibirlo luego como un trofeo en un dije; yo creo que esta operación, pese a todas las precauciones, puede entrañar algún riesgo y no debe aconsejarse mientras no medie una causa que la justifique; pero creo en cambio, que si por cualquier motivo se ofrece a la vista, el apéndice debe ser extirpado sin reparo alguno.

Se dirá que este órgano ejerce una función que no debemos suprimir; más todavía, se añade ahora, que este órgano, linfóide como las amígdalas, segrega una hormona que tiene una acción sobre el peristaltismo del intestino, que activa los movimientos de sus fibras musculares, y se opone al estreñimiento. De todos modos, yo puedo afirmar que en el niño que ha motivado este trabajo, como en muchos otros, la extirpación del apéndice no ha sido seguida de ningún trastorno. Privado de la lactancia materna, no obstante sus 65 días, alimentado con leche condensada, ha soportado bien esta alimentación en los días inmediatos a la operación, ha ganado mucho en peso y no ha tenido estreñimiento. Conste pues, que la apendicectomía profiláctica condicional, debe practicarse siempre que haya ocasión. Consecuente con este criterio debo recordar ahora otro caso extraordinario de apendicectomía hecha 12 horas después del nacimiento, del cual dí cuenta en *Archives de Medicine des Enfants*, agosto 1927 (1). Se trataba de un niño que había nacido a las 12 de la noche anterior, con una agenesia de la piel de la pared abdominal y con exónfalo. Doce horas después, le trajeron a mi clínica de la Facultad, y como tuviera parte del hígado del estómago y del paquete intestinal al descubierto, pues la cubierta gelatinosa se había excindido, hice inmediatamente la restauración de la pared y la conclusión de la cavidad abdominal. A punto de terminar la sutura de la pared, un vómito lanzó al exterior el paquete intestinal y con éste el apéndice; corté la sutura ya hecha, practiqué la ablación del apéndice, introduje el intestino en la cavidad abdominal y suturé la herida. Este niño curó perfectamente y vive todavía. Es sin duda ésta la apendicectomía más temprana conocida.

En conclusión, no practicaremos la apendicectomía profiláctica por mera complacencia o por seguir la moda; pero en cambio, siempre que el apéndice se presente en el campo operatorio, será extirpado cualquiera que sea la operación y el estado del órgano.

Tratamiento de la estrangulación herniaria. El tratamiento de la estrangulación herniaria consta de dos medios: la reducción incruenta, llamada taxis y la operación, la quelotomía.

El niño con hernia estrangulada deberá ser sumergido en un baño con agua a 36° durante 20 minutos; se ha recomendado también la aplicación de compresas con éter sobre el tumor para que la refrigeración, disminuyendo el estado congestivo, facilite la reducción de la hernia. Si esto no sirviese, se podrá apelar a la anestesia. En el baño o fuera de él, se harán maniobras suaves, lo más suaves posibles, sobre la tumoración para tratar de introducir la masa herniada en la cavidad abdominal, cuidando de observar si se produce un ruido de gorgoteo, porque sin éste, se habrá hecho la reducción de la hernia en masa, y el peligro sigue igual o es mayor que antes. Con los dedos índice y pulgar izquierdos se hará una ligera malaxación sobre el pedículo de la hernia a nivel del anillo inguinal externo y mientras, con la mano derecha se practicarán muy suaves compresiones. La pelvis del niño se elevará más que el tronco. Otro medio es poner la cabeza abajo y los pies arriba.

Se proibirán en absoluto todas las maniobras enérgicas; éstas, además de ser brutales como todo acto de fuerza, no resuelven el conflicto; la taxis forzada o la taxis prolongada pueden ocasionar el desgarro del asa intestinal reblandecida ya por la gangrena o la introducción de la hernia en masa dentro del abdomen o también la implantación de la hernia en la zona pro-peritoneal. Recuérdese que la estrangulación se debe no al anillo u orificio de la fascia transversalis, sino al cuello del saco o a los anillos internos peritoneo vaginales o a las fibras del anillo inguinal externo. Esta reducción ilusoria de la hernia suele ser seguida de muerte. Si el baño repetido por segunda vez fracasara, se apelará inmediatamente al segundo procedimiento, a la quelotomía.

Previas la antisepsia y la anestesia, se hará una incisión alta, paralela al ligamento de Fallopio y a 2 centímetros de distancia por su parte interna. Cortada la piel y la aponeurosis del

(1) Agenesie cutané, peri-ombilicale, appendicectomie douze heures après la naissance, guérison, par le Dr. Martínez Vargas. En este trabajo cito 5 observaciones.

oblicuo mayor hasta poner al descubierto el pedículo de la hernia estrangulada, el cuello y el saco; seccionado éste con el bisturí se advierte cómo la compresión desaparece; se examina el intestino y el meso correspondiente, y si no hay señal de gangrena, se hace un lavado con suero isotónico tibio y se reintroduce en la cavidad abdominal; acto seguido se suturan los bordes de la herida en tres puntos, peritoneal, muscular, aponeurótico y cutáneo.

Si, por el contrario, se ven puntos oscuros, indicios de gangrena y acaso de perforación, se hará la resección del intestino y del meso correspondiente, se practicará una entero-anastomosis laterolateral como en la observación número 3, y se introducirá al paquete en el abdomen. A continuación se cerrará la herida parietal. De todos modos, dada la poca resistencia de estos niños, se procurará operar con la mayor rapidez para acortar la duración de la anestesia y del acto quirúrgico. Si fuese preciso durante éste y después, se darán al niño inyecciones con aceite alcanforado y esparteína, se le rodeará de algodón y lana para evitar el enfriamiento, y se le dará cada 2 horas un enema con agua tibia, a la temperatura ambiente, para producir la rápida evacuación de los productos tóxicos acumulados en el intestino. Se vigilará el aparato respiratorio para combatir desde el primer momento la iniciación de la congestión bronquial o de la broncopneumonia.

En las 36 primeras horas se mantendrá la dieta hídrica.

Para terminar, debo exponer ahora que en la cura radical de la hernia, una vez disecado el saco, si contiene epiploon, procuro extirpar todo el trozo que salga fácilmente al exterior; después atraigo todo lo posible el saco hacia fuera, lo atravieso con una aguja por el centro, lo ato con catgut y corto la parte sobrante; a continuación llevo los dos cabos de la ligadura y el muñón por debajo del músculo oblicuo mayor hacia arriba y afuera, a unos 2 centímetros, abro un ojal con el bisturí y suture el muñón en este punto con el mismo catgut de la ligadura. De este modo con la inversión del saco hacia arriba evito la reproducción de la hernia.

En las 840 hernias inguinales que he operado con este procedimiento, que yo sepa no he visto ni un caso de reproducción, al menos, no ha llegado a mí ningún niño con la hernia reproducida.

DISCUSION

El P. Pujiula, después de felicitar al Dr. Martínez Vargas por su importante trabajo, toma ocasión de lo que ha expuesto el disertante acerca de la práctica de cortar en los niños el apéndice vermiforme del ciego, siempre que se pone a tiro, aunque no sea el órgano interesado en la operación quirúrgica. Advierte el P. Pujiula que esta práctica se funda seguramente en el concepto en que tienen algunos dicho apéndice, considerándole como órgano rudimentario e inútil; lo cual es, a su juicio, erróneo. En prueba de que el apéndice de referencia no es un órgano sin función, aduce varios hechos. 1.º El mismo hecho de irritarse o inflamarse. No se concibe fácilmente que un órgano que esté fuera de la actividad fisiológica del organismo, se pueda irritar por el funcionamiento de éste. 2.º Añade que su estructura verdaderamente intestinal, y cuajado de folículos cerrados y placas de Peyer, pregona muy alto su función, hasta el punto de que no ha faltado (Cyon) quien considerase el apéndice como la *amígdala intestinal*. 3.º Finalmente, el estudio embriológico demuestra evidentemente que no es ningún órgano rudimentario, sino que, obedeciendo, como toda la organogénesis, al principio diferenciador de partes, llamado por His del crecimiento desigual, crece menos que el segmento superior del ciego conforme exige su peculiar destino. Así que tiene este órgano por activo en el aparato de la digestión.

Y como contestando a una previa objeción del Dr. Martínez Vargas, al afirmar éste que los niños a quienes había amputado el apéndice se hallaba bien o perfectamente bien, dice el P. Pujiula que con el apéndice sano acaso se hallaran mejor.