

las sociedades, no han quedado por mucho tiempo rezagadas en nuestro país, sino que, por el contrario, han alcanzado un noble puesto entre las primeras que han florecido.

*MEDICINA.—Sobre la hernia del agujero oval.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Jorge Thiele.*

No ocurren en la práctica médica muchas cosas que presenten tantas dificultades i hagan una impresion tan siniestra a la vez al médico mismo i al público en jeneral, como los casos de obstruccion del canal intestinal. Para contribuir en algo a aclarar ese territorio todavía mui oscuro, ofrezco las observaciones siguientes, que talvez por esta razon tienen algun interés, aunque tratan de una enfermedad mui rara, segun la opinion jeneral de los médicos.

Hai, sin embargo, algunos cirujanos opuestos a esta opinion. Así, Linhart opina que las hernias del agujero oval son una causa bastante frecuente de la estrangulacion interna, i que solo la dificultad del diagnóstico i la rara posibilidad de aclarar por la autopsia las relaciones anatómicas han impedido el conocimiento de esta circunstancia. Es verdad que algunos cirujanos i profesores de anatomia confirman que frecuentemente en autopsias se encuentran sacos herniarios en el agujero oval, i no se puede negar la posibilidad de que se introduzcan partes del intestino en éstos i se produzca estrangulacion. El estudio de los casos demuestra que en la mayor parte por lo regular, no habia intestino en el saco, i que luego que se introdujeron partes del intestino en éste, se presentó una estrangulacion. Tambien se nota que a cirujanos cuya atencion se habia llamado a esta clase de hernias, les ha sido posible observar mas casos de ellas en comparacion con otros. En ninguna parte, por ejemplo, hai tantos casos publicados como en el periódico médico de Wurtemberg, en cuyo país la atencion de los médicos habia sido llamada especialmente a estas hernias por las comunicaciones mui interesantes de Roeser.

No se puede decir ya ahora, como pretenden algunos, que

el número de los casos publicados es demasiado poco para describir las relaciones jenerales de esta hernia. No puedo decir exactamente el número, porque las descripciones de algunos de los casos no son bastante exatas para aceptarlos como casos bien confirmados de hernia del agujero oval, i otros, descritos por tales hernias, no lo eran efectivamente; pero son en todo unos ciento, poco mas o menos, cuyos tres cuartos van acompañados de descripciones bastante exactas de los síntomas observados durante la vida. Añadiré la descripción de dos casos, uno de los cuales observé visitando la clínica de la Charité de Berlin. He visto otro caso después; pero el tiempo de la observación durante la vida fué demasiado corto i se supo tan poco de su historia, que no vale la pena describirlo aquí; como ya dije antes, no faltan descripciones anatómicas. La historia del segundo caso, que describiré mas tarde, tampoco publicada hasta ahora, la encontré entre los apuntes clínicos de la Charité de Berlin.

El agujero oval está cerrado por una membrana, la membrana obsturatriz, que tiene una escotadura en su borde superior. Se encuentra otra en la parte correspondiente del ramo horizontal del pubis, i juntas esas dos escotaduras, forman un canal corto i estrecho que da paso a los vasos i al nervio obsturador. Por afuera, la membrana obsturatriz está cubierta de los hacecillos del músculo obsturador esterno; pero estos hacecillos no provienen de la membrana sino del pubis i pasan por debajo de ella al fémur. Así se forma un espacio entre el músculo i la membrana, el cual está lleno de tejido grasoso, que tiene conexión con la grasa subperitoneal de la pelvis i la de la cavidad cotiloidea. Solo en una parte el músculo está mas firmemente adherido a la membrana; en la dirección horizontal pasa una tira tendinosa bien espesa, firmemente junta a la membrana, sobre ella. De esta tira toman origen algunos hacecillos del músculo, que están separados de los de mas arriba por una estria bien visible. Sobre el músculo obsturador se halla situado el pectíneo, que lleva una fascia muy firme en la superficie opuesta al obsturador.

Una hernia, pues, pasando por el canal va a introducirse primeramente en el tejido grasoso situado entre el músculo i la membrana obsturatriz cubierta por el músculo. Pero ahí hai lugar solo para hernias muy chicas; sin embargo, pueden quedarse

ahí sin pasar mas hácia la superficie; pero, ensachándose el saco herniario, pasa a la superficie anterior del músculo. Eso puede suceder por dos caminos: primero, por arriba del borde superior del músculo acompañando el ramo anterior; i segundo, como en la mayor parte de los casos, por esa arriba mencionada hendidura del músculo acompañando el ramo posterior del nervio obturador. Ambos caminos conducen al espacio entre el músculo obturador i el pectíneo i éste es el lugar donde se encuentran por lo regular estas hernias. Hai unas que han atravesado la fascia subpectínea i encavádose en la masa de este músculo. Escepcionalmente ocurre tambien que el saco herniario, siguiendo el curso del filete sensible del ramo anterior, entra en el espacio comprendido entre el primero i el segundo aductor, i de aquí pasa por arriba del borde anterior del músculo delgado directamente por debajo de la piel del muslo.

Añadiré aquí los detalles anatómicos siguientes:

1. Por lo regular la hernia tiene además un saco fibroso; no están de acuerdo los observadores sobre el oríjen de éste i me contento con registrar aquí el hecho; en un solo caso encuentro mencionado que no habia ningun saco fibroso.

2. La situacion de los vasos i del nervio relativa al saco herniario es mui inconstante. Lo único que puede decirse es que nunca hasta ahora la arteria se encontró por arriba del saco; el nervio en un solo caso; en los otros casos se hallaron en todas las direcciones del saco los vasos i el nervio juntos por lo regular, pero tambien a veces en diferentes partes.

He reunido todos los casos de esta hernia que han sido publicados en los periódicos científicos, i el estudio de ellos demuestra que esta hernia se distingue considerablemente en algunos puntos de otras hernias. No puedo aquí enumerar los títulos de todas las publicaciones i solo menciono que las que antes del año 1856 aparecieron están reunidas en *Beitraege Zur Hernia obturatoria*, Roman Fischer. Luzern, *Beitraege Zur Hernia*, 1856." (Contribuciones a la hernia del agujero oval.) Unos pocos casos han sido omitidos en esa coleccion. Noticias importantes sobre esta hernia, que no conocia R. Fischer tampoco, se encuentran en *Practical remarks on the discrimination and cypersners of surgical diseases* Hoeship, London, 1840. (Observaciones prácticas sobre el diagnóstico i síntomas de enfermedades quirúrgicas.)

Ahora no se cree sino que las hernias se forman por lo regular repentinamente, pero que se forma al principio un saco herniario bastante lentamente, en el cual se introducen algun tiempo después partes del intestino. Ya mucho tiempo antes que se generalizara esa opinion sobre la formacion de las hernias, Vinson en su *Traité de la Hernie souspubienne*, tesis de París, 1844, (Tratado sobre la hernia del agujero oval), la reconoció en cuanto a la cuestionada hernia. Condiciones favorables a esta manera de formacion, peritonitis parcial, gran desarrollo de grasa subperitoneal, etc. se encuentran mucho mas frecuentemente en la mujer i en la edad mas avanzada, i por esa razon hallamos toda clase de hernias, con escepcion de las inguinales esternas, donde prevalecen condiciones especiales, mucho mas frecuentes en la mujer i en la edad mas avanzada. Observamos la misma circunstancia en la hernia del agujero oval, pero extraordinariamente aumentada. Es una escepcion mui grande que se presente tal hernia en el hombre. La razon es que especialmente a esta clase de hernias son aún mas favorables las relaciones anatómicas en la mujer, como la direccion mas vertical i el diámetro del canal. Tambien entran en ellas las entrañas mas abajo en la pelvis, cosa bastante importante con respecto a la situacion profunda del agujero oval. Catarros del útero, anomalías de su sitio, preñez con su corte de peritonitis crónica i relajaciones de pliegues peritoneales favorecen la formacion de estas hernias, situadas mui cerca del orificio interno del agujero oval, el fondo del útero i las trompas. Efectivamente, un gran número de casos estaba complicado con enfermedades del útero.

Sin embargo, esa rejion es poco favorable al desarrollo de hernias. La estrechez del canal, su direccion casi horizontal, la membrana obsturatriz poniéndose por delante de la abertura a la manera de una válvula, la presion de los fuertes músculos del muslo se oponen a la formacion de ellas, i de aquí se sigue la necesidad de suponer una gran disposicion del individuo para formar hernias. Es verdad que en un número relativamente grande encontramos estas hernias complicadas con otras, i aún mas de una a la vez, circunstancia que es de alguna importancia en la cuestion del diagnóstico, como veremos mas tarde.

Otra circunstancia mui interesante que distingue esta clase de

hernias de otras, es que por la mayor parte son hernias de Littré, así llamadas, forma de hernia muy rara en otras partes.

Estas son, como se sabe, hernias en que solo una parte de la circunferencia del intestino ha pasado la puerta herniaria; además está esta parte dilatada a modo de un divertículo. Ahora encontramos en los casos de hernias del agujero oval un canal herniario tan estrecho i llenado completamente por esa tan chica porcion del intestino, que es imposible creer que el canal podía contener intestino sin estrangulacion. Cuentan muchos de los enfermos que les ocurrían várias veces cólicos con sintomas de dificultad en el transporte de los contenidos del intestino, acompañándolos el dolor característico en el muslo, el cual voy a describir mas tarde. Estas circunstancias condujeron a Roeser a la teoría de que jeneralmente estos sacos herniarios son vacíos; que solo pasajeraamente contienen porciones del intestino, las cuales producen los sintomas arriba mencionados; que se producen talvez, si en ciertas posiciones del muslo se dilata algo el canal i va a ser empujada a adentro una porcion pequeña del intestino, que vuelve a librarse fácilmente. Repitiéndose várias veces este accidente, se dilata esa parte del intestino a modo de un divertículo. Casualmente, después sucede, por una causa cualquiera, que muchas veces puede averiguarse que se introduce en el canal una porcion mas grande i que, siendo muy estrecho el canal, se verifica luego la estrangulacion.

Los que se encarguen del trabajo de leer algunos de los casos publicados, no tardarán en aceptar esta teoría. Ésta es la forma típica de la hernia del agujero oval, i al mismo tiempo, aquella que las mas veces requiere la intervencion del cirujano. Pero no es la única. Así, se ha publicado un caso en que se formó la hernia después de una caída i ruptura de la membrana obsturtriz. Tambien se encuentran casos en que sin duda alguna las hernias eran ya muy antiguas, existentes desde mucho tiempo i muy voluminosas. Se han encontrado tambien trompas i ovarios en algunas de estas hernias antiguas. Es de notar, pues, que en casos relativamente frecuentes habia divertículos de la vejiga en los sacos herniarios. La formacion de estos divertículos se hace de la misma manera que la de los intestinales, i no hai que estrañarse de su frecuencia, encontrándose la vejiga muy cerca de la abertura interna del canal.

Hemos visto, pues, que se verifica la estrangulacion luego que una porcion mas grande del intestino ha pasado la puerta herniaria, i que se verifica en el canal mismo, siendo el canal el lugar mas estrecho i la membrana la mas dura i resistente de todas las partes en cuestion. Para no omitir nada, haré mención que se ha descrito un vaso donde se hizo la estrangulacion empujándose la hernia por una rotura de aquella tira fibrosa que da oríjen a algunos haccillos del músculo obsturador.

Que los síntomas de estas hernias de Littré son los mismos que los de otras, aunque no se cierra completamente la cavidad del intestino, es un hecho bien conocido ahora.

En la cuestion del diagnóstico de este estado, ha resultado una gran confusion porque no han distinguido bien los autores entre el diagnóstico de la hernia estrangulada i el de la no estrangulada. Hemos visto en lo que precede, que por lo regular no hai mas que hernias estranguladas. Este estado, en que hai un saco no conteniendo ninguna parte de las entrañas, no puede fácilmente diagnosticarse ni aqui ni en otro lugar; además es muy raro este estado, en que exista una hernia no estrangulada. Pero este caso tiene poca importancia en la práctica, porque no hai con qué remediarlo.

Se trata, de consiguiente, solo del diagnóstico de la hernia estrangulada, el cual es posible hoy dia, i éste es el hecho mas importante comprobado por los casos recién publicados. Un número considerable de estas hernias ha sido diagnosticado en los últimos años, i especialmente a los que pensaban en la posibilidad de tal hernia los ha sido posible casi siempre hacer un diagnóstico exacto.

Las condiciones en que se trata de diagnosticar una hernia del agujero oval, son las siguientes:

1. Hai síntomas de estrangulacion del intestino; las puertas herniarias, que se examinan ordinariamente, no indican nada. Considerando la gravedad del caso, siempre será necesario pensar en la posibilidad de una hernia del agujero oval i examinar especialmente esta parte.

2. Habiéndose reducido una hernia sospechosa (ya sabemos que las hernias del agujero oval están frecuentemente complicadas con otras), continúan los síntomas de estrangulacion. Aqui se presentan las cuestiones siguientes:

¿Es producida la continuacion de los síntomas por la irritacion intensiva de la porcion del intestino, habiendo sido estrangulada, i la parálisis de su túnica muscular?

¿Se ha practicado una "reduccion en masa?"

¿Todavía existe una estrangulacion desconocida en la primera exploracion?

Esta última posibilidad requiere otro exámen de la barriga, pues que los primeros dos casos no pueden diagnosticarse de ninguna manera. Es preciso, pues, aún en este caso, examinar especialmente la rejion del agujero oval. Encontrándose aquí una hernia, la esperiencia de que por lo regular no hai tales hernias sino estranguladas, nos conducirá a suponer que ella causa los síntomas de estrangulacion.

El síntoma mas seguro de ésta, como de todas las otras hernias, es el tumor herniario. Siendo jeneralmente la hernia mui chica i la masa muscular sobrepuesta mui gruesa, es mui difícil a veces sentir el tumor herniario i a veces no se siente de ninguna manera. Nunca por eso debe el médico renunciar a la idea de una hernia del agujero oval por la sola razon de no encontrar tumor alguno. Puede suceder tambien, como hemos visto, que el tumor no aparezca en el lugar ordinario, sino mas abajo i mas adentro.

El lugar donde se presenta el tumor es las mas veces un triángulo cuyos lados forman el ramo horizontal del pubis, el aductor segundo i el sartorio; unos cuatro o cinco centímetros debajo del pecten pubis, se presenta el tumor no mui claramente distinto por lo regular, i pocas veces pueden percibirse los síntomas ordinarios de una hernia. El sonido timpánico no se oye por lo regular, siendo mui gruesa la capa muscular sobrepuesta; pero si se presenta, es un signo mui seguro de la hernia i al mismo tiempo de la salida de los gases del intestino, i de consiguiente, como Lorinser argumentó mui agudamente en su caso, de la perforacion ya hecha.

En algunos casos no era posible palpar el tumor, siendo mas prominente a la vista esta parte del muslo, especialmente comparándola con el otro lado.

Pero puede ocurrir un error en la interpretacion de la naturaleza del tumor: puede tomarse por una hernia crural. Puede distinguirse en jeneral la hernia crural del agujero oval

por la situacion del ramo horizontal del pubis i la de los vasos crurales; pero hai una forma de la hernia crural, la hernia de Cloquet, que se manifiesta al nivel del agujero oval atravesando la hoja profunda de la fascia lata i empujándose en el músculo pectíneo. Pero mas bien puede suceder el error contrario de tomar una hernia de Cloquet por una del agujero oval, porque es mas rara que la última. En todo caso no tiene mucha importancia ese error; se verifica el diagnóstico en la operacion. En los dos primeros casos, en que se practicó la herniostomía i con buen éxito, se cometió este error. Un tercero añadido aqui:

“Se llevó a la Charité de Berlin a una mujer de 60 años con síntomas de estrangulacion del intestino desde siete días. Además de dos hernias inguinales reponibles, se encontró un tumor herniario irreponible en la rejion del anillo crural derecho, del tamaño de una nuez o avellana, muy doloroso al tacto. Se trató en vano la reduccion, i luego después la operacion, tomándose el tumor por una hernia crural. Practicada la incision, se vió que la hernia no habia salido del anillo crural; pero se hallaba debajo del músculo pectíneo. Se cortó el músculo transversalmente i se abrió el saco herniario, que habia salido por el agujero oval. Se separaron unas adherencias del intestino al saco i se redujo la hernia. Aparecieron unas deposiciones escasas en la noche; pero volvieron luego los síntomas de estrangulacion i murió la enferma al día siguiente.

“Se encontró en la autopsia un saco herniario en el agujero oval, cubierto por un saco fibroso, visible. Los vasos i el nervio estaban empujados hácia abajo. Habia un diverticulo de vejiga, el cual estaba muy próximo a la embocadura del canal. La porcion estrangulada era del intestino delgado i solo una parte, no la totalidad de la circunferencia. Habia cuatro divertículos del peritoneo adherentes a unos cúmulos de grasa subperitoneal, i otro saco herniario en el agujero oval, siniestro, guarnecido con unos cúmulos de grasa. Además se encontraron los sacos herniarios inguinales i los signos de una peritonitis reciente. El útero estaba adherente al recto i presentaba los síntomas de un antiguo catarro del cuello; el fondo estaba en retroversion.”

Tambien es accesible a la esploracion la embocadura del canal de la parte interna de la pelvis. En el hombre se puede palpar

por el recto, aunque con dificultad. Mas en la anarcosis, como es sabido, se puede introducir toda la mano bastante hácia arriba i pueden reconocerse todas las relaciones de la pelvis bien exactamente. En la mujer este lugar es mucho mas accesible por la vagina. Aún una vagina estrecha i ríjida se dilata, como saben los jinacolojistas, con manipulaciones prolongadas, de tal manera que fácilmente se alcanza la embocadura interna con uno o dos dedos. A los observadores que lo han ensayado, les ha sido posible casi siempre palpar aquí el intestino introducido en el canal, especialmente la parte central dilatada i llenada de heces fasciales. Es de recomendar, por supuesto, practicar una exploracion bimannual, que presta servicios tan buenos en otros lugares, es decir, palpar al mismo tiempo con una mano en la vagina i la otra afuera.

No descubriéndose tumor alguno afuera ni asa intestinal a la embocadura interna, sin embargo puede aclararse el estado por la exploracion local, i nunca debería omitirse el exámen en la direccion siguiente: la parte afectada es mui dolorida a la presion. Ese es un síntoma mui constante i fácil de averiguar por la comparacion con el otro lado. Tambien por la vagina puede averiguarse este dolor a la embocadura interna, i así, asegurar el diagnóstico.

Además de estos síntomas, hai otro que puede dar luz aún faltando completamente los síntomas objetivos: es el famoso dolor del muslo. Este sintoma o, mas bien, su valor diagnóstico, ha sido negado recientemente por algunos cirujanos. A eso puede oponerse lo siguiente:

1.º Observadores antiguos, Malaval, Garengot, Gadermann, quienes no sospechaban una conexion mas íntima de este sintoma con la hernia, lo han encontrado en sus casos i mencionándolo.

2.º Dos observadores, Romberg i Howship, independientemente uno del otro, descubrieron su valor para el diagnóstico i su origen.

3.º Hai casos en que el diagnóstico verificado después por la seccion u operacion estaba fundado solamente en este síntoma.

Tal caso es el siguiente:

“Se recibió a una mujer de 64 años en la Chari-té de Berlin, con síntomas de estrangulacion del intestino desde sie-

te días. En el segundo día de la enfermedad apareció un dolor espontáneo i continuo en la parte interna del muslo derecho desde su mitad hasta la rodilla, i continuó por tres días. No se encontró tumor ninguno en el canal inguinal ni crural. A la presión de afuera por arriba del ramo horizontal del pubis del lado derecho, esperimentó la enferma un dolor fuerte. Un exámen de la rejion del agujero oval no mostró tumor ninguno, pero sí una sensibilidad poco pronunciada i mal localizada. No habia anestesia en la parte interna del muslo. No se practicó el exámen vaginal. Sin embargo, por razon de este dolor del muslo arriba mencionado, se hizo el diagnóstico de una hernia del agujero oval. No se practicó la operacion considerando el mal estado de la enferma, que habia venido ya casi moribunda i que efectivamente murió en la noche siguiente.

“En la autopsia se presentó una porcion del ileon estrangulada en el agujero oval derecho; se libró fácilmente tirando la parte central i dilatada del intestino. Solo una parte de la circunferencia del intestino estaba estrangulada i la cavidad del intestino estaba aumentada en esta parte. Se encontraron cuatro diverticulos del intestino mas arriba. El canal del lado izquierdo estaba dilatado i el omento adherente a su embocadura. Tambien hai signos de un catarro antiguo del útero i un pólipo en el fondo de éste.”

Este dolor es causado por la presión ejercida por la hernia sobre los filetes sensibles del nervio obsturador. Se terminan esos filetes en la parte interna del muslo desde la mitad hasta la rodilla, i aqui el enfermo se resiente del dolor por la lei de la localizacion escéntrica. Este dolor, de carácter neurálgico, va frecuentemente acompañado de rigidez del muslo i una sensacion de hormigueo. Tienen los enfermos el muslo doblado e inamóvil, porque la estension i movimientos aumentan el dolor.

Pero hai algunas precauciones que observar con respecto a la valorizacion de este sintoma para el diagnóstico:

1.º A veces falta el dolor completamente o se produce solo apretando la parte afectada. Tampoco existe durante toda la enfermedad; las mas veces aparece al principio por unos días; pero tambien hai casos en que aparece después de haber durado por algunos dias la enfermedad.

2.º La irradiacion i poca capacidad de los enfermos de es-

plicar el lugar fijo i la naturaleza de dolor; a mas de ser los enfermos de que se trata en estos casos, mujeres viejas, mui a menudo en sumo colapso, hacen a veces mui difícil averiguar una cierta especie de dolor. Se ha notado espresamente en tres o cuatro casos, que el dolor se estendia sobre la pierna hasta el dorso del pié. No sé cómo esplicar esta circunstancia. Es mui conocido que los nervios sensibles de la pierna varian mucho, i eso podria depender de tal variacion; pero nunca la he encontrado en un número de cadáveres, que examiné con este objeto, ni tampoco se menciona en los manuales de anatomía.

3.º Los dolores no son patognomónicos, porque pueden depender de otras enfermedades. Pero eso no tiene mucha importancia. Si se hallan en un caso de estrangulacion (i éstos son los únicos que nos interesan aquí), siempre será de pensar en una hernia. Si van acompañados de cólicos i síntomas menos terribles, pueden ocurrir equivocaciones, sobre todo, considerando que las estrangulaciones pequeñas en estos casos casi nunca producen síntomas locales, i que los pacientes por lo regular son mujeres viejas con una dijestion lenta i muchas veces con enfermedades del útero. Tambien se estienden a veces los dolores sobre otras partes, por ejemplo en un caso de Romberg, al costado i brazo derecho, encontrándose la hernia en el lado izquierdo. En tales casos será imposible formarse una idea clara de la enfermedad.

Como ya dije arriba, este dolor puede depender de otras enfermedades; estos casos no tienen interés ninguno aquí; pero es importante conocer el hecho para no sospechar una hernia del agujero oval, siempre que se presenta este dolor.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, en primer lugar tengo que mencionar la reduccion. La mayor parte de los observadores no la han ensayado, i luego han recurrido a la operacion. Pero los que ensayaron la reduccion, eran mas afortunados en todo que los partidarios de la herniostomia. Es verdad que el precepto de no perder el tiempo con ensayar la taxis debe guardarse aquí mas rigurosamente que en otros casos. Lo confirma la esperiencia i hacen mui intelijible la poca elasticidad i la formacion algo aguda o afilada del borde huesoso del canal, pues mui pronto se producen la peritonitis i perforacion. Tomando en consideracion estas circunstancias, se puede ensayar antes la taxis.

Para facilitarla, esté elevada la pelvis, doblado el muslo, i dése clorofórmo. Para las manipulaciones, llamo aquí la atención a la circunstancia que se menciona regularmente en las descripciones de las autopsias, de que se reduciría fácilmente la hernia tirando la parte central i dilatada. Está bien fundado, pues, el consejo de Roeser de introducir una mano en la vagina o el recto i de aquí, apretando i tirando, tratar de reducir la asa estrangulada a la cavidad del abdómen, obrando la otra por presion directa de afuera. Se aconseja además hacer entretanto movimientos de flexion i de rotacion del muslo.

La idea de aplicar un vendaje herniario después de reducida la hernia para precaver una nueva estrangulacion, se ha abandonado por todos los esperimentadores, por la imposibilidad de ejercer una presion bastante exacta sobre la abertura del canal.

Si no se acierta luego con la reduccion, no se tarde en recurrir a la operacion. Ésta se ha hecho trece veces hasta ahora. No he incluido en este número el caso de Arneaud, porque la descripcion hace dudar, no solo de si la hernia era del agujero oval, sino aún de si se hizo la operacion en verdad.

Por el interés que tienen estos casos, añadiré aquí los títulos de las observaciones:

1. Bransby Cooper, *System of Surgery*. F. Holmes.
2. H. obré *médico-chirurgical transactions* XXXIV, 233.
3. Lorinser, *Wiener medizinische Wochenschrift*. 1857 i 42.
4. Heath. Laniet, 1837, *Yanuary* 5.\*
5. Nauttall, *British medical, Journal*, 1857, 1866.
6. Heiberg i Tahrtman, *Hospitels Tidende*, 1859, 23.
7. Arudtz, *Hospitels Tidende*, 1859, 28.
8. Schmidt, *Archiv. der Heilkunde*. II, 468.
9. Wreich
- 10 i 11. Wilme } *Deutsche Klinik*, 1882, II.
12. Frelet } *Gazette des hopitaux*, 1872, 141.
- 13 El caso descrito mas arriba.

En estos trece casos, tres veces, a consecuencia de un error diagnóstico, la incision se hizo al nivel del anillo crural i se rectificó el diagnóstico durante la operacion. Tres veces hubo un buen resultado.

Antes de principiar la operacion, váciase primeramente la

vejiga, que está mui cerca del terreno de la operacion i fácilmente puede recibir una lesion.

El primer acto de poner al descubierto el saco herniario se hace por una incision paralela al curso de los vasos crurales, tres cuartos o una pulgada hácia adentro i principiando del ligamento de Poupart. Debiendo ser bastante profunda la herida, es necesario hacer una incision larga. Los hacecillos del pectíneo se dividen en la direccion de la incision cutánea o pueden separarse con el dedo sin instrumento cortante. Dividida después la fascia subpectínea, se llega al espacio donde se encuentra por lo regular la hernia. Pero no es de olvidar que puede estar escondida debajo del músculo obsturador; que nunca por eso se renuncie a la operacion, sino que la falta de la hernia se verifique por el dedo introducido en el canal.

El segundo acto, la abertura del saco, puede omitirse en un gran número de casos, ocurriendo la estrangulacion casi siempre en el canal mismo i nunca en el cuello del saco. En cuatro de los casos publicados se relajó el saco no abierto. Pero, habiendo la mas mínima sospecha de que ha entrado gangrena, es naturalmente necesario abrir el saco i, segun las circunstancias, establecer una fistula fecal, como sucedió en dos casos.

En el tercer acto del desbridamiento, siempre se trata de la incision de la membrana obturatriz. La dificultad consiste en evitar la arteria. El consejo de Dupuytren, que todos los escritores han repetido, de desbridar la membrana hácia adentro i abajo, no está fundado, como se ve por los datos anatómicos arriba mencionados, encontrándose la arteria muchas veces en esa direccion. Será por esta razon necesario buscar la pulsacion de la arteria e incidir la membrana en la direccion opuesta. Si no se siente, lo mejor es romper la membrana con el dedo o con ganchos obtusos, cuyo método se practicó fácilmente en los casos correspondientes. Por lo demás no se conoce hasta ahora ningun caso de lesion de la arteria. Es poco gruesa jeneralmente, i creo que en la mayor parte la hemorragia podria estancarse por medio de tapones.

El cuarto acto, de la reduccion, se verificó siempre sin dificultad alguna.

Las causas de faltar la operacion en diez casos no tienen nada de particular. Las mas veces eran ya mui desfavora-

bles las condiciones de parte de los pacientes, haciéndose muy tarde el diagnóstico i de consiguiente la operacion.

Se ve, segun los hechos que he citado, que hai bastantes momentos para determinar el diagnóstico de una hernia del agujero oval; que no es tan sumamente difícil diagnosticarla, aunque no puedo negar las dificultades que presenta en algunos casos; i que al fin, si el médico se resuelve a obrar luego, no es mucho mas desfavorable el pronóstico que en otras hernias.

Considerando qué exámen tan penoso requieren los casos de obstruccion del canal intestinal, no parecerá una medida demasiado minuciosa examinar aún la rejion del agujero oval, si no se presenta otra cosa alguna.

De desear es que la hernia del agujero oval, que ha figurado hasta ahora entre los casos raros de la anatomía patológica, encuentre su lugar en el número de las enfermedades conocidas; que no formen ya una escepcion casos como el de Lorinser, en que una operacion fundada en un diagnóstico cierto salvó la vida de la enferma; i que los resultados del tratamiento en ese terreno no queden atrás a la fama que hoi dia la cirugía científica exige para sí con justo derecho.

---