3060

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONCEPTO DE LA CURA RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

TESIS INAUGURAL

DE

JOSÉ ANTONINO VIALE
Exinterno por concurso del hospital de Clínicas, 1895, 1896 y 1897

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONCEPTO DE LA CURA RADICAL

DE LA

HERNIA INGUINAL

TESIS INAUGURAL

DE

JOSÉ ANTONINO VIALE
Exinterno por concurso del hospital de Clínicas, 1895, 1896 y 1897

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

La Facultad no se hace solidaria de la opiniones manifestadas en esta tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata
» Manuel Blancas
» Roberto Wernicke
» Pedro Lagleyze
» José Penna
» Luis Güemes
» Eliseo Cantón.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Martin Spuch
» Telémaco Susini

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO HONORARIO DOCTOR TELÉMACO SUSINI

A MIS PADRES

A la memoria querida

DE MI HERMANO LEOPOLDO

Señores académicos,

Señores profesores :

Desde el año 1895 hasta el mes de agosto del corriente, se han operado en el servicio de cirujía del profesor Gandolfo, en el hospital de Clínicas, 270 casos de hernia inguinal no estranguladas, de los cuales unos 200 corresponden á mi estadía en él como practicante durante los años 1896 y 1897.

Algunas consideraciones que me sugiere una afección tan frecuente, van á ser el motivo de este pobre trabajo, que me exijis como prueba final para conseguir el título á que aspiro. Si anticipara que en él no encontrareis nada nuevo, os diría algo que ya sabeis de antemano, pues estamos en una época en que se imponen los trabajos muy concretos y meditados, fruto de una larga observa-

ción y experiencia, cosas ambas de que carece un flamante ex-alumno.

Sin embargo, contando con vuestra reconocida benevolencia, me atrevo á presentar este trabajo, cuyo único mérito consiste en haber observado de cerca los casos que presenta, el haber ayudado á operar muchos, y el haber operado algunos bajo la sabia dirección de mis queridos maestros, los profesores Gandolfo y Palma.

Lo que más ha preocupado á estos cirujanos es el resultado lejano de la cura radical de las hernias, y debo declarar con franqueza que, á pesar de este empeño, son pocos los casos que, no obstante el habérselo pedido, hayan vuelto después de corto tiempo al servicio para constatar su estado.

Este hecho se explica, si se considera, en primer lugar, que estos enfermos no juzgan la hernia como una afección de peligro, y en segundo, porque en su totalidad los portadores de esta lesión que acuden al Hospital, son individuos de la clase obrera, que, después de salir del servicio, se han entregado á sus quehaceres cuotidianos, y si no han sentido molestias del lado de su antiguo pade-

cimiento, no han querido distraer su tiempo en algo que no creían necesario. Si, por el contrario, la hernia ha recidivado después de cierto tiempo, tampoco han vuelto, ya porque perdieron la confianza al cirujano que les operó por primera vez, ó por otras razones. Creo que con esta seria dificultad han de haber tropezado todos los que se han ocupado de este punto, y por eso es muy raro encontrar una estadística algo numerosa en que se haga una observación larga de todos ó de la mayor parte de los casos, y algunos cuentan sólo como insucesos los casos que se presentan con la recidiva, dando á los demás como curados, lo que, evidentemente, no es un criterio riguroso que puede servir de base para juzgar una operación. Si á él nos atuvieramos en los casos que presento, tendríamos la proporción ínfima de 0,7 °/₀ de recidivas, pues de los 270 enfermos, sólo dos han vuelto al servicio con su hernia. Además, he consultado sobre el punto á los practicantes de otros hospitales, y su respuesta ha sido negativa.

Es indiscutible que para juzgar definitivamente sobre la bondad de los innumerables métodos ope-

ratorios, harían falta estadísticas comparativas numerosas de los casos operados; las que existen son muy reducidas para este objeto, y, además, al que ha palpado las dificultades con que se tropieza para llevarlas, le queda cierta duda sobre su exactitud. En vista de la falta, por lo menos para mí, de este criterio fundamental para el objeto que me propongo, creo que debe elejirse como método operatorio para la cura radical de la hernia, aquel que responda mejor á las indicaciones que surgen de la anatomía patológica y de la patogenia de este padecimiento; anticipando que entiendo por método algo que envuelva un principio fundamental en la operación de que se trata, y no lo que podríamos llamar *modus operandi*, ó á lo más procedimiento.

Antes de abordar este estudio, creo necesario, para mayor inteligencia del sujeto, hacer algunas reflexiones sobre la anatomía de la región de que se trata, las modificaciones que á ella imprime la presencia de la hernia y la patogenia de ésta, refiriéndome en lo posible á los casos que presento.

Al despedirme de la Facultad, donde tan sabias lecciones he recibido, sólo tengo palabras de agra-

decimiento para los que han sido mis profesores, y muy especialmente á los distinguidos cirujanos Gandolfo, Palma, Bazterrica y Molinari, que siendo mis gefes en las salas del Hospital, guiaron mi criterio en la observación de los enfermos. Debo también expresar mi gratitud, por más de un motivo, al académico doctor Telémaco Susini, que me hace el alto honor de acompañarme en este momento.

II

La hernia inguinal está fundamentalmente constituida por la salida de las vísceras abdominales envueltas en un saco seroso á través de un conducto natural pero anormalmente dilatado. Jugando el canal inguinal un rol tan importante en la producción de la hernia, creo necesario por esto y para mayor claridad en la exposición de los métodos operatorios entrar en algunas consideraciones anatómicas.

El canal inguinal, solución de continuidad de las paredes abdominales, está colocado en la parte interna de la ingle y un poco arriba del arco de Poupart, está destinado á dar pasaje al cordón en el hombre y al ligamento redondo en la mujer. Su dirección es oblicua de arriba á abajo, de atrás á delante y de fuera á dentro. Nos ofrece para su estudio cuatro paredes y dos orificios, de los cuales uno es superficial y el otro profundo. La pared anterior está formada por la aponeurosis tendinosa que continúa hacia adelante al gran oblicuo del abdomen y cuyas fibras resistentes y nacaradas llevan, para insertarse en el arco de Poupart, una dirección oblicua hacia abajo y adentro. Esta aponeurosis, en el estado normal, va disminuyendo de resistencia si se la considera desde arriba hacia abajo. En efecto, sus fibras tendinosas van siendo cada vez más separadas y dejando por lo tanto fisuras que son llenadas por el pasaje de la aponeurosis de envoltura. Esta consideración tiene su importancia, porque nos explica un hecho de anatomía patológica, y al mismo tiempo hay que tomarla en cuenta en el tratamiento.

En la parte interna del pliegue de la ingle esta aponeurosis se bifurca emitiendo dos prolongaciones que forman los pilares del anillo inguinal superficial, de las cuales el interno se inserta en la espina y en el ángulo del pubis y entrecruzándose con el del lado opuesto contribuye á formar el ligamento suspensor del pene; el externo se inserta en la espina, y es de la ligera separación de los dos que resulta un espacio triangular de vértice superior que da paso al cordón. La forma triangular de este orificio es redondeado por las llamadas fibras arciformes, cuya dirección justifica su nombre y que al mismo tiempo de cambiar la forma del anillo dan mayor solidez á la pared anterior del canal. Este orificio está, además, recubierto por la aponeurosis de envoltura del oblicuo mayor, la cual se prolonga hacia abajo en las bolsas, formando una envoltura celulosa al cordón y al testículo. Considerando siempre la anatomía bajo el punto de vista de la operación de la hernia, recordaré que antes de llegar á esta pared anterior nos encontramos con la piel, tejido célulo-adiposo doblado de las dos hojas de la fascia-superficialis y en el que corre la

arteria subcutanea abdominal en una dirección casi paralela á la epigástrica.

La pared posterior, según la descripción de la mayor parte de los anatomistas, está formada por la fascia transversalis, que viene á tomar inserción en el labio interno del arco de Poupart. La parte más interna de la pared posterior deja ver el ligamento de Colles ó pilar posterior del orificio superficial y que es una dependencia de la aponeurosis del oblicuo mayor del lado opuesto que toma inserción en la cresta pectinea. Este ligamento de Colles sólo en su parte más externa concurre á formar la pared posterior; por fuera de él es donde algunos hacen intervenir, para formar dicha pared, á lo que Blaise llama el tendón reunido del pequeño oblicuo y del traverso y que tomaría inserción sobre la cresta pectinea y sobre la sínfisis; pero este detalle, cuya anatomía es interesante estudiar, no tiene importancia bajo el punto de vista operatorio, pues una vez seccionada la pared anterior del canal, en la operación de la hernia, lo que aparece en el fondo como pared posterior es la fascia transversalis únicamente.

La pared superior del canal está formada por el borde inferior del pequeño oblicuo y del transverso, que á este nivel están libres de inserción; la pared inferior resulta del adosamiento de la aponeurosis tendinosa del gran oblicuo con la fascia transversalis, formando así una gotera donde se acuesta el cordón. El orificio profundo, que viene á estar situado aproximadamente al nivel de la parte media del pliegue de la ingle, es más bien una hendidura de dirección vertical y de diez á doce milímetros de extensión, su borde interno es ligeramente levantado por la fascia transversalis, que por allí se introduce en el canal para formar una envoltura fibrosa común á todos los elementos del cordón; es, como se vé, uno de los puntos fisiológicamente más débiles de la pared abdominal, pues á su nivel el peritoneo hasta se encuentra ligeramente deprimido, formando la llamada foseta inguinal externa, limitada hacia adentro por la salida que forma la arteria epigástrica al abrazar el cordón. Además de esta foseta, que seguramente es la más importante, existen otras dos, de las cuales la media, que es al mismo tiempo un poco inferior, se halla circuns-

crita hacia afuera por la arteria epigástrica y por dentro por el cordón que resulta de la obliteración de la arteria umbilical; la foseta más interna, llamada también suprapubiana por corresponder al espacio que separa la sínfisis de la espina del pubis, está limitada por dentro por el uraco y por fuera por el mismo cordón de la arteria umbilical. Esta manera de introducirse la fascia transversalis en el canal, formando una envoltura fibrosa común á todos los elementos del cordón, es un punto importante por la razón siguiente : como la mayor parte de las hernias inguinales son oblicuas externas y congénitas en el sentido de la preexistencia del saco, resulta que éste se encuentra colocado bajo la fibrosa común que hay que desgarrar para descubrirlo. Lo mismo sucede en las pocas adquiridas, en que al hacerse el desligamiento el peritoneo tiene que rechazar los elementos del cordón hacia su periferia. De tal manera, que lo primero que debe buscarse, para aislar el saco, es el cordón dentro de cuya vaina se encuentra aquél.

Como en todos los procedimientos operatorios para la cura radical de la hernia inguinal, debe

subsistir un punto en la pared abdominal que sirva de entrada al cordón espermático, resulta un inconveniente, á tal punto que Bergman declara que dicha operación no será radical mientras subsista ese pasaje. Esta opinión que encierra un fondo de verdad cuando se refiere á los métodos que refuerzan la pared sólo con planos fibrosos, pierde algo cuando se hacen intervenir plan s musculares, por las razones que apuntaré al ocuparme del tratamiento.

Si á la presencia del canal inguinal, que es, como he dicho, una solución de continuidad de las paredes abdominales, se agrega la existencia en cierto período de la vida del canal peritoneo-vaginal, se podría preguntar por qué la hernia inguinal no es una afección más frecuente de lo que es en realidad; pero, como dice Marcy, es comparable el canal inguinal con relación al abdomen, á la desembocadora del uréter con relación á la vejiga, y así como al aumentar en ésta la presión aquél tiende á obliterar su luz, así también en los esfuerzos la presión abdominal, repartiéndose por igual en todas partes, tendería á aproximar la pared

anterior á la posterior y á dar mayor solidez á la estática del abdomen. A priori, pues, creo que cabe esta consideración : que la hernia inguinal, en el mayor número de los casos, debe responder á una disposición congénita, si no en el sentido absoluto, es decir, que el saco comunique con la vaginal, por lo menos en el sentido de que aun independizada la vaginal, puede quedar un divertículo de peritoneo en el canal ó en su defecto algo que no es todavía saco, pero si un infundíbulo y que sirve de punto de partida á la formación de aquél. Esto que es un hecho común en las observaciones de los autores, es sugerido prima facie por la presencia de hernias en individuos con paredes abdominales perfectamente resistentes y que no han hecho un esfuerzo extraordinario. Sea ó no exacta esta consideración, hay un hecho primordial y de gran importancia y es el rol predominante del plano de deslizamiento en el mecanismo de producción de las hernias y del cual se deduce una de las condiciones fundamentales para su cura radical, me refiero á la extirpación alta del saco, por arriba del infundíbulo para que después de

hecha la resección, no quede una depresión peritoneal, que sería un factor poderoso de recidiva.

Hay otras razones que militan en pro de la idea de la preexistencia de un canal seroso : todos los autores señalan casos de adultos que, á consecuencia de un esfuerzo, tienen una hernia que desde el primer dia baja al escroto. Esta observación hemos tenido oportunidad de hacerla varias veces en los casos operados en el servicio. No puede admitirse, por grande que sea el poder de deslizamiento del peritoneo, que en un momento llegue á formar un saco tan voluminoso. Además, en algunos de los casos operados, se ha presentado el hecho siguiente : un sujeto presenta una hernia que no pasa el orificio externo del canal, se ha desarrollado en la edad adulta á consecuencia de un esfuerzo. Todo lleva á pensar, agregando á las razones anteriores la circunstancia de estar el testículo en su posición normal y afuera del saco, que se trata de una variedad adquirida. En el momento de operarlo y de disecar el saco, se encuentra un apéndice, especie de cordón fibroso que le hace continuación y que se prolonga hasta la vaginal : otras veces es

un verdadero conducto estrecho el que baja hasta las bolsas. En ambos casos es indiscutible la obliteración parcial del canal peritoneo-vaginal y la preexistencia del saco. Salvo estos casos y aquellos mucho más raros en que el testículo está dentro del saco en su sitio normal ó en ectopia inguinal, no puede, ni por el examen clínico ni por el estudio anátomo-patológico, afirmarse que él preexistía al esfuerzo, pero creo que éste no ha sido sino una causa ocasional en la producción de la hernia y que ésta debe ser considerada como congénita.

Aunque considero que la preexistencia del saco tiene una gran importancia, ésta no es exclusiva y hay que hacer intervenir el debilitamiento de los planos, principalmente musculares. En efecto, anatómicamente, una hernia puede producirse de dos maneras : ó bien bajo la influencia de la presión intra-abdominal el intestino rechaza delante de él la pared; ó bien se encaja en un canal preformado, divertículo peritoneal más ó menos largo, más ó menos ancho, preparado de antemano para recibirlo. En el segundo caso las relaciones del

saco son naturalmente las del divertículo peritoneal previo, y cuando éste crece por distención ó por deslizamiento, es evidente que esto no cambia el orden de superposición que primitivamente lo rodeaba.

Como decía más arriba, la mayor parte de las veces el divertículo preformado es congénito, y cuando se tiene la prueba de esto, sea clínica ó anatómicamente, se dice que la hernia es congénita. Esta expresión ha sido el origen de muchas confusiones, y en concepto de Broca tal vez fuera mejor llamarlas, con Malgaine, hernias á canal abierto; pero esto es puramente cuestión de palabras que no resuelve de ninguna manera la duda sobre la cuestión.

Es clásico dividir las hernias en hernias de fuerza y de debilidad: las primeras atravezarían bajo la influencia de un esfuerzo brusco una pared abdominal normal, las segundas descienden á favor de una debilidad de la pared. Esto es exacto con tal que no se concluya de la variedad etiológica á la variedad anatómica; un divertículo preformado es, sin contradicción, una debilidad de la pared y sin

embargo muchas hernias que en él se producen son clínicamente hernias de fuerza.

Si se quiere llegar á una conclusión práctica, me parece que conviene tomar de otra manera la cuestión y no tratar de sobreponer la etiología á la anatomía patológica. Para que una hernia se produzca, es menester que haya una desproporción entre la resistencia opuesta por una pared abdominal muy débil á una presión intra-abdominal muy fuerte. Esto permite categorizar los casos extremos: hernia de debilidad, cuando del lado del esfuerzo nada de anormal se produce; hernia de fuerza, cuando bruscamente ella desciende en el momento de un esfuerzo. Pero entre estos casos extremos hay los intermediarios, y, para juzgar, debemos primeramente preguntarnos de qué depende la resistencia de la pared abdominal.

Se responde comunmente que esta resistencia es función de las aponeurosis, de los anillos, de los pilares, y muchas teorías insisten sobre las malformaciones, las distenciones de estas partes, y algunos operadores se ingenian para encontrar procedimientos que les devuelvan su virginidad. Pero

las aponeurosis y los anillos, que son su dependencia, son aquí como en las demás partes del organismo, agentes pasivos del tejido muscular, el que entra en decadencia en el viejo ó en el patológicamente debilitado, es la fuerza muscular primero y despues la resistencia tendinosa, ésta cede secundariamente una vez disminuida la tonicidad muscular. Sucede una cosa análoga al mecanismo de formación del pie bot. Las lesiones óseas de éste, no puede decirse que se deban á una relajación de los tendones sino á una alteración primitivamente muscular.

Cuando no existe en la pared abdominal ningún vicio original de formación, la hernia por rechazamiento es sólo posible, y es así que en los sujetos envejecidos se forma en la región inguinal la hernia directa que se acompaña de una atonía general del abdomen : es el tipo de la hernia de debilidad. Si, por el contrario, nos encontramos en presencia de una hernia á canal abierto que se manifieste en una época tardía de la vida, debemos pensar que la barrera muscular que mantenía impermeable el orificio se ha hecho insuficiente y esta insuficiencia

puede ser definitiva ó pasajera ; hecho este último que establece una diferencia entre el viejo y el niño. En efecto, en este último suele ser originada por un raquitismo más ó menos grave, que trae como consecuencia una atonía de todos los tejidos, los cuales pueden, por un tratamiento apropiado, recobrar su vigor. Esto explica por qué muchas de estas hernias de los niños curan con el uso del braguero.

III

El canal inguinal, cuya anatomía hemos ligeramente bosquejado en el capítulo anterior, sufre por la presencia de la hernia modificaciones dependientes de la duración y variedad de la misma. En las hernias intersticiales y recientes todo se reduce á una separación entre su pared anterior y posterior, subsiste un verdadero trayecto oblicuo con sus dos orificios. Por la acción del tiempo y dada su disposición anatómica, el orificio interno se dilata hacia abajo y adentro, mientras que el externo, dada la

dirección de las fibras de la aponeurosis del gran oblicuo, sufre una dilatación en sentido contrario. Estos dos orificios, marchando, por decirlo así, uno al encuentro del otro, tienen por resultado acortar el largo del canal y destruir su oblicuidad normal hasta que paulatinamente llegan casi á superponerse, y entonces puede decirse que en vez del canal inguinal con sus dos orificios interno y externo, lo que presenta la pared abdominal á este nivel es un orificio único, que corresponde al cuello del saco. Esta disposición, señalada en todos los clásicos, hemos tenido oportunidad de observarla muchas veces y en hernias no muy antiguas.

Una disposición análoga á la anterior, pero por un motivo distinto se observa en la hernia directa, en que el peritoneo se introduce en el canal para formar saco á través de la foseta inguinal media. Como es este el tipo de la hernia por debilitamiento de la pared, no tarda mucho tiempo en destruir la oblicuidad de la parte del canal que ocupa, y hace que sea difícil distinguirla de la oblicua externa. Un carácter anatómico diferencial es la situación de la arteria epigástrica con relación al cuello del

saco, pues mientras que en la oblicua se encuentra por dentro, en la directa está por fuera. Además, las conexiones del saco con el cordón no son las mismas, pues en una está dentro de la fibrosa común en relación inmediata con él, en la directa está por fuera y tiene sólo relación de vecindad.

De las alteraciones del canal en las demás variedades de hernia no me ocupo, pues no hay ningún caso operado entre los que presento.

El crecimiento del saco puede hacerse de dos maneras diferentes, según que su cuello adhiera ó no al orificio interno. En el primer caso, que es el más raro, pero que lo hemos observado varias veces, si el empuje de las vísceras no es tan grande como para romper estas adherencias, el saco se va distendiendo y haciéndose cada vez más delgado, dando lugar así á esos casos en que lo es tanto que dificulta su disección y que, según algunos autores, habría dado lugar á la descripción de hernias sin saco.

Hay entre la distención y el desligamiento, otra forma de crecimiento del saco que se realiza en aquellos casos en que el canal peritoneo-vaginal ha

sufrido, sin obliterarse completamente, estrechamientos más ó menos grandes, ó se han formado en su interior tabiques que tienen el mismo efecto. En estas circunstancias, una estrechez, que por un tiempo dado mantenía la hernia hasta el orificio externo del canal, puede ser vencida en un esfuerzo, y en muy poco tiempo la hernia aumentar de volumen. Son estos los casos en que se produce bruscamente una variedad escrotal.

Indudablemente, la manera más común y más interesante, por las particularidades á que puede dar lugar, es el crecimiento que se hace en virtud del desligamiento del peritoneo parietal. En la mayor parte de los casos este desligamiento no es tan grande como para hacer bajar el peritoneo de las fosas ilíacas, pero algunas veces esto sucede, dando lugar á dificultades operatorias muy grandes, cuando, como puede verse en algunos casos que presento, ha, por decirlo así, desdoblado el peritoneo que recubre el ciego y, entonces, éste se presenta pegado al saco por una adherencia fisiológica y muy ancha, que hace imposible su extirpación alta. Del lado izquierdo suele suceder lo

mismo con la S ilíaca, cuyo meso al ser desdoblado por el desligamiento del peritoneo, hace bajar al intestino adherido á sus paredes, produciendo un caso en condiciones análogas al anterior. Estas dos observaciones pueden verse en una hernia doble que figura en la estadística que presento, y que operado por el doctor Palma, dió lugar á una intervención larga y laboriosa, sin conseguirse de ninguno de los dos lados, por ser imposible, hacer la extirpación alta del saco, pues para esto hubiera habido que resecar también intestino. Además de este caso, hay cuatro más en que ya sea el ciego ó la S se presentaron adheridos. En otro caso, el apéndice vermiforme se presentó adherido al cuello.

Este poder de desligamiento del peritoneo es tan grande, que permite atraer al orificio interno, para practicar la ligadura, parte de la serosa intra-abdominal y es por esta circunstancia que, una vez hecha la resección, el pedículo que resulta es como absorbido por el abdomen. Esta misma propiedad nos explica un hecho que he observado con muchísima frecuencia, y es que al hacer tracciones sobre el saco, se presenta adherido al peritoneo

parietal la parte superior de la vejiga, que hay que disecar prolijamente, y que se reconoce por su extructura netamente muscular, que contrasta con el saco, y además porque sangra de una manera que llama la atención. Este hecho, si bien es señalado por los autores, lo dan como raro : creo no exagerar al decir que de diez hernias operadas en el Hospital de Clínicas, por lo menos una vez ha sucedido.

De los órganos contenidos en el saco, poco tengo que agregar, sólo que ha sido muy raro el caso donde haya faltado el epiplón, acompañado ó no de intestino. En un caso formaba parte del contenido el apéndice vermicular, que fué resecado.

Ligeras consideraciones sobre los métodos operatorios

I

Con el perfeccionamiento del método antiséptico, los procedimientos que han surgido para la cura radical de la hernia inguinal, son tan numerosos, que sería pesado é inútil hacer una descripción de todos ó de la mayor parte de ellos. Para el objeto que me propongo, voy á mencionar sólo los principales, sin tener en cuenta su orden cronológico, é indicando brevemente las consideraciones que cada uno de ellos me sujiera.

En primer lugar, hay que hacer una división entre aquellos métodos que, dando una importancia primordial y exclusiva á la disposición del peritoneo, han hecho de la extirpación ó ligadura más ó menos alta del saco, el objeto del tratamien-

to; en segundo, los que completan este momento operatorio con el refuerzo de las paredes y orificios del canal inguinal; y, por último, aquellos que respondiendo mejor á las condiciones anatómicas de la región, reforman ó tienden á destruir dicho canal.

De los métodos que se ocupan únicamente del saco, sea practicando su ligadura ó extirpación al nivel del orificio externo, poco hay que decir para juzgarlos, pues no puede darse operación más incompleta, queda persistente no sólo el infundíbulo del peritoneo, sino también un trayecto herniario intraparietal: lo único que con esto se podría conseguir es, disminuir por un tiempo el tamaño de la hernia. Un adelanto en este método se encuentra en el de Daniel Molière, que aconseja también como única operación, la ligadura y extirpación del saco, pero no ya al nivel del orificio, sino lo más arriba posible, atacando el infundíbulo peritoneal. Esto encierra una de las bases de todo método verdaderamente radical, pero no es lógico, pues deja subsistente el camino para una recidiva.

En el procedimiento descrito por Banks se aconseja lo siguiente: expuesto el saco, se abre para darse cuenta de su contenido, si hay epiplón aconseja resecarlo reduciendo su pedículo al abdomen, en seguida practica la ligadura lo más alto posible y como complemento hace una sutura, con hilos de plata, del orificio externo del canal inguinal. Sobre la primera parte de la operación no hay nada que agregar á no ser esta consideración: que la ligadura del saco no ha de poder hacerse muy arriba, salvo en los casos en que por la antigüedad de la hernia ha desaparecido hasta cierto punto el canal y el orificio externo é interno no forman sino uno solo, pero en aquellos de hernias relativamente recientes en que no ha habido tiempo para que se altere mucho la anatomía normal del trayecto inguinal, no se comprende cómo pueda hacerse, sin incindir la aponeurosis del gran oblicuo, la ligadura del saco por arriba de su cuello. Además, la sutura del orificio externo, como complemento de esta operación, si bien es cierto que es un adelanto relativamente al método anterior, no coloca al sujeto en la mayor seguridad de solidez, pues el orificio no es sino el

fin de un trayecto que él mismo está debilitado.

El procedimiento de Felizet es análogo al anterior, un tiempo que es original suyo es la manera cómo procede á la disección del saco : para esto, después de abrirlo, introduce en él un balón de cauchut, que, una vez lleno de aire, distiende el saco, y según él facilitaría su disección. Las vísceras contenidas en su interior las trata de diversa manera, según su estado, sólo reseca el epiplón cuando por las adherencias que tiene con el saco hace imposible su reducción. En seguida procede á la sutura de los pilares del orificio externo, sin dar á este tiempo de la operación mayor importancia. Kuster hace una operación idéntica á la anterior y sólo agrega, una vez estrechado el orificio externo, una sutura, hecha con catgut, de todas las partes blandas situadas entre el anillo y la herida cutánea.

Franks, después de escindir el saco, sutura el muñón al orificio externo, al cual estrecha. Agrega además el estrechamiento del orificio interno por medio de suturas hechas al través de las paredes abdominales.

Como se vé, todos estos procedimientos llevan,

por decirlo así, un solo objetivo : la extirpación más ó menos alta del saco, á lo que algunos agregan la sutura de los pilares del orificio externo y el estrechamiento del interno. Además, en todas ellas se procede á la disección y extirpación del saco, sin prévia incisión de la pared anterior del canal.

Mac Ewen opera también sin incindir esta pared, y su operación tiene estos dos objetivos : 1° formar con la totalidad del saco un tapón que refuerce el orificio interno; y 2° restablecer la forma oblicua del trayecto inguinal. Después de incindir la piel en la dirección del canal, diseca minuciosamente el saco en su porción distal, lo tiende y al mismo tiempo introduce el índice en el trayecto inguinal con el objeto de separar el cordón, el dedo va penetrando cada vez más hasta alcanzar el orificio profundo y allí continúa la disección en una extensión de medio través de pulgar sobre la superficie abdominal del anillo. Hecho esto, fija un hilo en el fondo del saco y va pasando la aguja de una pared á otra del mismo hasta llegar al anillo interno. Por lo tanto al tirar el hilo de la sutura, el saco se pliega sobre

sí mismo como una cortina, y haciendo pasar la aguja á través de la pared abdominal anterior y de atrás á adelante, lo fija así plegado sobre el anillo profundo, anudando el hilo sobre la aponeurosis del gran oblicuo. Así fijado el saco sobre la cara abdominal del anillo profundo contraería con él adherencias, gracias al avivamiento hecho durante las maniobras de liberación. Para conseguir el segundo objeto de su operación, hace una sutura del tendón reunido al arco de Poupart, dejando el cordón por delante de la misma. Esta operación es indiscutiblemente superior á las descritas hasta ahora, pues refuerza no sólo los orificios del canal sino las paredes del mismo. Lo que tal vez no se consigue en todos los casos, es que el tapón formado por el saco refuerce realmente el orificio profundo del canal, pues puede reabsorberse. Esto último lo ha constatado Bassini con su método primitivo de conservación de una parte del saco, en un caso muerto á los cien días y seguido de autopsia.

Otros cirujanos han tratado no ya de reforzar el anillo interno con la conservación del saco, sino que han hecho servir á éste para el refuerzo de las

paredes abdominales. Tal es el procedimiento de Ball, en que después de incindir la piel y de descubrir el saco aisla completamente á éste de los tejidos que lo rodean. En los casos de hernia congénita lo secciona un poco por debajo del anillo superficial, abandonando la parte inferior y tratando el resto como en las hernias adquiridas. Sigue la disección en el canal hasta el anillo profundo y un poco más allá en la cavidad abdominal. En seguida practica su torción, tomándolo á este efecto con una pinza de grandes dientes. Ordinariamente le bastan cuatro ó cinco vueltas de torción en los casos de sacos muy tenues, haciendo más en el caso contrario. En seguida hace una sutura que comprende el saco torcido y los pilares del orificio externo.

Este procedimiento, que á mi modo de ver es incompleto por la razones que en otro lugar menciono, tiene, sin embargo, un tiempo que puede ser usado con ventaja en algunos casos, como lo ha sido en muchos de los que presento, me refiero á la torción del saco que se ha practicado cuando éste tenía un cuello demasiado ancho que dificultaba su ligadura, como también algunas veces que

un saco muy ténue se desgarra al hacer tracciones para disecarlo.

También refuerza la pared abdominal con el saco el procedimiento primitivo de Kocher que tiene, además, como analogía con los anteriores el operar sin seccionar la pared anterior del canal. Después de incindir la piel en los dos tercios internos y un través de dedo por arriba del arco de Poupart en la dirección del cordón espermático, llega al orificio externo del canal. Divide la fascia de Cooper, que como prolongación adelgazada de la aponeurosis de envoltura del oblícuo mayor se continúa desde el anillo sobre el cordón espermático, y descubierto el saco extrae su parte contenida en el escroto de modo que esté hacia arriba su extremo inferior y redondeado. Si el saco es delgado y difícil de encontrar, aconseja una maniobra que consiste en distender los elementos del cordón para que aparezcan por transparencia sus límites curvos. Estas dificultades para encontrar un saco delgado no se encuentran cuando se opera seccionando previamente la pared anterior del canal. En efecto, en los casos que he ayudado á operar y que

he operado, una vez descubierto ampliamente el cordón y levantado entre dos dedos, no ha habido sino desgarrar su fibrosa común y separar sus elementos para que necesariamente apareciera el saco. Con más razón sucede esto si se busca en la parte que se aproxima al orificio profundo, pues, en primer lugar, á este nivel es menor la adherencia con los elementos del cordón y, en segundo, porque puede tratarse de un saco pequeño y vacío, en cuyo caso, buscado por fuera del orificio externo ó en sus inmediaciones, seguramente no se encontraría.

Una vez descubierto el saco, lo diseca á través del orificio externo hasta la cavidad abdominal y una vez concluído este tiempo, practica lo que llama dislocación lateral del saco, haciendo sobre la aponeurosis del gran oblícuo y por fuera del nivel del orificio interno una aberturita por donde introduce una larga pinza que va á tomarlo y á extraerlo del canal, pasándolo por debajo del cordón. Con esto consigue dar al infundíbulo del peritoneo una dirección contraria á la que antes tenía. En esta posición lo fija por medio de suturas hechas al través de la pared abdominal. En segui-

da lo tuerce sobre sí mismo y así lo aplica sobre la aponeurosis del gran oblícuo en la dirección del canal. Últimamente ha modificado este procedimiento, que perjudicaba mucho la vitalidad del saco, produciendo á menudo la necrosis del mismo, y hoy practica su resección á ras de la pared abdominal, continuando el resto de la operación como he descripto anteriormente. El principal objeto de esta operación, que en el fondo se parece mucho á la de Muñay-Aguilar, consiste, como se ve, en operar á través de un canal intacto, y tendría como única ventaja, según el autor mismo, el hacer correr menos peligros de recidiva en la casos de supuración. Contando con una asepsia bien hecha, me parecen mejores los métodos que seccionan la pared anterior del canal, pues, como he dicho ya, con ellos no se tropieza con inconvenientes para encontrar el saco, y, principalmente, se puede hacer su extirpación alta cómodamente, hecho que hoy se considera como la base de toda cura radical. Tal es la idea predominante en el método de Lucas Championnière, quien se propone, además, formar una sólida cicatriz en la región de la

hernia. Para esto aconseja hacer una incisión cutánea, alejándose en lo posible del escroto, aunque la hernia sea voluminosa. Para que el descubrimiento del saco sea más fácil, si está habitado antes de la operación, aconseja no reducir y, en el caso de estar vacío, mantener el enfermo de pié ó hacerle hacer algunos esfuerzos para que se llene. Una vez bien descubierta la aponeurosis del gran oblicuo y el orificio externo del canal, introduce por él dos largas pinzas y corta entre ellas dicha aponeurosis para evitar el deslizamiento de los planos músculo-fibrosos. Esta incisión descubre ampliamente el cordón, cuyos elementos se encuentran, por lo general, esparcidos al rededor del saco y se procede á la disección de éste y á su separación de los elementos del cordón hasta por arriba de su cuello, donde se hace su ligadura y extirpación. Si el epiplón hace parte de las vísceras contenidas en el interior, cosa que sucede en la gran mayoría de los casos, lo reseca y aún extrae para este objeto parte del contenido en el abdomen para disminuir la capacidad de éste y hacer más fácil la reduccción de las otras vísceras.

Esta práctica se ha seguido en los casos que presento, resecándose á veces hasta quinientos gramos de epiplón, previa una ligadura en cadena. Algunos operadores critican esta resección, pues, en su concepto, quita á la cura radical el carácter de una *restitutio ad integrum;* pero el hecho es que el epiplón es un gran factor de crecimiento y recidiva de las hernias, y como en ningún caso he visto producirse accidentes consecutivos á su extirpación, me parece que se gana al hacerla.

En la segunda parte de su operación, Lucas Championnière trata de constituir, como he dicho, sobre la región primitivamente ocupada por la hernia una cicatriz lo más resistente posible, para lo cual sutura la aponeurosis del gran oblicuo al arco de Poupart, de tal manera que, en vez de yustaponer estas partes, hace que se superpongan, para lo cual hace unos puntos de sutura de forma de U, entre los cuales coloca algunos superficiales. Otros operadores, practicando también la extirpación alta del saco, han tratado de obtener una cicatriz resistente, pero no por primera sino por segunda intención, guiados por la idea de que ésta

es mucho más resistente que aquélla. Tal es el método de Max-Burney, en que no se suturan las paredes sino que se interpone entre ellas una gasa para que la herida se llene de granulaciones. Á este método le encuentro, en primer lugar, el inconveniente del tiempo que se necesita para llegar á la curación, y, además, el hecho de que una cicatriz por segunda sea más sólida que por primera intención, me parece problemático; por lo menos no hay ninguna razón anatómica que lo explique.

II

Después de este breve reseña de procedimientos operatorios, que considerados en conjunto puede decirse envuelven dos métodos fundamentales, que son : 1° la extirpación única del saco, y 2° la extirpación del mismo, seguido de la sutura del orificio externo, ó de la pared anterior del canal; voy á ocuparme del método que considero como respondiendo mejor á las condiciones anátomo-

patológicas, y al concepto de la cura radical de la hernia. En efecto, es indiscutible que hay hernias, sobre todo recientes, en que el canal inguinal muy poco ha sufrido y en que seguramente daría y da resultado la extirpación del saco, seguida de sutura del orificio externo, pero hay que considerar á la operación de la hernia como ortopédica y, por lo tanto, creo que hay que dar al operado las mayores seguridades de solidez, y es bajo este punto de vista que creo que la escuela italiana, con Bassini y sus modificadores Postempski y Muñay-Aguilar, debe predominar sobre las otras.

El concepto quirúrgico del método de Bassini, es reformar el canal inguinal, para lo cual, después de la extirpación alta del saco, sutura el plano formado por el oblícuo menor y el transverso al arco de Poupart, y colocando por delante de él el cordón, sutura también la aponeurosis del gran oblicuo. De esta manera, queda reformado el canal inguinal de tal manera que casi podría decirse que es superior en solidez al canal inguinal normal. Digo esto, porque en el estado normal la pared posterior del canal está formada por la fascia transversalis,

pues es sabido que á partir de la parte media del pliegue de la ingle, los músculos pequeño oblicuo y transverso, están libres de inserción. Bassini, con su método, puede decirse que inserta al arco de Poupart dichos músculos y entonces á una pared con una solución de continuidad, sustituye una continua, que ya de por sí forma una barrera que resiste al empuje de las vísceras abdominales, como él dice haberlo constatado, cuando durante la operación el enfermo hace esfuerzos de vómito. Á este plano muscular da más resistencia el formado por la sutura de la aponeurosis del gran oblicuo. Entre estos dos planos corre el cordón espermático, cuyos elementos no pueden sufrir compresión alguna.

La indicación de este método, en las hernias antiguas en que el canal inguinal casi ha desaparecido para ser reemplazado por un orificio, es indiscutible. No sucede lo mismo para las hernias recientes; en éstas, cualquier otro método puede bastar; pero aún así, creo que contando con una asepsia bien hecha, debe preferirse al método de Bassini, pues realiza una ortopedia más perfecta.

Bien ejecutado este método, no queda en la pared abdominal sino un punto débil, formado por la entrada del cordón espermático, pero aún esto es remediado, pues el orificio que resulta por estar á través de planos musculares, puede decirse que juega el rol de un esfínter, de tal manera que en los momentos del esfuerzo, su contracción hace disminuir su calibre, ejecutando una ligera compresión sobre el cordón, que no puede ser perjudicial, porque es pasajera.

Este método, que considero perfecto hasta donde puede exigirse, dadas las condiciones anatómicas de la región, ha sido modificado por Postempski en algo que es simple cuestión de detalle. En efecto, este último cirujano pretende que con el canal que deja Bassini entre los planos del abdomen, queda preparado el camino sino para una recidiva, por lo menos para una nueva hernia, y, entonces, propone y ejecuta la supresión de dicho canal, practicando la sutura del triple plano formado por la fascia-transversalis, pequeño oblicuo y transverso y aponeurosis del oblicuo mayor al arco de Poupart, haciendo pasar delante de él

el cordón espermático. Para conseguir todo esto, una vez incindida la piel y la aponeurosis del gran oblicuo, incinde también el pequeño oblicuo, el transverso y la fascia-transversalis, para poner á descubierto el tejido celular preperitoneal y la arteria epigástrica. En este campo operatorio tan despejado, aisla y secciona el saco y, hecho esto, sutura este triple plano de tal manera que el orificio de entrada del cordón es rechazado hacia afuera y convenientemente estrechado con puntos de sutura, pues es á su nivel donde tiende á hacerse la recidiva. Como se vé, en este caso, el cordón queda subcutáneo, y á pesar de esto, en los casos que presento operados así, nunca se han observado dolores ó trastornos tróficos del lado del testículo. En cuanto al objeto que se propone Postempski al modificar la operación de Bassini, de suprimir el canal inguinal, creo que no le consigue, porque al fin éste queda colocado donde se sitúe el cordón : en un caso es sub-aponeurótico, y en el otro subcutáneo.

Otro procedimiento derivado del de Postempski y que tiende á suprimir no sólo el canal inguinal,

sino su orificio interno, es el de Muñay-Aguilar, en el cual el cordón se aloja en el tejido preperitoneal y perfora la pared al nivel del orificio externo. A este procedimiento lo considero inferior al de Postempski y al de Bassini; pues mientras que en estos dos el orificio de entrada del cordón está entre planos musculares, que siempre oponen una resistencia contráctil à los esfuerzos, en el de Muñay-Aguilar reside entre planos aponeuróticos, que son más fáciles de dejarse distender.

Análogo al procedimiento de Muñay-Aguilar es el de Jonesco, cuyo principal objeto es suprimir las ligaduras perdidas. Hecha la incisión de la piel, de la aponeurosis del gran oblicuo y de los músculos pequeño oblicuo y transverso, reseca el saco y sobre su muñón abierto coloca pinzas con el objeto de poder afrontar sus bordes. En seguida aplica suturas con hilos de plata que atraviezan todos los planos, incluso el peritoneo, dejando al cordón como en el procedimiento anterior en el tejido preperitoneal. Esta manera de practicar las suturas presenta algunos inconvenientes, entre otros el que con un hilo metálico, que necesariamente tiene que

traccionar el peritoneo, éste puede desgarrarse al anudarlo y entonces queda abierta la puerta para la salida de las vísceras. Además, en caso que no se desgarre, por la dirección misma de las suturas, éstas tienen que actuar sobre el peritoneo de dentro á afuera, favoreciendo por lo tanto la formación de un infundíbulo.

Igual objeto que Jonesco se proponen Duplay y Cazin, que emplean el saco mismo para ligar su cuello, usando una serie de nudos superpuestos en mayor ó menor número, según sea el largo del saco. A mi modo de ver esta manera de operar sólo ofrece el atractivo de una innovación, pues no se ve el inconveniente de una ligadura del saco con catgut que á los pocos días se reabsorbe. Además, aunque en el primer momento se crea haber destruido por los nudos el infundíbulo del peritoneo, la presión abdominal no puede tener otro efecto que rechazar dichos nudos de dentro á afuera, hecho con el que resultaría reformado dicho infundíbulo.

Los casos que figuran en esta estadística han sido operados por los métodos de Lucas-Championnière y Bassini, con ó sin las modificaciones

de Postempski y Muñay-Aguilar. Como no se ha procurado seguir al pie de la letra las diversas maniobras preconizadas por estos autores, sino cumplir de la mejor manera posible estas dos condiciones : extirpación del saco lo más alto posible y consolidación de la pared, voy á describir ligeramente el modus-operandi del servicio del profesor Gandolfo, sin pretender que él sea original, sino tal vez la síntesis de diversos procedimientos, y guiado por la idea de precisar los diversos tiempos de la operación.

La incisión cutanea se hace sistemáticamente, alejándose del escroto, aunque la hernia sea voluminosa. Con esto se consigue poner bien á descubierto la aponeurosis del oblicuo mayor y el orificio externo del canal. En seguida y también en todos los casos se secciona con tijera la pared anterior, con lo cual se consigue que no haya absolutamente tropiezos en la ejecución de los otros tiempos. Hecho esto y sin preocuparse del caso, se levanta entre los dos índices todo lo que pasa por el conducto inguinal, en la seguridad de levantar el cordón y también el saco. Alojado el cordón entre el pulgar

y el índice izquierdo, se ven algunos de sus elementos y á la palpación se reconoce el canal deferente por su mayor consistencia y forma cilíndrica; se separan estos elementos, desgarrando con una tijera la fibrosa común, de preferencia en el ángulo de la herida que se avecina del orificio interno y una vez bien separados se interpone una gasa entre el cordón y el saco. Éste, que todavía no ha sido abierto, se toma entre el pulgar y el índice izquierdos, y con el borde de la tijera se diseca profundamente, tratando de reducirlo nada más que á su hoja serosa. Cuando la disección llega al orificio interno, recién se abre el saco é introduciendo en él el índice se reconoce su contenido; si hay epiplón en su interior, cosa que sucede casi siempre, se extrae mayor cantidad y se reseca, previa una ligadura simple ó en cadena según el tamaño de la parte resecada. El índice introducido dentro del saco sirve para atraer afuera el infundíbulo y para despojarlo de su grasa preperitoneal que allí empieza á ser abundante, y es en este momento que sucede con frecuencia un hecho que menciono en otra parte y que constituye una prueba de que se lleva bien arri-

ba la disección del saco : me refiero á la aparición de la vejiga, pegada á una de sus caras y que hay que disecar cuidadosamente. La ligadura que se coloca sobre el saco es simple ó doble, según la amplitud de su cuello y se hace siempre con catgut esterilizado á la estufa. Cumplido este tiempo fundamental de la operación se procede á la sutura de las paredes, usando indiferentemente el método de Bassini ó las modificaciones de Postempski y Muñay-Aguilar, pero procurando reforzar bien la pared con planos musculares y tomando un buen espesor de tejidos, cuya sutura se hace siempre con crin de Florencia, pues tiene la ventaja de no librar la consolidación de la herida á la sola cicatrización, como sucedería empleando el catgut, que pronto se reabsorbe. La crin ofrece la ventaja de mantener adosadas las paredes un cierto tiempo, no teniendo los inconvenientes de la seda, en cuanto á la perfecta esterilización.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
			1895		
1[1]	40	H. I. irquierda	L. Championnière	Ener. 16	Curado
2	16	H. I. derecha	»	» 12	»
3	33	»	»	» 15	»
4	34	»	»	» 5	»
5	23	»	»	» 14	»
6	43	»	»	» 22	»
7	18	»	»	Feb. 2	»
8[2]	29	»	Postempski	Mayo 22	»
9	28	H. izquierda	L. Championnière	» 1	»
10	33	»	»	» 18	»
11	31	H. derecha	»	» 20	»
12	27	H. izquierda	»	Abril 17	»
13	30	»	Postempski	Mayo 8	»
14[3]	31	H. derecha	»	» 9	»
15	55	»	»	» 14	»
16	55	H. doble	Postempski, ambas	» 6	»
17[4]	57	»	Postempski, lado izq.	» 15	»
18	29	H. derecha	Postempski	Junio 25	»
19	29	»	Bassini	» 14	»
20	25	»	Postempski	» 8	»
21	36	H. izquierda	Bassini	Julio 7	»
22	27	H. derecha	»	» 12	»
23[5]	29	»	»	» 6	»
24	35	H. doble	Postempski, ambas	Agos. 28	»
25	42	H. derecha	Postempski	Sept. 3	»
26	32	»	»	Agos. 19	»

[1] Dolorosa é irreductible.

[2] Hidrocele del mismo lado no comunicando con el saco. Resección de la vaginal.

[3] Hernia congénita con el testículo rudimentario y ectopiado en el canal. Castración.

[4] Entero-epiplocele del tamaño de una cabeza de feto.

[5] Se extirpó el apéndice que estaba contenido en el saco.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
27	49	H. izquierda	Postempski	Agos. 12	Curado
28	28	H. doble	»	» 27	»
29[1]	44	H. derecha	»	» 18	Muerte
30	53	»	»	Oct. 19	Curado
31	53	»	»	» 19	»
32	21	»	Bassini	» 19	»
33[2]	44	H. izquierda	Postempski	» 21	»
34	56	»	Bassini	» 19	»
35	45	H. doble	Postempski, ambas	» 6	»
36	23	»	»	» 16	»
37	18	H. derecha	Postempski	Nov. 16	»
38	55	»	»	Dic. 6	»
39	17	»	»	» 8	»
40	60	H. izquierda	»	» 21	»
41	25	H. doble	Postempski, ambas	Nov. 10	»
42	45	H. derecha	Postempski	Dic. 17	»
43[3]	55	H. izquierda	»	» 28	»
44	39	»	»	» 8	»
45	36	H. derecha	»	Sept. 11	»
46	35	»	»	» 19	»
47	26	H. izquierda	»	» 28	»
48	23	H. derecha	»	» 26	»
			1896 (Sala I)		
49	23	H. derecha	Postempski	Ener. 8	Curado
50	47	»	»	» 10	»
51	25	»	»	» 10	»
52	29	»	»	» 10	»
53	44	»	»	» 20	»
54	38	»	»	» 22	»

[1] Muere de pneumonia 12 días después. Herida cicatrizada.
[2] Gran cantidad de adherencias del epiplón al saco.
[3] Hernia congénita, se reconstruye la vaginal con una parte del saco.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
55	54	H. derecha	Postempski	Sept. 25	Curado
56	29	H. izquierda	»	» 25	»
57	40	»	Muñay-Aguilar	Feb. 3	»
58[1]	32	»	Postempski	» 3	»
59	40	H. doble	»	» 5	»
60	20	»	Postempski, ambas	» 14	»
61	28	H. derecha	»	» 28	»
62	66	»	Postempski	Marzo 2	»
63	36	H. doble	»	» 4	»
64	46	H. izquierda	Postempski, ambas	» 17	»
65[2]	37	H. doble	Postempski	» 20	»
66	21	H. derecha	Postempski, ambas	Abril 1	»
67	50	»	Postempski	Mayo 4	»
68	36	H. izquierda	»	» 13	»
69	62	»	»	» 22	»
70[3]	15	»	»	» 22	»
71[4]	49	H. derecha	Aguilar	Abril 20	»
72	13	»	Postempski	Junio 5	»
73	35	»	»	Mayo 31	»
74	30	»	»	» 31	»
75	25	»	»	Junio 26	»
76	16	»	»	Mayo 23	»
77	31	»	»	» 18	»
78	57	»	»	Junio 15	»
79	52	»	»	Julio 17	»
80	19	H. izquierda	»	» 19	»
81	30	H. derecha	»	» 7	»
82	36	»	»	» 7	»

[1] Gran varicocele del mismo lado. Después de operadas las dos cosas se forma un hematoma que supura.

[2] La izquierda tenía formando parte del saco el meso de la S á cuya pared estaba adherido, por lo que no puede hacerse la extirpación alta. La derecha ofrecía la misma disposición relativa al ciego.

[3] Meso de la S formando saco y adherido á él el intestino.

[4] Acompañaba á la hernia un hidrocele no comunicante y del tamaño de una cabeza de adulto. Resección de la vaginal.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
83[1]	26	H. izquierda	Postempski	Agos. 9	Muerte
84	24	H. doble	Postempski, ambas	Junio 28	Curado
85	26	H. derecha	Postempski	Agos. 14	»
86	15	H. izquierda	»	» 2	»
87	35	»	»	» 2	»
88	41	H. derecha	»	» 19	»
89	26	»	L. Championnière	Sept. 9	»
90	20	»	Postempski	» 23	»
91	36	»	»	» 5	»
92	48	H. crur. izq.	»	» 2	»
93	38	H. derecha	»	» 25	»
94	21	»	»	» 25	»
95	16	»	»	» 25	»
96	24	»	»	Dic. 16	»
97	27	»	»	» 19	»
98	—	H. izquierda	»	» 30	»
99	—	H. derecha	»	Nov. 3	»
100	40	»	»	» 18	»
101	39	H. doble	Postempski, ambas	Dic. 16	»
102	42	»	»	» 25	»
103	45	»	Aguilar, ambas	» 24	»
104	—	H. izquierda	Postempski	» 24	»
			1897		
105	45	H. derecha	Postempski	Ener. 26	Curado
106	—	»	»	» 28	»
107	23	»	»	Feb. 8	»
108	26	H. doble	Postempski, ambas	» 10	»
109	—	»	»	» 10	»
110	43	H. derecha	Postempski	» 11	»
111	25	H. izquierda	»	Marzo 2	»
112	—	H. derecha	»	» 22	»

[1] Supura un punto y á los 15 días de operado se desarrolla una erisipela, de que muere.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
113	—	H. derecha	Postempski	Marz. 27	Curado
114	26	»	Aguilar	Abril 3	»
115	27	H. izquierda	Postempski	» 5	»
116	42	H. derecha	»	» 23	»
117[1]	47	H. doble	Aguilar, ambas	» 26	»
118[2]	60	H. izquierda	Aguilar	» 27	»
119	17	H. derecha	»	Junio 8	»
120	36	H. izquierda	»	» 30	»
121[3]	37	»	»	Mayo 8	»
122	22	»	»	Julio 10	»
123	38	H. derecha	»	» 5	»
124	31	»	»	» 19	»
125	44	H. izquierda	»	» 19	»
126	21	H. doble	Aguilar, ambas	Agos. 4	»
127	23	H. izquierda	Postempski	» 4	»
128	40	H. derecha	Aguilar	» 4	»
129	36	»	Bassini	» 6	»
130	25	H. izquierda	Aguilar	» 16	»
131	49	H. derecha	»	» 10	»
132	30	H. doble	Aguilar, ambas	» 20	»
133	21	H. derecha	Aguilar	» 25	»
134	39	»	»	Sept. 1	»
135	50	H. doble	Aguilar, lado derecho	Agos. 31	»
136	37	H. derecha	Aguilar	Sept. 14	»
137	21	»	»	» 27	»
138	27	»	»	» 22	»
139	26	»	»	Oct. 4	»
140	23	»	»	» 7	»
141	20	H. doble	Aguilar, ambas	» 2	»
142	23	»	»	» 6	»
143	28	H. irquierda	Aguilar	» 8	»

[1] Doble hidrocele no comunicante. Resección vaginal en ambas.
[2] Meso de la S formando saco, cuello de éste sumamente dilatado.
[3] Meso de la S formando saco con el grueso adherido.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
144	18	H. derecha	L. Championnière	Nov. 19	Curado
145	35	H. izquierda	Postempski	Dic. 24	»
146	24	H. derecha	Aguilar	» 24	»
147	17	»	»	» 27	»
			1897 (Sala I)		
148	24	H. derecha	Postempski	Ener. 8	Curado
149	53	H. doble	Postempski, ambas	» 16	»
150	27	»	»	» 16	»
151[1]	46	H. izquierda	Postempski	» 19	»
152	27	H. derecha	»	Feb. 3	»
153	22	»	»	» 10	»
154	39	H. izquierda	»	» 10	»
155	34	»	»	» 10	»
156	16	H. doble	Postempski, ambas	» 14	»
157	52	H. derecha	Postempski	» 23	»
158	35	»	»	Marz. 14	»
159	48	H. izquierda	»	Abril 5	»
160	—	»	»	» 6	»
161	24	»	»	» 8	»
162[2]	—	H. derecha	Aguilar	» 23	»
163	47	»	»	» 20	»
164	19	»	»	» 27	»
165	50	»	»	Mayo 14	»
166	47	H. doble	Aguilar, ambas	» 15	»
167	28	H. derecha	Aguilar	» 18	»
168	20	H. izquierda	»	» 28	»
169	43	»	Postempski	Junio 7	»
170	38	H. derecha	»	» 2	»
171	—	»	Aguilar	» 2	»

[1] Hidrocele no comunicante del mismo lado. Resección de la vaginal.

[2] La última porción del saco es quística y contiene un líquido cítrico.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
172	39	H. I. izquierda	Aguilar	Junio 23	Curado
173	25	»	»	Julio 11	»
174	23	H. doble	Aguilar, ambas	» 16	»
175	37	H. derecha	Aguilar	Agos. 4	»
176	28	»	»	» 16	»
177	22	H. izquierda	»	» 17	»
178	18	»	»	» 21	»
179	33	H. derecha	»	Sept. 8	»
180	40	»	»	» 15	»
181	72	H. doble	Aguilar, lado derecho	» 28	»
182	34	H. izquierda	Aguilar	Oct. 8	»
183	49	H. derecha	»	» 5	»
184	40	H. doble	Aguilar, ambas	Nov. 19	»
185[1]	30	H. derecha	Aguilar	Dic. 9	»
186	21	H. izquierda	»	» 9	»
187	34	»	»	» 3	»
188	19	H. derecha	»	» 6	»
189	27	»	»	» 11	»
190	28	H. izquierda	»	» 17	»
			1898 (Sala I)		
191	27	H. I. izquierda	Aguilar	Ener. 20	Curado
192	56	H. derecha	»	» 14	»
193	40	H. doble	Aguilar, ambas	» 8	»
194	17	H. izquierda	Aguilar	» 10	»
195	35	H. derecha	»	» 17	»
196	18	»	L. Championnière	» 21	»
197	68	H. doble	Aguilar, lado derecho	Feb. 9	»
198	36	»	Aguilar, ambas	Ener. 26	»
199	36	H. derecha	Aguilar	Feb. 10	»
200	50	»	»	» 2	»
201	20	H. izquierda	»	» 10	»

[1] Presentaba además de la hernia un hidrocele doble á los que se hizo la resección de la vaginal.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
202	24	H. derecha	Postempski	Feb. 28	Curado
203	48	H. izquierda	»	Marz. 16	»
204	17	H. derecha	»	» 11	»
205	48	H. doble	Aguilar, lado derecho	» 20	»
206	35	H. izquierda	Aguilar	» 21	»
207	18	H. derecha	»	» 21	»
208	27	H. izquierda	»	» 20	»
209	28	H. doble	Aguilar, ambas	» 28	»
210	37	»	»	» 28	»
211	24	H. izquierda	Postempski	Abril 18	»
212	31	H. doble	Aguilar	» 16	»
213[1]	33	H. derecha	»	» 22	»
214	44	H. izquierda	»	» 27	»
215	15	»	»	» 27	»
216	21	H. derecha	»	» 22	»
217[2]	41	»	»	» 28	»
218	40	H. izquierda	»	Mayo 5	»
219	45	»	»	» 27	»
220	—	H. derecha	»	Julio 5	»
221[3]	23	H. izquierda	»	Mayo 29	»
222	56	H. derecha	»	Junio 3	»
223	23	»	»	Mayo 31	»
224	48	H. doble	Aguilar, ambas	Junio 12	»
225[4]	49	»	»	Julio 4	»
226	35	H. izquierda	Aguilar	» 6	»
227	44	H. derecha	»	» 17	»
228	16	H. izquierda	»	» 8	»

[1] Irreductible y dolorosa, gran cantidad de adherencia del epiplón al saco.

[2] Epiplón adherido al saco en varios puntos.

[3] Desde el primer día que apareció bajó á las bolsas. Persistencia del canal p. vaginal con un estrechamiento al nivel del orificio externo.

[4] En el lado derecho se presentó el apéndice adherido al cuello del saco.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
229	42	H. I. izquierda	Aguilar	Julio 13	Curado
230	15	H. doble	Aguilar, ambas	» 20	»
231	37	H. derecha	Aguilar	» 8	»
232	42	»	»	» 12	»
233	17	»	»	» 17	»
234	23	»	»	» 24	»
235	19	»	»	» 24	»
236	33	H. izquierda	»	» 25	»
237[1]	38	H. doble	Aguilar, lado derecho	Agos. 4	»
238	42	H. derecha	Aguilar	» 6	»
239	41	»	»	» 24	»
240	48	»	»	» 24	»
241	30	H. doble	Postempski	Dic. 14	»
242	61	H. derecha	Postempski, ambas	» 25	»
243	22	H. izquierda	Postempski	» 27	»
			1898 (Sala II)		
244[2]	37	H. derecha	Aguilar	Ener. 14	Curado
245	45	H. doble	Aguilar, ambas	» 13	»
246	25	H. derecha	Aguilar	» 18	»
247	29	»	»	» 20	»
248	15	»	»	» 21	»
249	45	H. doble	Aguilar, ambas	Feb. 7	»
250	36	»	»	» 7	»
251	55	H. izquierda	Aguilar	» 26	»
252[3]	12	H. derecha	»	Marz. 16	»
253	20	»	»	» 18	»
254	41	»	»	Abril 21	»
255	52	H. izquierda	»	» 23	»
256	29	H. derecha	»	» 25	»

[1] En agosto 24 se operó del otro lado.

[2] El peritoneo que recubre el ciego formando parte del saco y el intestino adherido á las paredes de este.

[3] Testículo dentro del saco y en ectopia inguinal. Orquidopexia.

Nº de orden	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Resultado
257	27	H. izquierda	Aguilar	Abril 27	Curado
258	16	H. derecha	»	Mayo 2	»
259	35	»	»	» 12	»
260[1]	42	H. doble	Aguilar, ambas	» 17	»
261	36	H. derecha	L. Championnière	» 25	»
262	38	H. izquierda	»	Junio 1	»
263	28	»	»	» 21	»
264	50	»	»	» 16	»
265	28	»	»	» 27	»
266	15	H. doble	L. Championnière, amb.	Julio 23	»
267	26	»	M.-Aguilar, ambas	» 17	»
268	45	H. izquierda	M.-Aguilar	» 27	»
269	28	H. derecha	»	Agost. 3	»
270	27	»	»	» 4	»

Como puede verse, de las 270 hernias operadas, 147 son derechas, 73 izquierdas y 50 dobles. Este predominio de la hernia del lado derecho se encuentra en todas las estadísticas, sin que hasta ahora se haya encontrado una razón plausible que lo explique.

La mortalidad no alcanza á 1 °/₀, pues sólo hay dos muertos, uno por pneumonia sobrevenida cinco días después de la operación y muerto á los doce días

[1] Lado derecho. Gran cantidad de adherencias del intestino al saco.

con la herida cicatrizada; y el otro que, consecutivamente á la supuración de un punto de sutura contrajo una erisipela á los quince días de la operación muriendo pocos días después. Esta mortalidad es aun baja si se considera que por el momento no existe en el servicio una separación entre infectados y no infectados: es de esperar que en las modificaciones que en este sentido se están haciendo, la mortalidad se reduzca á cero, pues sacando la infección no hay motivo para que sea mayor.

Los accidentes observados en algunos casos, consecutivamente á la operación, son los señalados en otras estadísticas. El más frecuente ha sido el desarrollo de un abceso á veces 20 días después, eliminándose por él algún punto de sutura. Nunca se ha observado que este accidente tuviera una influencia desfavorable respecto á la solidez de la herida.

Respecto al tiempo que han permanecido los enfermos en las salas ha variado de 12 á 20 días y en su inmensa mayoría han salido sin hacer uso del braguero.

De las 50 hernias dobles, 44 han sido operadas

en la misma sesión, en un tiempo que ha variado entre 30 y 50 minutos. En los otros 6 casos se operó sólo de un lado por el tiempo empleado.

En cuanto á las indicaciones de la intervención se ha encontrado siempre que la edad ó algún padecimiento intercurrente no contraindican la operación. Las hernias pequeñas y reductibles se han operado, pues casi sin excepción sus portadores acusaban alguna molestia de este lado y más de una vez era originada por bragueros que no jugaban otro rol que el de instrumentos de tortura. Además, muchos han pedido la intervención por no tener recursos suficientes para usar dicho aparato, y su pedido se ha tomado en cuenta, pues con los procedimientos empleados, no han tenido necesidad de usarlo después de la operación. En ningún caso de los observados, el braguero ha llegado á curar la hernia, y á este respecto la estadística de la sala, llevada con toda minuciosidad durante el año 1896 y que abarca más de cien casos, es ilustrativa, pues hay individuos que lo han llevado más de treinta años.

Si se han encontrado motivos para operar indi-

viduos en la condición antes mencionada, mucho más ha sucedido cuando se trataba de hernias irreductibles, incoercibles ó dolorosas, que mucho más que las anteriores eran una molestia en el presente y un grave é inminente peligro en el porvenir.

CONCLUSIÓN

Aunque hay casos que en rigor basta la extirpación del saco seguida de estrechamiento del orificio extremo, creo que deben usarse de preferencia los métodos que restauran la pared con planos musculares, pues son los que, respondiendo mejor á las condiciones anátomo-patológicas de la hernia, realizan una ortopedia más perfecta.

Septiembre 19 de 1898.

JOSÉ ANTONINO VIALE.

BIBLIOGRAFÍA

TRELAT, *Clinique chirurgicale.*

DUPLAY Y RECLUS, *Traité de chirurgie.*

Semaine médicale, 1896 y 1897.

BASSINI, *Nuovo metodo operativo per la cure radicale dell'ernia inguinale.*

POSTEMPSKI, *Nuovo processo operativo per la cure radicale delle ernia inguinale.*

KOCHER, *Tratado de operaciones.*

L. CHAMPIONNIÈRE, *Cure radicale des hernies.*

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El infarto de los ganglios axilares puede ser el primer hecho clínico apreciable en un cáncer de la mama.

La punción exploratriz, medio peligroso de usar en los quistes hidatídicos del hígado, puede producir la curación de los mismos.

Como signos locales de perforación intestinal en la fiebre tifoidea, sólo pueden existir en algunos casos los obtenidos por la percusión del abdomen.

Buenos Aires, Septiembre 19 de 1898.

Nómbrase á los señores: académico doctor Rafael Herrera Vegas, profesor titular doctor Antonio Gandolfo y profesor suplente doctor Juan B. Justo, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 28 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno don José Antonino Viale:

« En el local de la Facultad á 27 de Septiembre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno don José Antonino Viale que versa sobre *Concepto de la cura radical de la Hernia inguinal,* resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados: *Rafael Herrera Vegas, Antonio Gandolfo, Juan B. Justo, Zenón Aguilar,* Pro-secretario.

L. M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.