AÑO 1909 N. 2091

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HERNIAS

INGUINO - INTERSTICIALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL ARIGÓS

«LA CIENCIA MÉDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

HERNIAS
INGUINO - INTERSTICIALES

POR

MANUEL ARIAS

AÑO 1909 N. 2091

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HERNIAS

INGUINO - INTERSTICIALES

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL ARIGÓS

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI

Miembros Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

Secretario

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología Médica.		DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.		» Vacante
Química Médica		» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica		» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina . . .		» PEDRO N. ARATA
Histología		» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva		» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva		» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos . . .		» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica		» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana . . .		» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica		» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología		» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada		» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica . . .		» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa		» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria		» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica		» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. . . .		» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica.		» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica		» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica		» PASCUAL PALMA
» Neurológica		» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica		» LUIS GÜEMES
» Médica		» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.		» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna		» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal		» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica		» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica		» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica		» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental		» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica		» ANGEL M. CENTENO
» Médica		» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria		» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica		» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica		» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica		» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI (en ej
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	« PEDRO LABAQUI
	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITON
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
línica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
« Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUiGGARI
Química orgánica aplicada.	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia razonada.	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE
	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en e

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

Padrino de Tésis

Doctor RODOLFO S. ROCCATAGLIATA

Á LA MEMORIA DE MI PADRE

Á LA RECIENTE MEMORIA DE MI HERMANA

INÉS

A MI MADRE

Á MIS HERMANOS

Á MIS HERMANOS POLÍTICOS:

DOCTOR JUAN JOSÉ GONZÁLEZ

É

INGENIERO ALBERTO MENDEZ CASARIEGO,

Á QUIEN TANTO DEBO

Al cumplir con la última prueba que la Facultad exije para obtener el titulo, dejo en estas breves líneas constancia de gratitud para los señores profesores que han contribuido á mí enseñanza.

Hago extensiva esta gratitud á los distinguidos cirujanos Doctores Rodolfo Roccatagliata y Enrique Finochietto; al primero por el honor que me dispensa como padrino y al segundo por haber sido quien me inspiró el tema.

HISTORIA, DEFINICIÓN Y VARIEDADES

Fué en Francia que aparecieron los primeros trabajos tendiendo á aislar la hernia inguino-intersticial. J. L. Petit decía en su obra titulada: *Traité des maladíes chirurgicales:* «Yo he visto unas hernias situadas bajo la aponeurosis del gran oblicuo, de manera que las partes después de haber empujado el piroteno más allá del músculo transverso y del oblicuo interno, no habiendo podido forzar el anillo del oblicuo externo, se habían reflejado entre esta aponeurosis y el oblicuo interno y formaban allí un tumor ancho y aplanado que yo reducía bastante fácilmente y que un enfermo me dijo, en uno de los casos, haberla reducido él mismo más de cien veces desde los diez años que la tenía».

Después de Petit, Lecot publicó las primeras observaciones detalladas de la hernia intra-inguinal, que dice ser congénita. Murray describe esta hernia bajo el nombre de hernia incompleta en 1788.

Astley Cooper llamó "hernia inguinal pequeña" una variedad de hernia que se desorrolla en el trayecto del canal inguinal y que no pasa el anillo inguinal externo.

No tenía en vista sino la punta de hernia ó sea la hernia intersticial de Malgaigne, es decir la hernia inguinal en sus primeras fases, antes que fuese escrotal.

Velpeau y Jobert (de Lamballe) insistieron sobre el sítio y los síntomas. El primero describió cuatro variedades distintas de hernias inguinales incompletas; de las que la segunda especie "remonta en el espesor de la pared del vientre".

Hesselbach había hecho representar en su magnífico atlas un ejemplo recogido en una mujer.

Hácia la misma época, Dance describía en su tésis su "hernia intra-parietal" y exponía claramente los síntomas, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de esta afección; constata bien en dos casos que la ectopia testicular era una condición necesaria para la producción de esta hernia.

Casi al mismo tiempo Goyrand de Aix enviaba á la Academia de Medicina su memoria sobre la "hernia inguino-intersticial". Pero tanto en ésta como en su obra de clínica quirúgica aparecida en 1860 y en la que también habla al respecto, se nota una gran confusión, pues al lado de las her-

nias intersticiales verdaderas, describe una hernia inguinal directa extrangulada, una hernia vesico-pubiana extrangulada y otras clases más completamentes diferentes.

En fin, M. Tillaux, durante la guerra de 1870, dirigiendo una ambulancia de Bourges, tuvo ocasión de observar en un joven soldado un caso muy interesante de hernia inguino-interstical. Hizo aparecer en el boletín de terapéutica de 1871 un artículo notable, donde expuso con gran claridad la naturaleza de esta afección.

Fué él quien primero estableció la autonomía de la hernia inguino-intersticial con sus síntomas propios y sus condiciones de desarrollo especiales.

El nombre de hernia inguino-intersticial fué dado como he dicho por Goyrand en 1834 á una hernia en la cual "las vísceras, salidas del abdomen por el orificio del canal inguinal ó por una abertura anormal de la fascia transversalis, en lugar de atravesar este canal y de franquear su orificio externo, se alojan en su cavidad que ellas dilatan y en la parte vecina del intersticio de la pared del vientre".

Tal como es, esta difinición de Goyrand, no es más aceptable, pues para él la hernia intersticial no es sino una faz de la hernia inguinal ordinaria. Esto que tiene en vista es la hernia intra-

ingninal ó punta de hernia, la que podrá hacerse hacerse escrotal más tarde.

El profesor Tillaux dice que la hernia inguino-intersticial tiene una individualidad propia. Existe una correlación íntima entre ella y la ectopia testicular que le acompaña; la glándula seminal ectopiada se opone á la progresión de las vísceras por el orificio inguinal externo ó superficial que ella cierra mas ó menos completamente. Entonces la hernia elige domicilio en el intersticio de los músculos de la pared abdominal, donde ofrece caracteres absolutamente específicos.

Para Berger la característica de este orificio no es constante, pues suele ser permeable, razón por la cual considera dos variedades de este tipo de hernias: una con anillo externo impermeable y otra con anillo externo permeable, atravesado por un prolongamiento del saco con ó sin contenido. Reconoce que estos anillos permeables fueron primero impermeables y que quizá la exagerada malformación de todo el canal facilitaron su permeabilidad.

Debemos entonces comprender en la difinición general de hernia inguino-intersticial á una hernia que por una disposición anatómica congénita: persistencia del conducto vagino-peritoneal, ectopia del testículo, acortamiento del cordón y malformación

del canal inguinal, se aloja en los intersticios de los distintos planos de la pared abdominal.

Hay tres variedades de hernias inguino-intersticiales, que son: la superficial ó sub-cutánea, la profunda ó properitoneal y la inguino-intersticial propiamente dicha ó intra-parietal ó verdadera.

La superficial ocupa el intersticío comprendido entre la piel y la aponeurosis del gran oblcuo.

La profunda ó properitoneal ocupa el intersticio comprendido entre la fascia transversalis y el peritoneo.

La intra-parietal ó inguino-intersticial propiamente dicha ocupa comunmente el intersticio comprendido entre la aponeurosis del gran oblicuo y el músculo pequeño oblicuo.

Se citan algunos casos de esta variedad de hernias, en que el saco hernioso viene á alojarse en el intersticio comprendido entre el músculo pequeño oblicuo y transverso.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

Para más claridad en la exposición del tema escogido, creo necesario hacer algunas consideraciones anatómicas sobre el canal inguinal, dado el rol tan importante que tiene en la producción de las hernias.

El canal inguinal es un ahuecamiento existente en el espesor de las paredes abdominales en la región conocida en anatomía topográfica con el nombre de inguino-abdominal y que ocupa la parte anterior é inferior de la pared lateral del abdómen.

La arcada crural ó de Fallope, cuerda, por decirlo así, que sirve de línea divisoria, separa esta región inguino-abdominal que está por encima, de la región inguino-crural que está por debajo.

Antepuestas al canal inguinal existe la piel y el tejido célulo-adiposo doblado de las dos hojas de la fascia superficialis y en el que corren la arteria sub-cutánea abdominal en una dirección casi paralela á la epigástrica.

El canal inguinal, impropiamente llamado así, puesto que es más bien un simple trayecto como le designan ciertos autores, libra pasaje á los elementos del cordón en el hombre y al ligamento redondo en la mujer. Está situado inmediatamente encima de la mitad interna de la arcada crural, de la que sigue su dirección; como ella, se dirije oblícuamente de arriba hacia abajo, de fuera hacia adentro y un poco de atrás hacia adelante. Su longitud es en el hombre adulto de cuatro á cinco centímetros y su anchura depende de las dimensiones enteramente variables de su contenido. En estado patológico, particularmente en el caso de hernia, sufre en su forma y en sus dimensiones modificaciones considerables; se ensancha y se encoje al mismo tiempo que disminuye su oblicuidad al extremo que en las viejas y voluminosas hernias el canal inguinal queda reducido á un ancho orificio.

La descripción del canal inguinal comprende cuatro paredes, dos orificios y su contenido.

Paredes.—Se distinguen en anterior, posterior, interior y superior.

Pared anterior.—Está formada por la aponeurosis tendinosa del gran oblicuo del abdómen que continua á los haces carnosos de este músculo y que termina en su parte inferior, distribuyendo sus fibras en tres haces: superior, inferior y medio.

De estos haces los que revisten más importancia son los inferiores y medianos, pues los superiores siguen una dirección transversal pasando por delante del músculo gran recto del abdómen y terminando en la línea blanca.

Los inferiores nacen en la vecindad de la espina ilíaca ántero-superior, se dirigen oblícuamente hacia abajo y adentro siguiendo el pliegue de la ingle donde constituyen la bandeleta conocida por arcada crural. Pasando por encima de la fascia ilíaca, un cierto número de haces quedan fijos en esta fascia, mientras que otros siguen hacia adentro y abajo, pasando como puente por los vasos femorales, se reflejan de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás insertándose en la cresta pectineal, enanchándose antes como un abanico y formando el ligamento que se conoce con el nombre de Gimbernat.

Los haces medianos dirigiéndose hacia el pubis se dividen antes de llegar en tres paquetes, dos superficiales y uno profundo. El superficial inferior constituye el pilar externo, el superficial superior, el pilar interno y el profundo que se llama ligamento de Colles, atraviesa la línea mediana y va al otro lado á insertarse sobre el borde superior del pubis y la parte interna de la cresta pectineal. Ambos pilares forman el orificio externo del canal

inguinal de forma triangular y modificado por las llamadas fibras arciformes que al mismo tiempo de hacerle redondeado, dan á la pared anterior del canal mayor solidez.

Pared posterior. — Es muy irregular y está formada por la fascia transversalis, delgada lámina celulosa que viene á tomar inserción en el labio interno de la arcada crural reforzada por planos fibrosos resistentes conocidos con los nombres de ligamento de Hesselbach, ligamento de Henle, bandeleta ilio-pubiana y tendón reunido de Blaise.

El ligamento de Hesselbach es una pequeña lámina fibrosa, de forma triangular, con dirección vertical que se encuentra situado sobre el reborde interno del orificio interno ó profundo del canal inguinal, entre dicho orificio y la arteria epigástrica.

Se fija hacia abajo por su base sobre la parte correspondiente de la arcada crural ó sobre la bandeleta ilio-pubiana y arriba por su vértice se pierde insensiblemente en la fascia transversalis ó remonta más hasta el ángulo externo de la arcada de Douglas constituyendo su pilar externo.

El ligamento de Henle tiene la forma de un pequeño triángulo con base inferior, la que se fusiona con el ligamento de Cooper, su vértice se continúa con el músculo transverso del abdómen, su borde interno oblícuo hacia abajo y adentro res-

ponde al borde externo del músculo recto con el que se confunde y que ha servido á Gilis para considerarlo como una expansión de dicho músculo, su borde externo es cóncavo y oblicuo hacia abajo y afuera, su cara posterior está recubierta por el tejido celular sub-peritoneal y su cara anterior íntimamente reunida al tendón reunido de Blaise.

La bandeleta ilio-pubiana está representada por un paquete de fibras transversales que desde la espina del pubis y de la cresta pectineal se dirigen oblicuamente hacia arriba y el exterior pasando por delante de los vasos epigástricos, por encima de los vasos femorales, cruza la fascia ilíaca y llegan á la espina ilíaca anterior y superior. Como se ve, la bandeleta ilio-pubiana sigue su trayecto exactamente igual á la arcada crural, pero en un plano más posterior.

El tendón reunido de Blaise es un plano fibroso continuo debido á la fusión de las fibras de terminación inferior del pequeño oblícuo y del transverso que no van á entrecruzarse sobre la línea mediana, sino que se hacen oblícuamente descendentes y van á insertarse sobre el pubis, así como sobre la porción de la arcada vecina del pubis. Su forma es generalmente triangular, con la base insertándose en el pubis, con vértice confundiéndose

con las fibras musculares, su borde externo es cóncavo hacia afuera y adhiere á la fascia transversalis que continúa la pared posterior á la línea. Sintetizando, para mayor comprensión, la descripción de la pared posterior, diremos que está dividida en dos regiones; nna interna resistente formada por el ligamento de Colles, el tendón reunido, el borde externo del recto, el ligamento de Henle y la fascia transversalis y otra externa reducida á la fascia transversalis, que es donde se producen la mayor parte de las hernias, reforzada en un punto por el ligamento de Hesselbach, que en mi concepto es el principal causante de los estrangulamientos de esta variedad de hernias. A la superficie peritoneal de esta pared, corresponden las tres fosetas clásicas: la foseta externa constituida por el infundibulo que es el vestigio del canal vaginoperitoneal, situada hacia afuera de la arteria epigástrica y del ligamento de Hesselbach y es por donde se producen las hernias oblícuas externas; la foseta media situada entre la arteria epigástrica y la arteria umbilical que constituye la parte más débil de la pared y por donde se hacen las hernias directas; la foseta interna situada entre la arteria umbilical y el uraco corresponde á la zona más resistente, librando excepcionalmente pasaje á las hernias conocidas con el nombre de oblícuas internas.

Pared inferior.—Está representada por una gotera cuya concavidad mira hacia arriba y que no es otra que la parte interna de la arcada crural.

Pared superior.—Está formada por el borde inferior de los dos músculos pequeño oblícuo y transverso y por las láminas célulo-adiposas que las separan. Es de notar que los haces carnosos de los dos músculos precitados no existen generalmente sino en la porción externa del canal y que en la porción interna han desaparecido reemplazados por sus tendones y que á este nivel la pared superior del canal por consecuencia del aproximamiento de las dos paredes anterior y posterior está convertida en un simple borde aponeurótico.

Orificios.—Conocidos también con el nombre de anillo son en número de dos, los que para mejor comprensión y con mayor razón les llamaremos superficial y profundo en lugar de externo é interno como impropiamente le llaman.

El superficial ó externo está situado sobre el pubis inmediatamente hacia adentro de la espina del pubis.

Está formado hacia afuera por el pilar externo que va á insertarse sobre la espina y delante del cuerpo del pubis y hacia adentro por el pilar interno que va á insertarse en la sínfisis; hacia arriba por las fibras arciformes que van de un pilar

al otro; hacia abajo por el pilar posterior ó ligamento de Colles, venido del gran oblícuo del lado opuesto. Así constituido el anillo superficial reviste la forma de un oval y por sus dimensiones permite ordinariamente la introducción de la pulpa del dedo índice.

ANILLO INGUINAL PROFUNDO Ó INTERNO.—Responde á la parte media de la arcada crural pero un poco al interior. Este orificio tiene más bien la forma de una ventana vertical que la de un anillo, de 10 á 15 milímetros de altura y de sus dos lados el externo es poco marcado, mientras que el interno al contrario reviste la forma de un repliegue semi-lunar ó falciforme, cuya concavidad mira hacia arriba y hacia el exterior, estando reforzado como lo he dicho ya por el ligamento de Hesselbach. Sobre este orificio interno se extiende la hojuela parietal del peritoneo, presentando á este nivel la depresión en forma de foseta.

CONTENIDO DEL CANAL.—Encierra en su interior el cordón espermático, estando éste constituido someramente hablando por el canal deferente con su arteria deferencial; la arteria espermática; la arteria funicular; el paquete venoso anterior y el paquete venoso posterior; los linfáticos del testículo y filetes nerviosos del gran simpático. Todos estos elementos reunidos los unos con los otros por te-

jido celular intersticial están envueltos en una vaina común de naturaleza fibrosa, que no es otra que la fascia transversalis que se ha reflejado en el cordón al nivel del orificio inguinal profundo.

Justo es que para ser más completo este resumen hablemos algo del «canal vagino-peritoneal» aunque su rol no esté bien determinado ó por lo menos aceptado por todos.

Canal vagino-peritoneal. — Este canal representa un divertículo peritoneal, que rodea totalmente el testículo y epidídimo y se continua con la cavidad peritoneal.

Aparece al tercer mes de la vida intra-uterina. Sus relaciones con la migración de la glándula genital han sido diversamente interpretadas por los autores.

Los unos con Kolliker y Henle creen que la formación del proceso vaginal es independiente de la migración testicular y que el proceso existe antes que esta migración. Los otros, con Bramann, Sachs, Roy, Rogie, Soulié piensan que el proceso vaginal no existe antes que el descenso del testículo en las bolsas y que se trata de dos fenómenos simultáneos y no sucesivos. Esta es la opinión que tiende á prevalecer actualmente. Como quiera que fuese la aparición, el canal vagino-peritoneal tiende á obliterarse en el momento del nacimiento.

El mecanismo de esta obliteración sea quizás debido á la adhesión de las hojuelas peritoneales adosadas. No se sabe donde comienza esta unión, para Hunter es en la parte superior, para Jarjavay es en el medio y para Feré hacia abajo.

En todo caso, no siempre se oblitera completamente al nacimiento. Camper ha encontrado 45 por 100 de persistencia doble y 31,5 de persistencia simple, el lado derecho sobrepasando al izquierdo. Feré, sobre 72 niños, no encontró la obliteración más que 34 veces. Sachs, sobre niños menores de cuatro meses, ha visto la obliteración 41 por 100 y la permeabilidad el 4 por 100. Ramonède se ha preocupado más de la persistencia en el adulto; sobre 215 personas de 15 á 80 años, 185 eran normales y 32, sean el 15 por 100 presentaban diversas anomalías.

Suponiendo que el canal vagino-peritoneal persista, ¿cómo está constituido?

Examinado por la pared abdominal, sobre su cara profunda, comienza por un pliegue transversal del peritoneo, al nivel del orificio inguinal interno. Este pliegue tiene la forma de un creciente de 5 á 15 milímetros de largo, con concavidad vuelta hacia arriba. Transforma la abertura del canal en una ventana linear, cuyos labios pueden apartarse.

Para introducir por este orificio un instrumento en el canal que le continua, es necesario imprimirle una dirección oblícua hacia arriba y hacia el exterior. Después se encurva siguiendo el trayecto del canal inguinal hacia abajo y adentro. Si se quiere darse cuenta de las desigualdades de este canal, es necesario hacer inyecciones en su luz, con una materia solidificable á la manera de Ramonède. Se observan entonces dilataciones y retraimientos. La primera dilatación está situada encima del repliegue falciforme, da nacimientos á las hernias properitoneales. Una segunda dilatación está en el trayecto del canal inguinal, paralela á éste, puede ser ovoidea ó cilíndrica. Una tercera dilatación en fin está en las bolsas, va á unirse con la vaginal. Dos retraimientos interpuestos á estas dilataciones, están colocados en frente de los orificios inguinales externo é interno, pero no tienen ninguna relación de causa á efecto con ellos. Se asemejan á diafragmas y parecen resultar del adosamiento de la serosa á ella misma y de la soldadura de las dos hojuelas adheridas. Estos retraimientos pueden tomar la forma de válvulas y mostrarse sobre todos los puntos del canal. Se pueden observar todos los grados de persistencia y de regresión, sea en longitud, sea en ancho. Se ha visto tabicamientos longitudinales que forman di-

vertículos más ó menos largos, paralelos al cordón (Broca).

Por eso las variedades tan numerosas de hernias congénitas desarrolladas en su interior.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Definida la hernia inguino-intersticial, debemos en este capítulo, antes de entrar á detallar su anatomía patológica, dejar constancia de la existencia de dos formas ó variedades de la hernia inguino-intersticial intra-parietal, siendo una aquella que ha sido descripta por Tillaux en la forma anteriormente dicha y que es la intraparietal pura, por decirlo así, y la otra la descripta por Berger, cuyo caracter más importante consiste que el anillo inguinal externo es abierto y da pasaje á un prolongamento del saco herniario descendiendo más ó menos en las bolsas.

Esta última forma, más propiamente llamada en «bissac» por oposición á la primera, no ha preocupado mayormente á los cirujanos, no siendo tan rara como lo afirma Berger, quien cita un caso *que lo inserto en el capítulo de las historias clínicas por lo que ilustra con su clara y ampia exposic ión*

Reconocida estas dos variedades, veamos las disposiciones y las relaciones del saco herniario.

Este, en lugar de presentarse en una forma regular, es decir con una capacidad igual en todas sus partes, se presenta generalmente constituído por das partes: la una, situada hácia adentro y correspondiendo al canal inguinal más ó menos dilatada y la otra remontando hácia arriba y al exterior del orificio inguinal profundo, como una especie de divertículo, cuyo fondo se dirije hácia la espina ilíaca antero-superior; el orificio inguinal profundo corresponde á la unión de estas dos partes, que presentan á este nivel como un vestíbulo comun. Esta disposición del saco herniario, ha sido manifiestamente constatada por Berger, Rumpel, Helferich, Jobell, Butz, Oberst y Birkett en distintas monografías. Esta misma disposición del divertículo superior explica los peligros del taxis en los estrangulamientos de esta clase de hernias, por su aparente reducción, cuando encontrándose las vísceras en el saco inferior son empujadas por este mecanismo al superior, quedando en un estado de aparente reducción, pues en realidad lo que habrá sucedido es un cambio de domicilio del estrangulamiento.

El prolongamiento escrotal del saco cuando existe, atraviesa el anillo inguinal externo y desciende más ó menos abajo, en la raíz de las bolsas.

Este diverticulo puede adquirir grandes dimensiones y presentar una capacidad considerable.

¿Cuales son las relaciones del saco herniario con los planos musculares y aponeuróticos vecinos?

Es en el intervalo del gran y del pequeño oblicuo que se extiende el saco de la hernia inguino-intersticial; es lo que Duret dice en su tesis en casos observados por Berger, es lo que Holder, Rumpel, D'Astley, Cooper, Venturoli, Schindler, Tillaux, Meinhard Schmidt, Butz, Zuckerkandl, Kleeberg y Maydl sostienen. Esta misma disposición del saco que se insinua entre el gran oblicuo y el pequeño oblicuo es figurada en la plancha VIII del atlas de Hesselbach.

¿Como conciliar este hecho de observación comun y de una constatación tan evidente con este otro, igualmente constatado por Berger, Joyrand, Venturoli, Peyrot y otros, en los cuales el saco se insinuaba en el intervalo de los músculos pequeño oblicuo y transverso, encontrándose este saco recubierto por una capa más densa de fibras musculares?

Para explicar estos hechos, es necesario relacionar el modo como el canal deferente y la hernia congénita que le acompaña se comportan con el músculo pequeño oblicuo y transverso.

« En el punto donde el canal deferente y el

infundíbulo peritoneal penetran en el trayecto inguinal, están desde un principio colocados hácia atrás, en la cara profunda de los últimos haces del músculo transverso, después pasan bajo el borde inferior del músculo transverso y del pequeño oblicuo, insinuándose en la gotera formada por la arcada de Fallope, para venir más bajo aún á colocarse hácia adelante de las inserciones que los músculos pequeño oblicuo y transverso reunidos envían á la parte inferior del borde externo de la vaina del músculo gran recto y cuyo haz, el más importante constituye lo que se designa hoy con el nombre de tendon conjunto.

Cuando una hernia se encaja en el conducto peritoneo-vaginal no obliterado, quien acompaña el cordón y el testículo en ectopia, esta hernia se encuentra situada al principio bajo la cara posterior del borde inferior del músculo pequeño oblicuo; no es un imposible que el saco herniario cubierto por este borde muscular, le levante distendiéndolo delante de él, antes de deslizarse por debajo para venir á ponerse en relación directa con la cara profunda de la aponeurosis del gran oblicuo. Así se explica la presencia de esta delgada capa de fibras musculares en algunas hernias inguino-intersticiales. Pero el caso más ordinario es ver la hernia deslizarse por debajo del borde del pequeño oblicuo y

ocupar el intersticio comprendido entre la cara profunda de la aponeurosis del gran oblicuo y el pequeño oblicuo y continuar, desarrollándose hácia arriba en dirección de la espina ilíaca anterior y superior.

Vemos ahora como se presentan los músculos del abdomen que constituyen el canal inguinal en la mayor parte de las hernias congénitas. Moynihan, Macready, Meinhard-Schmidt y Berger son los que más han insistido sobre el debilitamiento, la falta de desarrollo, la insuficiencia en una palabra de estos músculos. Asi Berger dice que mientras en ciertos casos el borde del pequeno oblicuo y del transverso constituyen un cordón muscular espeso, saliente, vigoroso, que termina en un haz tendinoso ancho y resistente para formar el tendón conjunto y llenan todo el intervalo que separa la fascia transversalis de la aponeurosis del gran oblicuo sobre toda la longitud del trayecto inguinal, en otros el pequeño oblicuo y el transverso reunidos forman un cordón muscular delgado y débil que deja en descubierto toda la pared posterior del trayecto inguinal constituída por nna fascia transversalis laxa, celulosa é insuficiente. Este debilitamiento no puede ser atribuido á la distensión de la hernia encajada en el canal, pues ha sido observado en casos en que la comunicación peritoneo-vaginal persis-

tente no se acompañaba de procidencia de intestino ó epiploon. Además la anomalía muscular no consiste tan sólo en el debilitamiento de los planos musculares, sino también en alteraciones de sus dimensiones é inserciones, descendiendo menos que en el estado normal. Esta es la razón porque Berger sostiene la conveniencia en toda hernia inguinal congénita de no hacer la cura radical en un niño menor de seis años, dado que la falta de desarrollo de los planos musculares impedirían la solidez necesaria que exigen los paredes musculares para evitar recidivas.

He aquí, ahora las diferencias que existen en las otras variedades de hernias inguinales de la pared que hemos mencionado en el capítulo 1º.

Las superficiales se originan ya sea presentando un divertículo haciendo saliencia por el anillo inguinal externo, ya sea por el encajamiento del saco entre las fibras aponeuróticas del gran oblicuo que como sabemos presentan normalmente algunos espacios claros, exagerados en estos casos por malformación congénita y alojan el saco hernioso en el tejido celulo-adiposo comprendido entre la piel y la aponeurosis del gran oblicuo.

Las properitoneales se forman á expensas del infundíbulo profundo que presenta el proceso peritoneo-vaginal, el que *presionado y presionando*

vence la fascia transversalis y se ubica en el espacio properitoneal comprendido entre esta fascia y el peritoneo.

Disposición del anillo inguinal externo.—Me limitaré á decir, dejando el punto para ser tratado más explicitamente en el capítulo de la patogenia, que el orificio superficial puede ser permeable ó impermeable como lo sostiene Berger y no inpermeable en grado absoluto como lo sostiene Tillaux.

Ahora que esta permeabilidad, que puede ser de varios calibres, es primitiva ó secundaria son datos que aún los autores que han tratado estas hernias no saben afirmar, inclinándose Berger, que es toda una autoridad, á lo segundo.

Disposición del anillo inguinal profundo.—Meinhard Schmidt ha llamado la atención sobre la situación del anillo inguinal profundo, que consistiría en una dislocación, en un desplazamiento de este orificio, que lo aproximaría de la espina ilíaca antero-superior. Este autor ha dado á eso una gran importancia patogénica, considerándola debida á una inserción viciosa del gubernaculum testis, quien sería la causa principal en la desviación de la migración testicular y del conducto peritoneo-vaginal, de la malformación del trayecto inguinal y de la disposición especial de las cavidades herniarias.

Parece innegable en verdad que en algunos ca-

sos el orificio por el cual la hernia comunica con el abdomen se encuentra colocado más arriba y afuera que en el estado normal. Es lo que declara Bramann en un caso, lo que afirman Hölder, Peyrot y muchos otros. Hay sinembargo que prevenir que algunos de estos autores observaban esta dislocación en casos de hernias estranguladas, donde habían pretendido reducirlas por el taxis y que por consiguiente esta dislocación fuera más de origen traumática que congénita.

Berger opina teniendo en cuenta la estructura del anillo inguinal profundo: resistente en su parte interna, débil en la externa y más aún en estas hernias donde se nota con frecuencia la atrofia de los músculos que la dislocación es quizás un fenómeno más aparente que real, debido al exceso de cesión del lado externo de este orificio que le aproxima así á la espina ilíaca anterior y superior.

SITUACIÒN Y ESTADO DEL TESTÍCULO EN LA HERNIA INGUINO-INTERSTICIAL.—El testículo en ectopia ocupa ordinariamente una situación muy variable. Es frecuente encontrarle en la parte externa del orificio inguinal profundo acompagnado de brevedad del cordón. Es allí donde lo encontraron Meinhard Schmidt, Maydl, Gôbell, Hölder, Jearabrau y Berger en dos observaciones. Se citan casos en que el testículo estaba en el canal más cerca del anillo in-

quinal superficial que del profundo como se verá en el caso del Dr. Finochietto y otras observaciones fuera del canal y más ó menos descendido en las bolsas.

La glándula seminal retenida en el trayecto inguinal hace proeminencia en la cavidad del saco, pero el cordón es raro lo haga, cosa comun en las hernias peritoneo-vaginales escrotales.

Las anomalías y á veces falta de desarrollo del testículo, coincidiendo en casi todas las observaciones con la comunicación del proceso peritoneo-vaginal persistente, forman un concepto claro de su migración incompleta.

La ectopia testicular en las hernias intersticales es: abdominal, inguinal ó escrotal, pudiendo en esta última ectopia llegar hasta el fondo de las bolsas como lo prueba el caso de observación siguiente citado por Mac Adam Eccles: Se trataba de un sujeto de veinte y seis años, dice este autor, donde he podido constatar la existencia de una hernia inguino-intersticial manifiesta. Este joven recuerda haber tenido siempre un tumor en la región inguinal derecha, tumor por el que se le había hecho llevar desde la edad de diez y seis años un braguero.

Afirma que le había sido imposible sentir su testículo derecho en el escroto ni aún en la ingle

hasta la edad de diez y seis años. Cuanto yo lo examinaba tenía veinte y seis años y el testículo derecho mucho más pequeño que el izquierdo estaba en el escroto adonde había llegado á la edad adulta. Existía al mismo tiempo una hernia inguino-intersticial de grandes dimensiones.

Otro caso citado por Berger: 24 de Abril de 1882—Hombre de 79 años, llevando desde muy largo tiempo una hernia inguinal doble; á la izquierda, la hernia voluminosa se detiene en la raíz de las bolsas; á la derecha existe una hernia en bissac, cuya parte más considerable se situa en la región inguinal y remonta muy arriba hácia la espina ilíaca antero-superior y hácia las regiones superiores de la pared para poder ser tomadas como una hernia ventral. Este bulto ó tumor intersticial está separado del bulto ó tumor escrotal voluminoso que le acompaña, por el anillo inguinal externo que está dilatado. Las dos partes de la hernia comunican, se reducen sucesivamente y no forman más que una sola y misma hernia. Los dos testículos están en el escroto, el derecho más elevado que el izquierdo.

Como éstos, hay varios casos idénticos citados por Broca, Ricard, etc., que prueban hasta el convencimiento que el testículo puede estar en el fondo de las bolsas y tratarse de una hernia inguino-intersticial.

¿Como explicarse la formación de una hernia inguino-intersticial sin anomalias testicular aparente?

Sencillamente así: el testículo está retenido primitivamente en ectopia inguínal pero provisto de una serosa vaginal separada del peritoneo; como el proceso peritoneg-vaginal queda persistente, es decir no se oblitera, la hernia-inguino intersticial se desarrolla en el espesor de la pared abdominal, hácia atrás del testículo y éste siempre independiente, continuará más tarde su migración, franqueando el anillo inguinal externo y llegando hasta el fondo de las bolsas si la longitud del cordón y el estiramiento de los planos por la presión de la hernia, se lo permiten.

Haciendo una sintésis de todas las variedades de hernia inguino-intesticiales observadas podemos clasificarlas así:

1ER. GRUPO.—*Hernia inguino-intersticial intra-parietal pura, sin divertículo escrotal.*

2DO. GRUPO.—*Hernia inguino-intersticial intra-parietal y escrotal á la vez, bilocular ó en «bissac».*

Variedades del primer grupo:

1ª Con criptorquidea completa.

2ª Con ectopia inguinal del testicnlo;

a)—Situado muy arriba en el trayecto ingui-

nal, al nivel y hacia afuera del anillo inguinal profundo.

b)—Situado en el trayecto inguinal en la parte media ó inferior del canal inguinal, al nivel de la pared anterior ó de la pared posterior.

c)—Provisto de una serosa distinta de la serosa que consfituye el saco herniario.

Variedades del segundo grupo:

1ª Con ectopia del testículo;

a)—Situado en el anillo inguinal profundo.

d)—Situado encima del anillo inguinal superficial como una válvula. (Caso del Doctor Finochietto).

c)—Situado debajo del anillo inguial superficial en la raíz de las bolsas.

d) Situado en el fondo de las bolsas.

2ª Sin ectopia; testículo en el fondo de las bolsas, en una túnica vaginal distinta del saco herniario.

PATOGENIA

El profesor Tillaux es el autor de una teoría patogénica muy seductora y quizás por eso aceptada por varios autores. Dice Tillaux: la hernia penetrando en el trayecto inguinal y encontrando el orificio inferior ó superficial de este trayecto cerrado ó insuficientemente abierto, se dirije en un sentido donde encuentre menos resistencia para su crecimiento, que es hácia arriba, en el desdoblamiento de la pared abdominal, en el intersticio comprendido en la aponeurosis del gran oblicuo adelante y el músculo pequeño oblicuo hacia atrás.

¿En qué condiciones se observa esta ausencia ó estrechez del orificio inguinal superficial? Cuando el testículo no efectuando su migración habitual, queda en el trayecto inguinal sin franquear el anillo ó bien permanece incluído en la cavidad abdominal.

Para probar la tendencia del saco ó de su divertículo á ocupar el intersticio comprendido entre la aponeurosis del gran oblicuo y el músculo pe-

queño oblicuo por presentarle mayor facilidades á su desarrollo, cita experiencias hechas sobre el cadáver que han permitido constatar que es muy fácil con la ayuda del dedo introducido por el anillo inguinal inferior ó superficial puesto en descubierto, desdoblar la pared abdominal.

Con este procedimiento se puede llegar á despegar casi sin esfuerzo el músculo gran oblicuo del pequeño oblicuo hasta cerca del ombligo. Pero ésto que según los anatomistas se puede hacer artificialmente con los dedos, los intestinos lo hacen á la larga, cuando encuentran el orificio inguinal inferior cerrado ú obstruido y se opone á su marcha hácia adelante. Se crean un espacio en ese intersticio que puede abarcar bastante extensión.

Berger dice que reconoce la influencia que el cierre ú obstrucción del anillo inguinal inferior puede tener para la difusión de la hernia en el espesor de la pared abdominal y por consecuencia el papel principal que desempeña en el desarrollo de una hernia inguino-intersticial; pero para aminorar el valor absoluto de esta consideración, baste citar numerosos casos en los que el anillo externo era permeable, donde existía un prolongamiento escrotal del saco herniario y donde el mismo testículo estaba en este prolongamiento. Se objectará que ésto es debido á fenómenos secundarios ó aun

tardíos. Que la hernia encontrando el orificio inguinal inferior cerrado, comienza por distender el trayecto inguinal, por disociar los planos del abdomen é insinuarse entre ellos; después en su tendencia á arrastrar todo lo que se presente en su camino, actua sobre el anillo inguinal inferior, le dilata tanto más facilmente cuanto la aponeurosis de inserción del gran oblicuo sea más débil y sus haces menos coherentes; arrastra hasta debajo de este anillo dilatado un prolongamiento diverticular del saco herniario que penetra en el escroto; la impulsión de las vísceras, la locomoción del saco peritoneo-vaginal llevado hasta las bolsas actuan sobre el testículo que termina por franquear el orificio inferior del trayecto y por caer hasta en el fondo de las bolsas.

Dice Berger que se debe admitir que las cosas pasen algunas veces de esta manera y aun convenir que muchas hernias inguino-intersticiales con prolongamiento escrotal son hijas de este mecanismo de producción; pero no por eso aceptarlo para explicar los casos observados por Auvray en la mujer y otros en hombre que no solamente escapan á esta teoría sino que se hace necesario buscar otro principio original que concilie los hechos como el siguiente caso:

Practicada una incision de 12 centímetros de

longitud sobre la pared anterior del trayecto inguinal, se descubre el testículo; después de abrir la cavidad vaginal, el epiploon se presenta y es rechazado en el abdomen con una gaza iodoformada. Trato de descender el testículo que está fijado al trayecto inguinal por un cordón muy corto, pero apesar de la sección de la serosa vaginal hecha alrededor del órgano no es posible y como está atrofiado se le sacrifica.

La incisión del saco es prolongada hasta el anillo inguinal profundo, interponiéndose entre el oblicuo externo y el oblicuo interno se continuaba con un proceso vagino-peritoneal que descendía en el escroto, teniendo el calibre de un canuto de pluma; el saco no era más que una expansión externa que este proceso vagino-peritoneal enviaba en el intersticio de los músculos de la pared. Este saco, formado por una membrana muy delgada, fué separada de los tejidos sub-yacentes, pediculizado y ligado con un nudo de catgut al anillo inguinal profundo.

Aquí el anillo inguinal externo era estrecho y el prolongamiento del saco que descendía en el escroto no tenía sino un calibre reducido; imposible admitir por lo tanto la distensión y el rechazamiento secundario del peritoneo al través del anillo inguinal externo dilatado; en una palabra, se trataba de una anomalía de formación del proceso vagino-peri-

toneal, preexistiendo probablemente á la migración incompleta del testículo mismo.

Es necesario entonces admitir que las malformaciones de la región inguinal que provocan las formaciones de hernias inguino-properitoneales, inguino-intersticiales é inguino-superficiales, son debidas en gran parte á anomalías primitivas del proceso peritoneo-vaginal, cuya formación, la penetración en la pared abdominal y su evolución preceden la migración del testículo. Si condiciones de orden puramente mecánicas presidiesen sólas el desarrollo de la hernia inguino-intersticial, esta hernia debería de efectuar siempre su ampliación en el sentido donde su expanción encuentre menos resistencia, es decir en el intersticio de los músculos gran oblicuo y pequeño oblicuo que es el intervalo más laxo y por consiguiente de menor resistencia. Pero en los casos observados hemos podido apreciar muchas variedades en este grupo de hernias. Además, el calibre hasta filiforme de los divertículos del saco, vacíos de epiploon é intestinos constatan la imposibilidad de su desarrollo por la impulsión de las vísceras y la influencia que las malformaciones congénitas del proceso peritoneo-vaginal ejercen en el desarrollo de todas estas variedades de hernias.

Así se explican también no sólo los distintos tipos observados en el hombre sino también los observados en la mujer.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas de la hernía inguino-intersticial han sido claramente expuestos por varios autores que se han ocupado de ella.

Generalmente los signos son poco marcados al principio, algunas veces nulos. Tan pronto los enfermos no se aperciben de nada y no consultan al médico sino cuando los accidentes de estrangulamiento se manifiestan. Tan pronto los enfermos llevan desde largos años un pequeño tumor en la región inguinal, pero no se alarman, pues su tumor se reduce fácilmente cuando no expontáneamente. Otras veces, sobrevienen ligeros accidentes que desaparecen por el reposo.

Lo más amenudo por el exámen físico se observa en los individuos portadores de esta afección, un tumor oblongo, situado en la región inguinal, extendiéndose desde la arcada clural hasta algunos traveses de dedos del ombligo y remontando hácia

afuera en dirección de la espina iliáca anterior y superior. Esta tumefacción puede no aparecer sino con la tos ó aumentar considerablemente al menor esfuerzo.

Es común no encontrar el testículo en ningún punto de las bolsas, existiendo ectopia en el canal inguinal, pera repito ésto no es absoluto, pues casos hay en que la estrechez del anillo inguinal superficial es vencido y el testículo no sólo puede permanecer inmediatamente después, en la raíz sino también proseguir en su descenso y llegar hasta el fondo.

Pero llega un día donde la hernia es más voluminosa que lo ordinario, se hace dolorosa y resiste á los esfuerzos del enfermo para reducirlo. Después sobrevienen los síntomas graves: cólicos, náuseas vómitos alimeuticios al comienzo, estercorales enseguida. La expulsión de gases y las deyecciones son completamente suprimidas.

El abatimiento sobreviene, el pulso se hace frecuente, pequeño, incontable y las extremidades se enfrían. Se constata encima del pliegue de la ingle un tumor oblongo, ocnpando toda ó parte de la pared lateral del abdomen.

El relieve formado por las ansas intestinales es variable. Algunas veces muy pronunciado, puede ser casi nulo cuando el panículo adiposo es

espeso ó cuando los músculos abdominales se contraen.

Notamos aún como otros caracteres del tumor herniario la sonoridad á la percusion, su blandura y algunas veces su fluctuación, en fin la sensación de dolor á la menor presión.

DIAGNÓSTICO

Susceptibles de ser confundidos con las hernias de la región son: los tumores inguinales, adenitis, abceso por congestión y otras afecciones que requerirán del médico un exámen atento para evitar una equivocación.

El flegmón de la fosa iliáca tiene una marcha tan particular que se le reconocerá igualmente.

Trataré solamente de diferenciar la hernia inguino-intersticial, de la hernia intra-inguinal ó punta de hernia y de la hernia inguino-superficial, afección descripta por Küster y sobre la que Marion ha publicado en 1899 un estudio muy completo en los Boletines de la sociedad anatómica, Esta hernia se aloja, después de haber atravesado el canal inguinal, en el tejido celular sub-cutáneo, bajo la piel misma.

Cuanto á la hernia inguino-properitoneal, en la que el saco herniario se coloca inmediatamente adelante del peritoneo, detrás de los múseulos de

la pared, no se podrá confundirla con la hernia intersticial, pues recubierto por todo el espesor de la pared muscular, no hace relieve en su superficie.

La hernia inguino-superficial podría ser tomada por una hernia intersticial. En el uno y el otro caso, existe una tumefacción que se sitúa encima de la arcada de Fallope, alargada paralelamente á ella. La ausencia del testículo es igualmente la regla en estas dos afecciones. Pero la salida es menos clara á la vista en el caso de hernia intersticial y la mano que la explora la siente bridada por un plano aponeurótico. Además, la contracción de la pared hace sino desaparecer, á lo menos disminuir en grandes proporciones el relieve del tumor; mientras si está al faente de una hernia inguino-superficial y se hace contraer la pared abdominal encajando al mismo tiempo un dedo en el anillo y apreciando con la otra mano el tumor, se siente que la contracción no modifica la movilidad y la consistencia de la hernia.

Después que es común ver en las hernias superficiales el saco haciendo salida por el anillo inguinal externo, de manera que el dedo puede apreciarlo bien y también introducirlo en el canal por la permeabilidad del anillo y sentir allí la impulsión comunicada por las vísceras en los esfuerzos.

Cuanto á la hernia intra-inguinal ó punta de

hernia, un simple exámen bastará para hacerle reconocer.

Tumor blando, de pequeño volúmen, indolente, fácilmente reductible, no apareciendo sino durante la tos y el esfuerzo: tales son sus principales caracteres. Cuando ella sale, levanta ligeramente la pared abdominal hacia afuera del anlllo inguinal externo. Es imposible en estas condiciones de tomarla por una hernia inguíno-intersticial, que asciende del lado de la espina iliáca anterior ó hacia el ombligo en lugar de descender hácia el escroto.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

La hernia inguino-intersticial constituye para el sujeto que es atacado un peligro permanente. Por razón de su forma y de su disposición anatómica no puede ser mantenida por ningún braguero, pues éste actúa directamente tan sólo en las hernias que salen por el orificio externo.

El sujeto portador de esta afección está bajo la amenaza constante del extrangulamiento. El menor ejercicio, el más pequeño esfuerzo pueden tener esta grave consecuencia. Y una vez el estrangulamiento producido, no se puede contar con el taxis para eliminarlo y sino recordar lo que Tillaux dice al respecto: «Cuando una hernia está formada por varias ansas de intestino (lo que parece ser la regla en la especie) dos condiciones son necesarias para reducir: ejercer la presión en la dirección del orificio que ha librado pasaje al intestino, actuar sobre la porción que se ha encajado la última y de porción en porción sobre las otras partes. No pu-

diendo llenar estas dos condiciones, no se obtiene como resultado sino el aplanamiento de las ansas intestinales las unas contra las otras.

Agreguemos que en las condiciones presentes existe una circustancia que el taxis no parece poder remediar y es la interposición de una pared muy espesa entre el saco y las manos del operador, lo q e hace la presión mucho más mediata. Para reducir una hernia intersticial, el intestino debe ser rechazado oblicamente de arriba hacia abajo y la presión ejercida sobre la pared abdominal. Resulta evidente que una presión semejante en lugar de desprender el intestino no hará sino aplicar más la una contra la otra las dos paredes antero-posteriores que limitan el saco y aumentar así la constricción. Además el testículo ectopiado, generalmente atrofiado, no desempeña sus funciones y debe por lo tanto eliminarse, máxime cuando es frecuente verlos degenerar y ser el origen de un tumor maligno.

Se debe entonces ser más radical y aceptar de lleno la opinión de Berger, compendiada así: «La hernia inguino-intersticial por razones de los peligros que presenta y la imposibilidad de una buena contención, debe de ser operada aun en una edad relativamente avanzada puesto que no existen contra-indicaciones positivas.

Es necesario distinguir dos indicaciones en el tratamiento quirúrgico de las hernias inguino-intersticiales, según que ella sea ó no estrangulada.

En las inguino-intersticiales no estranguladas, siendo imposible mantener la reducción por un braguero, el único tratamiento racional es la cura radical.

El manual operatorio expuesto brevemente es el siguiente:

Incisión de los tegumentos según el gran eje del tumor. Disección y ligadura del saco. Refacción de la pared aponeurótica y cierre del canal inguinal.

El procedimiento de Bassini es el de elección: consiste, como se sabe, en libertar el borde inferior de los músculos pequeño, oblicuo y transverso reunidos y el tendón reunido de Blaisi y de suturarlos al borde interno de la arcada de Fallope en toda su longitud.

En las hernias inguino-intersticial estrangulada la conducta del cirujano variará según que el estrangulamiento sea simple ó complicado de gangrena.

En el primer caso se deberá debridar lo más rápidamente posible y reducir la hernia.

Si el intestino está gangrenado se deberá hacer la resección del ansa enferma y se unirán por entero-anastomosis, enseguida la porción del intestino supra-yacente de la hernia á la porción subyacente.

Y en el testículo ectopiado, ¿qué conducta debe observarse?

Se deberá siempre tratar de conservarlo cuando parezca sano y aunque la disección del cordon resulte laboriosa para lograr que su longitud permita practicar la orquidopexia, principalmente en el niño, excavándose una cavidad en el fondo de las bolsas y con el ayuda de varios puntos se fijará allí.

Pero si la glándula está atrofiada, presentando el aspecto de un órgano rudimentario, será necesario hacer la castración, máxime si el paciente tiene una edad mayor de 25 años. Hay qge tener muy en cuenta la edad, porque aunque la glándu la seminal estuviese atrofiada y el cordón no permitiese sino fijarla inmediatamente afuera del anillo inguinal superficial tratándose de un niño hay que ser conservador, basado en la posible reacción de esta glándula al brindarle otro medio más adecuado para su vida, mientras que tratándose de un adulto hay que ser, lo repito, radical, extirpando la glándula, pues su desarrollo es casi imposible, seguirá siendo un órgano sin funciones y expuesto á degenerar en una forma maligna. En el capítulo de las historias clínicas, en un caso observado p o Berger, está descripto su tratamiento, que lo creo razonable en los casos en que las paredes del canal inguinal se presentasen con mucha laxitud.

HISTORIAS CLÍNICAS

Hernia inguino-intersticial verdadera

Historia Clínica

Hospital Rawson — Servicio də Guardia

1905 — Dr. Eurique Finochietto.

N. N. 28 años de edad argentino. Se presenta al servicio de Guardia traído por una ambulancia. Desde hace más ó menos 24 horas, el enfermo vió aparecer bruscamente al nivel de la región inguinal derecha un tumor doloroso expontaneamente y á la presión.

Desde entonces, los dolores se propagan á todo el vientre y el enfermo acusa una retención pertinaz de materias fecales y de gases. Hacen algunas horas el enfermo vomita todo lo que toma, mezclado con bilis,

Estos síntomas llevan al enfermo á un estado ligeramente ansioso.

Al examen se constata por encima del arco de Poupart del lado derecho, un tumor elíptico que hace una saliencia marcada y de límites bastantes precisos. Su gran diámetro, tiene unos 10 centímetros de largo y sigue sensiblemente la dirección del arco de Poupart, del que está situado á unos 4 centímetros por encima. Su pequeño diámetro es de 7 centímetros y perpendicular al anterior.

A la palpación, el tumor se limíta perfectamente; por debajo y afuera, el arco de Poupart; por debajo y adentro, el anillo inguinal externo, cuyas dimensiones no pueden precisarse por hallarse distendido y ocluido por el polo inferior del tumor- por dentro la parte inferior del gran recto; por arriba y por fuera, se palpa la línea curva y roma de la porción correspondiente del saco distendido.

El tumor es duro y renitente y como dijimos á la palpación es doloroso. No se palpa el testículo ni otros órganos contenidos en el interior. Es timpánico á la percusión. No se hacen maniobras de taxís.

Haciendo sentar al enfermo, se nota por la palpación que el tumor disminuye de relieve, desapareciendo en parte debajo del plano tenso de la aponeurosis del gran oblicuo.

El testículo del lado enfermo se halla ausente

de la bolsa correspondiente que está totalmente atrofiada. El testículo izquierdo, se halla bien desarrollado y ocupa su sitio normal en el fondo de la bolsa.

Según los datos suministrados por el paciente, él habia notado la ausencia de su testículo derecho é ignoraba la presencia de una hernia. Jamás había sentido la menor molestia en el sitio que hoy ocupa el tumor.

Diagnóstico: Hernia inguino-intersticial extrangulada, situada en el interstício de los músculos oblicuos y en el canal inguinal.

El enfermo es operado inmediatamente:

Incisión de 12 centímetros de largo, paralela al arco de Poupart, siguiendo el eje del tumor hasta 1 centímetro por encima del pubis. La aponeurosis del gran oblicuo aparece distendida pero bien constituida; el anillo inguinal superficial distendido y obliterado por el tumor tenso que ocupa el canal.

Incindida la aponeurosis en la dirección de sus fibras, es muy fácil separarla hácia arriba y hácia abajo del tumor subyacente, al que sólo se halla unido por tejido celular sumamente laxo.

Hecho ésto, aparece un voluminoso saco herniario de paredes tensas y translucido y recorrido en su superficie por las fibras musculares delgadas y diseminadas del cremáster.

Se aisla el saco en toda su superficie con mucha facilidad y se constata que en su porción superior asienta sobre el plano muscular del pequeño oblicuo, en su parte inferior sobre la pared posterior del canaí inguinal y que en su parte media y profunda se halla unido á un collar cilíndrico de 1 1|2 centímetros de diámetro, de 2 centímetros de largo, que dirigiéndose oblicuamente hacia arriba, afuera y atrás pasa por debajo del borde del pequeño oblicuo y del transverso y 1 por detrás de la parte inferior de este músculo se continua con el peritoneo subyacente.

La arteria epigástrica pasa por debajo y por adentro del collar del saco.

El saco tiene una forma aplastada ən el sentido frontal y presenta dos prolongamientos: uno hácia arriba y afuera, otro hácia abajo y adentro. Así constituido no es, sinembargo, un saco biloculär. Desde el punto de implantación de su pedículo, se expande en todos sentidos y sobre todo en las direcciones apuntadas; pero lo hace á la manera de una gaita ó de un estómago sin que exista un vestigio de constricción entre sus dos prolongamientos; el inferior más chico y el superior más voluminoso.

Se incinde el saco á bisturí y se evacua unos cuantos gramos de líquido sero-sanguinolento.

En el interior del saco existen dos ansas de intestino de regulares dimensiones el intestino está sano y se reduce con relativa facílidad, despues de incidir el collar.

En el interior del saco y en su parte inferior é interna, en el sitio del saco que correspondía al anillo ingtinal externo, aparece el testículo de dimensiones reducidas, El cordón muy corto describe una curva por la cara posterior del saco hasta alcanzar el collar.

Aíslado el testículo y el cordón y en vista que por la cortedad de éste, es imposible descenderlo a su sitio normal y teniendo en cuenta su desarrollo precario, se resuelve extirparlo, despues de efectuar una ligadura común en el collar cel saco.

Reconstrucción de la pared abdomidal en dos planos de suturas contínuas con catgut.

En el primer plano, se unen los bordes del pequeño ablicuo y del transverso y el tendón conjunto al borde interno del arco de Poupart.

En el segundo plano se saturan los bordes de la aponeurosis del gran oblicuo plegándola.

El anillo inguinal externo se cierra completamente.

Sutura de la piel con agrafes de Michel.

Curación por primera intención.

OBSERVACIÓN DEL PROFESOR P. BERGER

Hernia inguino-intersticial intra-parietal y escrotal izquierda con ectopia testicular. — Cura radical por un procedimiento nuevo.

Historia Clínica

N. N., 72 años, ingresa el 12 de Marzo de 1901 á la sala de Marjolin. Tiene una voluminosa hernia inguino-intersticial con ectopia testicular del lado izquierdo.

Esta hernia ha sido reconocida desde la primera infancia; desde los siete años ha aumentado progresivamente de volumen hasta los diez y ocho años; después de esta época ha quedado estacionaria y recién en los últimos años es dolorosa cuando el enfermo trabaja y aun en la marcha. Las dificultades y sufrimientos que experimenta actualmente influyen para que el enfermo solicite vivamente la extirpación de su hernia.

La tumefacción que se observa encima de la

arcada de Fallope, á la izquierda desaparece completamente cuando el enfermo está acostado y no hace ningún esfuerzo. Cuando hace esfuerzo y el enfermo tose, presenta casi el volumen de dos puños; ocupa toda la parte lateral del abdomen, desde la arcada crural hasta dos ó tres traveses de dedo del ombligo; remonta hasta la espina ilíaca antero-superior y se termina abajo al nivel del anillo inguinal externo.

Existe del mismo lado una hernia escrotal reductible que aparece siempre que el enfermo tose, hace esfuerzo ó se mantiene de pie; esta hernia está separada del tumor de la pared por el contorno fácil de sentir del anillo inguinal externo: es de mediano volumen; el testículo no se palpa en las bolsas.

La tumefacción de la pared abdominal se aplana y su superficie es menos bombeada y más resistentes cuando el sujeto contrae los músculos de la pared abdominal. Cuando ésta está relajada, se puede constatar que el tumor es blando, movible, cuando está reducido se puede sentir profundamente un orificio elíptico, admitiendo dos ó tres dedos, situados encima de la parte media de la arcada y por el cual el tumor comunica con la cavidad abdominal.

Este orifiicio ocupa el lugar del anillo inguinal

profundo, pero remonta muy encima del punto donde éste está normalmente situado. Cuando se reduce el contenido del tumor abdominal, éste encierra un cuerpo móvil que por su consistencia y su forma se reconoce fácilmente por el testículo. Éste puede ser rechazado hasta el anillo inguinal externo, pero no puede franquearlo; no entra en el vientre con el contenido de la hernia. Para reducir la hernia escrotal, es necesario hacer entrar el contenido de la hernia parietal y sólo cuando ésta vuelve á ocupar su lugar, aquella se introduce en el escroto. El dedo rechazando la hernia escrotal y encajándose en el trayecto inguinal, penetra en el tumor de la pared abdominal y palpa el testículo que es empujado á la superficie y apreciado con la otra mano; este mismo dedo penetra en el orificio inguinal profundo.

Buscando el testículo izquierdo en el escroto, no solamente se constata que está ausente, sino que se apercibe que el escroto está vacío y que el testículo derecho mismo hace falta; el escroto es rudimentario.

Examinando el lado derecho, se encuentra allí encima de la arcada de Fallope, en el interior y debajo de la espina ilíaca autero-superior, un tumor aplanado, blando; este tumor no se tiende en los esfuerzos y en la tos, no es reductible, es sensible

al tacto y presenta casi la consistencia de un lipoma. Rechazándole se siente una depresión á 4 centímetros hácia adentro de la espina ilíaca autero-superior y un poco debajo de ella, es decir más arriba y hácia afuera que el anillo inguinal profundo; esta depresión da al dedo la sensación de un contorno claro como un orificio dando acceso en la cavidad abdominal. Más al exterior y abajo de este orificio, se reconoce en la pared abdominal un cuerpo redondeado, móvil, que no puede ser sino un testículo rudimentario; más abajo aun se siente como un cordón que desciende hácia el anillo inguinal externo, que está cerrado y no deja pasar el dedo.

Con estos caracteres es imposible no reconocer una doble ectopia testicular, complicada á la izquierda de una hernia inguino-intersticial con prolongamiento escrotal encerrando intestino reductible, pareciendo á la derecha acompañarse de una hernia intra-parietal epiploica irreductible. Esta última lesión no causa impedimentos ni dolores; pero no sucede lo mismo con la izquierda, para la cual el infermo reclama imperiosamente una intervención curativa. Apesar de su edad, no hay lugar dado el buen estado general de rehusar la operación de cura radical que solicita.

El día 25 de marzo de 1901, le fué practicada al paciente la operación siguiente: Una incisión prac-

ticada paralelamente á la arcada de Fallope, sobre el eje del tumor. descubre la aponeurosis de inserción del gran oblicuo, cuyos haces algo disociados forman apenas un plano contínuo á la superficie de la hernia; por lo que puede asegurarse la presencia de una hernia inguino-intersticial verdadera. La aponeurosis del gran oblicuo es entonces incindida según la dirección longitudinal de sus haces fibrosos, en el intervalo de dos de entre ellos, desde el anillo inguinal externo hasta los límites supero-externos del tumor; practicando esta incisión, el saco que es muy delgado, está interesado en un punto; se le abre ampliamente; no conteniendo más que intestino delgado sin epiploon; la S ilíaca del colón no está comprendido en el desplazamiento. Se reduce fácilmente el intestino y se le mantiene con una compresa; se encuentra el testículo retenido en la vecindad del anillo inguinal externo, sobre el que viene á aplicarse como una válvula, interceptando la comunicación entre la parte superficial escrotal del saco y su dilatación intersticial. El testículo es flácido, aplanado, atrofiado.

El orificio profundo que hace comunicar el saco con la cavidad peritoneal, está constituído por una ventana aplanada, paralela á la arcada de Fallope; corresponde á la cara posterior, del trayecto inguinal cuya pared posterior hace falta completa-

mente, remonta por su extremidad externa encima de la parte media de la arcada. El músculo pequeño oblicuo muy débil, pasa hácia adelante, después encima, después hácia adentro de la hernia, formando una especie de plano delgado hácia adelante de la parte superior del saco. El tendón conjunto, más resistente, está situado hácia atrás de la parte inferior de la hernia. Cuanto al saco, es bastante resistente y no presenta sino pocas adherencias con los planos que él recubre; se puede separarle fácilmente por una disociación hecha con el pulgar y completada por la sección de algunos tractos fibrosos y se le puede seguir así hasta alrededor del orificio inguinal profundo. El cordón que costea su lado externo es aislado sin dificultad y ligado más allá de este orificio, después el testículo, y la parte periférica del cordón son extirpados con el saco herniario que ha sido pediculalizado y ligado con una doble ligadura entrecruzada al ras del anillo inguinal profundo. Se procede enseguida á la refacción de la pared abdominal: (Aquí viene la originalidad del precedimiento de Berger).

1°. Los bordes del plano del pequeño oblicuo y del tendón conjunto son fijados á la parte la más profunda del labio posterior de la arcada de Fallope por una série de suturas á la seda. El plano profundo que se obtiene de esta

manera cierra el orificio profundo, pero su resistencia parece insuficiente para reconstituir una pared posterior sólida en el trayecto inguinal.

2º. Una incisión de 10 centímetros de largo es hecha entonces sobre el músculo; gran recto del abdomen; esta incisión interesa la hojuela anterior de su vaina aponeurótica sobre toda esta altura, paralelamente á su borde externo y aún través de dedo de este borde.

El labio externo de esta incisión aponeurótica es tirado hácia afuera; se invierte la bandeleta externa de la vaina así separada del resto de la aponeurosis anterior del gran recto, desprendiéndola de las fibras de músculo, de ma nera que su cara posterior quede adelante y la anterior hácia atrás viniendo á aplicarse sobre el plano recien construído del músculo pequeño oblicuo y del tendón conjunto suturados á la arcada de Fallope; se fija por un série de puntos de suturas á la seda bien ajustados el borde de esta bandeleta á la parte profunda de la arcada, inmediatamente adelante de la línea de reunión del pequeño oblicuo y del tendón conjunto.

De los dos labios de la incisión del gran oblicuo, el inferior fué suturado al labio interno de la aponeurosis del gran recto por puntos de seda y por encima de este plano se construyó otro fijando

el labio superior de la incisisión del gran oblicuo á la parte anterior de la arcada de Fallope por suturas al catgut.

La reunión superficial fué hecha con agrafes metálicos de Michel. El operado salía del hospital completamente curado tres semanas después y presentaba la pared en esa región una resistencia y solidez muy satisfactoria, no bombeándola ni la tos ni los esfuerzos.

Buenos Aires, 4 Octubre de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor Juvencio J. Arce, al Profesor titular Doctor Pascual Palma y al Profesor suplente Doctor Marcelo Viñas para que, constituídos en comisión revisora dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Bazterrica.

R. S. Gómez.

Secretario

Buenos Aires, 25 Agosto de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2091 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Bazterrica.

R. S. Gómez.

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Del prónostico post operatorio en las hernias inguino-intersticiales.

JUVENCIO J. ARCE

II

Las hernias inguino-intersticiales son siempre congenitas.?

PASCUAL PALMA

III

Que procedimiento operatorio es el más conveniente para este tipo de hernias.?

MARCELO VIÑAS

BIBLIOGRAFIA

TESTUT — *Anotomie humaine.*

TESTUT et IACOB — *Anotomie topographique*

P. TILLAUX — *Anotomie topographique.*

P. VILLEMIN — *Le canal vagino-peritoneal.*

POIRIER et CHARPY — *Anotomie humaine.*

E. FORGUE — *Patologie externe.*

RÉCLAS, BOUILLY et KIRMISSON — *Patologie externe.*

LE DENTU et DELBET — *Hernies.*

E. ROCHARD — *Ler hernies.*

BERGER — *Le Revue de Chirurgie.*

MONOD et VANDVERTZ — *Technique operatoire.*