Año 1909 N.° 2098

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL

Por el procedimiento de Halsted

TESIS

Presentada para optar al título de doctor en medicina

POR

FRANCISCO GRESPO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson 1904-1905

Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Pirovano 1905-1909

BUENOS AIRES

IMPRENTA ALFA Y OMEGA

573 - CALLAO - 577

1909

Tratamiento de la hernia inguinal

Por el procedimiento de Halsted

Año 1909 N.° 2098

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL

Por el procedimiento de Halsted

TESIS

Presentada para optar al título de doctor en medicina

POR

FRANCISCO GRESPO

Ex-practicante externo del Hospital Rawson 1904-1905

Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Pirovano 1905-1909

BUENOS AIRES

IMPRENTA ALFA Y OMEGA

573 - CALLAO - 577

1909

— La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicepresidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOTÉ 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 DEL ARCA
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » DANIEL J. CRANWELL

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vicedecano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

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

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catédraticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica...	» ALFREDO LANARI
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
Fisiologia General y Humana....	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
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
» Dermat.ª y Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Neurológica.....	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica..... ...	» FRANCISO 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
Clínica Médica.....	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica.....	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. D. ROBERTO WERNICKE

» » JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica.....	DR. D. JUAN JOSÈ GALIANO
Anatomía Patológica.....	» » JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» » ALFREDO LAGARDE
	» » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» » PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmólogica.....	» » TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» » DANIEL J. CRANWELL
	» » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. 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
Zoología Médica.....	DR. D. GREENWAY
Física Médica.....	(vacante)
Botánica Médica.....	» » RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	» » JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología.....	» » JUAN CÁRLOS DELFINO
	» » LEOPOLDO URIARTE
	» » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» » FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica.....	» » JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica..	» » ELISEO V. SEGURA
Patología externa.....	» » CÁRLOS ROBERTSON
	» » RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna.....	» » RICARDO COLÓN
	» » PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica..... .	» » ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica.....	» » FRANCISCO LLOBET
	» » MARCELO VIÑAS
	» » MARCELINO HERRERA VEGAS
	» » JOSÉ ARCE
» Neurológica.....	» » MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal.....	» » JOSÉ BARBIERI
Clínica Médica..... ...	» » LUIS AGOTE
	» » DAVID SPERONI
	» » JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica...	» » ENRIQUE A. PARDO
	» » ENRIQUE ZÁRATE
	» » ARTURO ENRIQUEZ
	» » ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica..... ..	» » MANUEL A. SANTAS
	» » MAMERTO ACUÑA
	» » GENARO SISTO
» Génito Urinaria.....	» » BERNARDINO MARAINI
	» » JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica..... ..	» » JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJÍCA
Química inorgánica aplicada....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química Analítca y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	« RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. D. FANOR VELARDE

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

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal. . .	DR. D. LEON PEREYRA » » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR JOSÉ B. ABALOS

EX-CIRUJANO DEL HOSPITAL PIROVANO

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE,

GRATITUD

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Nada más trillado y conocido que el tratamiento de la hernia inguinal; parecería que es un tema ya agotado, y sin embargo el tratamiento radical que se llama no lo es desgraciadamente: las recidivas frecuentes preocupan aún á los cirujanos, de ahí sus esfuerzos en busca de un procedimiento operatorio que prevenga mejor contra todas las causas de recidivas.

Es por esto que me permito poner á consideración de vosotros el procedimiento de Halsted ó Jonhs Hopkins Hospital, procedimiento muy poco empleado entre nuestros cirujanos y que sin embargo refuerza poderosamente las paredes flácidas del canal herniario.

Antes de comenzar á ocuparme del tema debo manifestar mi sincero agradecimiento al habil cirujano y amigo Doctor José B. Abalos por el honor que me dispensa acompañándome en este acto.

A los Doctores Jaime Darquier y Juan B. Emina ex-Directores del Hospital Pirovano, mi agradecimiento por sus enseñanzas.

Mi reconocimiento al actual Director del mismo hospital Doctor Horacio A. Latorre.

CAPÍTULO I

ETIOLOGÍA Y MECANISMO DE LAS HERNIAS.—La enfermedad de la hernia es sumamente frecuente á tal punto que ciertos autores dan como proporción entre el número de herniosos y la población de ciertos países como Francia el 1 × 22 al rededor. Esta proporción se explica si se tiene en cuenta que este accidente es común á los dos sexos y se observa en todas las edades.

Con respecto á la proporción entre las varias clases de hernias entre sí, tenemos una gran cantidad en favor de la inguinal llegando ésta hasta 96 %.

Entre las numerosas causas que se encuentran en la etiología ordinaria de las hernias; dos son las principales con sus respectivas subdivisiones.

Dichas causas son: 1.° *Causas que debilitan la pared.* 2.° *Causas que aumentan la presión abdominal.*

1.° Comprenden á la primera la herencia cuya

causa es innegable encontrándose en un tercio de los casos.

Esta predisposición trasmitida es de orden anatómico consistiendo ya en haces herniarios preformados (Canal-vagino peritoneal) ya en divertículos peritoneales encajados en la pared ó en sacos properitoneales ó bien en facetas peritoneales retrocecales ú orificios herniarios voluminosos como también en bacinetes muy inclinados.

Las enfermedades también intervienen en una gran parte en la producción de las hernias, transtornando la nutrición de la pared. Es así que los niños destetados muy pronto ó muy tarde no raquíticos, pero que tienen un grueso vientre son predispuestos á la hernia umbilical. En el adulto la decadencia orgánica que predispone á las hernias se traduce por la obesidad ó el adelgazamiento. Así la obesidad interviene de muchas maneras; ya á la sobre carga grasosa del epiplón, del mesenterio de los apéndices del grueso intestino; aumentan sin duda la presión abdominal, pero la acumulación grasa actúa sobre todo favoreciendo el deslizamiento del peritoneo sobre la facia propia haciendo los planos fibrosos y musculares más blandos, más facil á extender ó también preparando los lipomas herniarios que como sabemos arrastran tras de sí el peritoneo en los orificios herniarios. Respecto de la caquexia ó adelgazamiento ellas intervienen al mismo título que la obesidad, pero su rol es menos preciso. Hay sujetos

cuyas paredes abdominales son flácidas y se distienden sobre medida al menor esfuerzo. La piel es seca y los orificios anchos, sus músculos delgados y pálidos son deplazados y los ligamentos debilitados relajados y no es raro de ver la hepatoptosis, enteroptosis etc., coincidir con las hernias abdominales.

Al costado de estas enfermedades generales que repercuten sobre todo el organismo y actúan pero de una manera indirecta en la producción de las hernias, hay otras cuya influencia es mayor y directa y estas son las desviaciones de la columna vertebral siendo sumamente frecuente observarlas y tomando casi siempre un asiento en relación con dicha desviación; así en la escoliosis tenemos que se producen del lado de la convexidad lumbar por lo que es menester admitir que las vísceras rechazan más eficazmente el costado de la pared más retraída siendo que este costado resiste tanto menos cuanto su musculatura es más relajada.

Como causas que debilitan la pared deben colocarse también las *varices del cordón* que, como sostiene Halsted es un factor muy importante en la producción como en la recidiva de la hernia inguinal.

2.º Entre las causas que aumentan la presión abdominal. Tenemos en primer término aquellas que necesitan esfuerzos violentos y repetidos; como por ejemplo el retraimiento de la uretra, la hipertrofía de la próstata, la fimosis congenita que exageran los esfuerzos de la micción.

Las que determinan esfuerzos del vómito y defe-ción como son las afecciones crónicas del estómago y recto; las que exageran los esfuerzos de la tos, como las bronquitis crónicas, el asma, coqueluche, enfisema, perteneciendo á esta categoría la mayor proporción según algunos autores.

Igualmente actúan aumentando la presión abdominal la preñez, el parto y los tumores abdominales. Respecto á la preñez nos encontramos con las dos causas que producen las hernias; el debilitamiento de la pared á causa de la distención contínúa y creciente y en segundo lugar el aumento de la presión abdominal á causa misma del tumor uterino.

Por lo que respecta al parto el rol del esfuerzo ejerce una influencia máxima lo que explica la mayor frecuencia de las hernias durante el último acto de la preñez. Después del parto se ven también en lejano tiempo hernias cuya producción se explica perfectamente bien por la distención que sufre la pared durante la preñez y la no vuelta al estado normal. Al mismo tiempo que no toma su elasticidad inmediatamente después del parto; y en efecto, sufre una paralización en su involución que goza un rol preponderante en la producción de hernias umbilicales, en la línea blanca y á menudo eventraciones umbilicales.

Los quistes del ovario, los fibromas uterinos, las ascitis que actúan aumentan la presión abdominal pero que sin embargo no llevan trastornos de la involución

en la pared no predisponen á las hernias casi nunca. Respecto de las profesiones diremos de paso que está plenamente demostrado que las profesiones manuales que exigen la estadía prolongada de pié son causantes de hernias y que por lo tanto se debería evitar á personas de vientre debil, saliente y cuyos orificios herniarios fueran anchos; esta clase de trabajo.

De allí hernias de fuerza y hernias de debilidad.

Algunas veces el saco está preformado y la *hernia* es *congénita*. Esta disposición anatómica es muy frecuente; el saco preformado está representado por el canal vagino-peritoneal en la hernia inguinal; y por divertículos peritoneales en las hernias properitoneales. Se trata de expansión de la serosa comunicando anchamente con la cavidad peritoneal.

Mecanismo de la hernia congénita. — En esta clase existe ya un saco preformado el que forma un divertículo de la cavidad abdominal; divertículo insuficientemente separado y en el cual el intestino tiene derecho de domicilio. Según que el orificio sea más ó menos estrecho necesitará esfuerzos más ó menos violentos y repetidos y la hernia no se mostrará á menudo más que en la adolescencia (aunque su saco exista desde el nacimiento). Ahora cuando el orificio es muy ancho la hernia se mostrará con los primeros gritos del nourrisson.

Mecanismo de la hernia adquirida.—Para pro-

ducirse ésta es necesario que intervengan varios factores, los cuales son: primero, ancho orificio herniario el cual puede ser congenital ó causado por enfermedades de la nutrición, etc.; segundo, que la pared abdominal sea relajada, cuyo relajamiento puede ser momentáneo como en un falso paso ó en una caída como también en la posición de cusquillas ó bien puede ser permanente y ser debido á enfermedades que atrofian la musculatura de la pared abdominal; tercero, esfuerzos violentos y sobre todo repetidos. Así cuando existen ya las dos causas precedentes viene la tercera, es decir, el esfuerzo que lleva las vísceras en el trayecto parietal. Dicho esfuerzo se ejerce mejor cuando la cavidad abdominal es menos espaciosa; como sucede en las desviaciones de la columna vertebral ó cuando es ocupada ya por algún tumor; pero aún cuando estén reunidos todos estos factores ella no se produce instantáneamente como en la congénita.

Y en efecto, para que la hernia se produzca es necesario que el peritoneo se desprenda desde luego de la pared. En algunas regiones este deslizamiento es facil; siendo así en las partes donde hay abundante tejido celular laxo y en cuyo caso la serosa desliza fácilmente sobre la aponeurosis profunda; otras veces es facilitada por el adelgazamiento de los sujetos y su fundición grasosa correspondiente y por último por los lipomas herniarios que tiran el peritoneo en el trayecto herniario.

Los esfuerzos profesionales repetidos obran llevando contínuamente el intestino contra el peritoneo parietal desprendiendo el peritoneo de la pared y llevándolo en los orificios y canales que hemos descrito; haciéndole sufrir al saco una progresión ó locomoción al mismo tiempo que una distensión.

Tenemos pues que en la hernia congénita existe el saco anteriormente sin el intestino; mientras que en las adquiridas por pequeñas que sean contienen ya el intestino, es decir que saco é intestino son contemporáneos; lo que nos demuestra entonces una patogenia muy diferente.

CAPÍTULO II

Anatomía Patológica

En este capítulo estudiaremos las *envolturas de las hernias y su saco.*

Envoltura de las hernias.—Para salir de la pared abdominal las vísceras rechazan delante de ellas un cierto número de planos anatómicos los que constituyen sus envolturas.

Hernia congénita y sus variedades. — Tenemos que su saco es preformado y no es otro que el canal-vagino peritoneal que ha persistido anormalmente en totalidad ó parte. Como dicho saco tiene una infinidad de anomalías dando una ligera reseña nos daremos cuenta de los diversos tipos que reviste la hernia congénita.

El canal en cuestión representa un divertículo de peritoneo ligado á la migración del testículo extendiéndose desde la fosa ilíaca al fondo de las bolsas:

comportándose en su parte inferior como una simple vaginal y por lo tanto revistiendo el testículo y epididimo y se diferencia de la vaginal normal en que él comunica en pleno canal con el peritoneo abdominal y esta persistencia es la regla general en el nacimiento siendo también más frecuente del lado derecho. Pero esta persistencia dura poco; desde los primeros días comienza su regresión y obliteración. Sucede sin embargo que en algunos casos esta regresión puede retardarse y no efectuarse teniendo entonces todas las condiciones para el desarrollo de la hernia.

Cuando sucede esto último nos encontramos en presencia de un canal con una abertura superior, un cuello y un fondo que representa la túnica vaginal. La abertura superior se encuentra en frente del orificio profundo del canal inguinal hacia afuera de la arteria epigástrica constituyendo el cuello de saco.

Si se mira este orificio del costado de la fosa ilíaca se ve que está precedido de una válvula (Especie decreciente) cuya concavidad mira hacia fuera. Entre el creciente y el orificio abdominal del canal existe un segmento peritoneal muy importante que se llama vestíbulo del canal vagino-peritoneal y que explica la formación de las hernias ínguino-properitoneales.

El fondo del saco está formado por la túnica vaginal así las vísceras son colocadas al lado del testículo, es decir, hacia adelante de él salvo los casos de inversión.

El canal intermediario presenta una serie de retraimientos y dilataciones escalonadas en el orden siguiente: Un retraimiento en el orificio profundo, es decir, en el cuello; una dilatación que ocupa el canal inguinal, otro retraimieuto al nivel del orificio superficial; otra dilatación en la parte extra inguinal ó funicular del canal; un tercer y último retraimiento en el punto de desembocamiento del canal en la túnica vaginal; y por último una tercera dilátación formada por la túnica vaginal.

Cuando el canal vagino-peritoneal ha regresado se pueden todavía encontrar algunos trozos de su existencia fetal.

La hernia inguinal congénita presenta numerosas variedades de las cuales unas frecuentes como la hernia testicular, la funicular, la punta de hernia y la intra-parietal. Otras raras como la hernia enquistada de la túnica vaginal, la inguino-intersticial, la inguino-properitoneal y la inguino-superficial.

En la hernia testicular el saco está formado por un canal inguino-peritoneal que ha persistido en totalidad; de manera que puede presentar una serie de retraimientos y dilataciones que le dan un aspecto en rosario. Pero lo más á menudo existen dos retraimientos y dos dilataciones; el primer retraimiento al nivel del orificio profundo y el segundo al nivel del superficial, de manera que entre estos dos puntos retraídos hay dos jibaduras donde la una es intra-parietal y la otra

intra-escrotal presentando por lo tanto un aspecto bilobado; pero sucede también á menudo que no hay más que un retraimiento y éste asienta al nivel del cuello, teniendo entonces una hernia de aspecto piriforme ó cilíndrico.

Una vez el saco abierto encontramos al nivel de los retraimientos especies de válvulas ó diafragmas los que no son más que repliegues peritoneales formados por dos hojas adosadas.

Estos diafragmas ó válvulas que dejan ya sea agujeros, ya simples bridas, nos demuestra que el trabajo de regresión del canal vagino-peritoneal ha comenzado pero no se ha concluído.

Referente á su cuello diremos que es al nivel del orificio ingui-profundo que se encuentra y reposa sobre la acodadura de la arteria epigástrica que naciendo de la ilíaca externa contornea el anillo y se coloca hacia adentro de él antes de penetrar en la vaina del músculo recto; emitiendo la epigástrica, por su convexidad la funicular y por su concavidad las arterias pubianas.

Cuando la hernia es voluminosa los dos anillos inguinales superficial y profundo se aproximan, se tocan y en este caso el cuello del saco es rodeado por los dos anillos y sus relaciones se modifican; sin embargo la arteria epigástrica queda siempre debajo y adentro.

Ahora cuando el saco presenta muchos retraimientos formando otros tantos cuellos secundarios se dice que el saco tiene cuellos múltiples.

Las envolturas difieren según que el saco esté colocado en el canal inguinal ó en las bolsas.

Cuando esté en el canal inguinal tenemos que seccionar la piel, las facias superficiales y las aponeurosis que recubren el gran oblícuo é incindir además la fuerte aponeurosis de inserción del gran oblícuo y caemos entonces sobre el cordón reposando sobre la arcada crural hacia arriba por los bordes confundidos del pequeño oblícuo y transverso.

Para encontrar el saco es menester separar el cordón de algunos hacesillos musculares del pequeño oblícuo que se rechazan sobre él abriéndolo.

Si se encuentran en las bolsas se incinden el escrotum, el darto y la facia de Cooper después se seccionan las fibras comunes, es decir, la vaina del cordón.

Se ve por lo expuesto que si la relación es del saco con las envolturas exteriores cambia según que se encuentre en el canal ó en las bolsas hay una relación constante y es la que afecta con el cordón.

El saco está situado en el interior del cordón; en esta situación el saco distiende al rededor de él los elementos del cordón y los disocia.

Por lo general en la porción escrotal el canal deferente está colocado hacia afuera y bien atrás del saco, él es adherente y puéde asi mismo hacer salir en su interior y revestirse de una especie de meso; algunas veces la separación es facil pero otras se ve obligado

á cortar el saco al nivel de él, es decir del canal deferente por temor de herirlo.

Por lo general cuando el saco se encuentra atrás del canal deferente hay inversión testicular.

En resúmen, tenemos que lo que caracteriza más esta hernia según sus relaciones anatómicas es que el intestino herniado está de costado del testículo y en la misma cavidad que él.

La hernia inguinal congénita funicular se diferencia de la anterior en que el saco no comunica con la vaginal; esta túnica está cerrada y normalmente conformada. El saco recorre el canal inguinal descendiendo en el interior de la bolsa sin llegar á su fondo.

Este fondo de saco está colocado más ó menos cerca del fondo del saco superior de la vagina; en ciertos casos está únicamente separado por un debil tabique y en otros casos está por encima y completamente independiente y aún se encuentra en otros un cordón fibroso que reune el fondo del saco vaginal y el fondo del saco herniario.

Existen únicamente dos variedades anatómicas importantes con respecto á la escrotal; y son: primero el intestino aunque reside en el fondo de saco no está al contacto del testículo y segundo este fondo de saco independiente de la vaginal se separa fácilmente si se hace la disección.

Podemos reconocer que las dos variedades herniarias son congénitas, cuando ellas son bi ó multilobadas

lo que nos indica la presencia de diafragma en el interior del saco; como también cuando un cordón fibroso ata el fondo del saco á la vaginal; como así mismo cuando el canal deferente adhiere estrechamente al saco y se crea un meso rechazando la pared y por último cuando se ve al microscopio sobre la cara interna del saco fibras musculares lisas pertenecientes al cremaster interno.

Con respecto á la punta de hernia *Bubonocele-Hernia intra-parietal*. Tenemos que el saco está siempre situado en el cordón. Su cuello está siempre colocado al nivel del orificio inguinal profundo; pero el fondo del saco ocupa posiciones variables.

Así en la punta de la hernia apenas pasa el orificio profundo; en la intra-parietal, está situado en el canal inguinal rechazando los músculos de la pared y distendiéndolos, diferenciándose de la hernia intersticial en que el orificio inguinal es ancho y no hay ectopia testicular.

En el bubonócele tenemos que el fondo del saco ha franqueado el orificio inguinal externo y por consiguiente la hernía hace salida bajo los tegumentos preinguinales.

Entre las variedades raras tenemos la hernia enquistada de la túnica vaginal.

A. Cooper ha distinguido ésta de la hernia-inguino testicular. El ha demostrado que en lugar de encontrarse el intestino en la vaginal y en contacto con el

testículo se encuentra á la abertura de la vaginal, la que está distendida por un líquido, un segundo saco envolviendo el intestino el que se ata arriba al orificio de la túnica vaginal propagándose en la cavidad de ésta; existen otros tipos más raros y que se diferencian mucho de éste. Según Cooper en esta variedad la túnica vaginal distendida por el líquido del hidrocele se eleva más ó menos arriba hacia el orificio exterior del canal inguinal; sin embargo algunas veces se encuentra á unos cuantos traveses debajo de la raiz de las bolsas. El líquido es límpido y citrino; debajo y hacia atrás del saco se encuentra el testículo, dicho saco herniario que hace salida en la vaginal es alargado, cilíndrico y algunas veces difícil de reconocer. Bourguet D'ais lo compara á una teta de vaca bombeando en la vaginal; la pared es lisa y generalmente sin aherencias conteniendo el intestino ó epiplón, él está formado por una sola túnica fibro-serosa por lo cual se le llama saco á pared simple. Esta variedad se observa á ocasión de síntomas de estrangulamiento ocupando el agente de tal, su asiento habitual; es decir el cuello.

Las otras dos variedades más raras se designan: Hernia inguinal á pared perforada y hernia enquistada á pared doble.

En la hernia á pared perforada se trata de una hernia enquistada cuyo fondo de saco se ha roto y el intestino ha salido por dicha ruptura; él se encuentra al costado del testículo y bañado en el líquido del hidro-

cele. En dicho caso el saco herniario de la vaginal está adosado y comunica por un orificio muy estrecho.

En la equistada á doble pared tenemos la vaginal distendida por el hidrocele pero el saco herniario estando superpuesto no penetra en su cavidad; situado hacia afuera ó detrás de la vaginal hace bombear su pared y determina un tumor redondo del volúmen de una nuez. Su saco herniario está envuelto únicamente por la vaginal en los ⅔ ó ¾ de su circunferencia no encontrándose en la vaginal. Tenemos pues que el intestino está separado del líquido vaginal por el fondo del saco doblado debajo por la hoja parietal de la vaginal.

En la hernia inguino-intersticial la hernia queda en el canal inguinal no pudiendo salir de allí. Los caracteres anatómicos constantes son: saco incluído en el canal inguinal, ectopia testicular y estrechez del anillo inguinal superficial. El cuello del saco se encuentra al nivel del orificio interno del canal, pero rechazado hacia afuera más cerca de la espina ilíaca que comunmente. El saco distendido por las vísceras no puede salir por el orificio externo del canal y se encuentra obligado á desarrollarse en el interior de la pared; dirigiéndose ya hacia arriba en dirección al ombligo ya hacia afuera á la espina ilíaca.

La hernia puede adquirir un gran volúmen no obstante este obstáculo de salida; ella se encuentra recubierta por la aponeurosis del gran oblícuo y por los

dos músculos pequeño oblícuo y transverso encontrándose alojada entre las facies superficiales y el transverso; más raramente entre los oblícuos.

Después de la incisión de estos planos músculos aponeuróticos es menester también abrir la vaina del cordón en el interior del cual, el saco es normalmente contenido. El orificio exterior es rudimentario, reducido á un simple agujerito; el testículo se encuentra en ectopia inguinal y está frecuentemente adosado al orificio exterior ó bien puede también encontrarse en el interior de la pared; generalmente hacia arriba y hacia afuera ó bien sobre la pared inferior del canal.

La túnica vaginal es asiento común con el saco; es decir que persiste un canal único conteniendo las vísceras y el testículo, es la estrechez sola del orificio exterior que impide el descenso y explica la persistencia de la hernia inguino-intersticial. Citaremos para memoria la hernia inguino-properitoneal y la inguino-superficial ó pre-inguinal.

Hernia inguinal adquirida.—Esta variedad no tiene saco preformado, cuando ella aparece, el canal vagino-peritoneal no existe; su saco se forma por locomoción y distención del peritoneo parietal.

Es al nivel de una de las tres facetas que se encuentran en la cara abdominal profunda que el peritoneo cede á la impulsión de las vísceras; impulsión producida por las causas enumeradas en su etiología.

El saco herniario se encaja de allí en la pared y

aparece en la región inguinal; el trayecto no es el mismo y varía según la faceta por donde se encaja; por lo cual describiremos cada uno de ellos.

Cuando la hernia se encaja por el orificio profundo del canal inguinal se le denomina *oblícua-externa;* la hernia se encaja en efecto en la faceta externa, desarrollándose, penetra en el canal y puede detenerse allí, formando lo que hemos visto con el nombre de punta de hernia. Cuando aparece el orificio externo tenemos el bubonocele; si prosigue y se encaja en las bolsas tenemos la escrotal ó funicular.

Para atravesar la pared abdominal sigue la dirección del canal, es decir, oblícua hacia arriba, hacia atrás y hacia fuera; la hernia es entonces oblicua externa. Encajándose por las facetas y penetrando en el canal; rechaza el peritoneo, después la facia transversal, disocia y se mezcla á los elementos del cordón, encontrándose en el interior de éste; hacia dentro de la fibrosa común y esta situación ocupa hasta el fondo de las bolsas.

Referente á sus relacionnes con el cordón no se diferencia con la congénita, teniendo no obstante algunas variantes; así cuando descienden las bolsas que recubre el testículo y que es voluminosa su saco se encuentra completamente independiente de la túnica vaginal.

El saco es cerrado hacia abajo, la serosa vaginal cerrada hacia arriba y el intestino no viene al contacto

del testículo, como se ve en la hernia congenital llamada testicular.

La hernia adquirida tampoco presenta retraimientos anulares y diafragmas en el interior del saco como la congénita; el testículo no se encuentra en ectopia ni en inversión.

La hernia directa llamada inguinal interna por Scarpa, deprime la faceta media situada entre la arteria epigástrica y la arteria umbilical; el cuello que está á este nivel, se encuentra en relación hacia fuera con la arteria epigástrica rechazando delante de ella la facia transversalis penetrando debajo del músculo transverso y pequeño oblícuo encajándose en el canal inguinal.

Esta hernia es llamada directa porque la faceta peritoneal y el orificio externo del canal inguinal están sobre una misma línea recta.

Sin embargo, la hernia se encaja muy poco en la pared; es excepcional que ella haga su aparición en las bolsas. Lo que caracteriza anatómicamente esta hernia es que no obstante su aparición en el canal inguinal ella no se encaja en el cordón que es rechazado hacia fuera.

El dedo, cuando son pequeñas no las encuentra ó lo hace únicamente sobre la pared interna del canal.

Hernia oblícua interna ó vésico pubiana. Esta variedad como su nombre lo indica deprime la faceta interna entre el uraco y la arteria umbilical. Es en este

punto que se encuentra su cuello un poco hacia fuera del borde externo del músculo recto, inmediatamente hacia arriba del ligamento de Jimbernat; algunas veces ella sale á través de las inserciones del músculo recto. Ella se situa en la región comprendida entre la sínfisis y el orificio inguinal externo.

Cuando ella adquiere un gran volumen es difícil diferenciarla de la hernia directa si no se apercibe la arteria umbilical; pues, las dos son colocadas hacia dentro de la arteria epigástrica.

Además existen algunas variedades de hernias que tienen por asiento la región inguinal, pero sin trayecto preparado. Algunos penetran por el orificio profundo del canal inguinal, pero se escapan inmediatamente por una desgarradara de la aponeurosis del gran oblícuo; otras se encajan por uno de los divertículos peritoneales de origen congenital de los que hemos hablado más arriba, penetran en la pared y se ahuecan un trayecto oblícuo que es paralelo al canal inguinal.

En estas variedades se han encontrado herniados el intestino ó epiplón; en otros, el colon transverso con epiplón, otras veces la totalidad del intestino grueso y delgado, en otras aún el estómago é intestino etc., etc.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO

Hemos visto las distintas variedades de hernias basadas en su anatomía patológica; nada más lógico entonces que sus tratamientos fueran adecuados á las distintas lesiones anatómicas. Pero en la práctica estas lesiones, si bien primitivamente diferentes en sus comienzos y en su origen, gradualmente se confunden en una lesión única, común á todas las hernias viejas.

No obstante ser el objeto de nuestro estudio el tratamiento de las hernias directas secundarias como hemos llamado; antes de entrar á la descripción de los procedimientos dirigidos para la cura de esta clase de hernia; vamos á describir los procedimientos propuestos para el tratamiento de las hernias oblícuas externas.

El tratamiento de las hernias jóvenes oblícuas externas, está dirigido simplemente al reforzamiento de la pared anterior, pues, es la única que se encuentra debilitada en estos casos.

Debemos hacer presente que nos referimos á la hernia inguinal del adulto.

El procedimiento de Lucas Championnière es el más antiguo: Consiste en hacer una incisión que va desde el nacimiento de las bolsas á un punto colocado encima del orificio peritoneal del canal inguinal.

Se pone á descubierto la aponeurosis del gran oblícuo la que se secciona entre dos pinzas de Kocher, y se busca el saco en medio de los elementos del cordón. Una vez descubierto el saco, se le abre y se le diseca operando tracciones y desprendiéndolo de todas las partes fibrosas que le rodean por medio de golpes de tijeras ó pequeñas incisiones de bisturí ó simplemente por medio del dedo envuelto en gasas.

Dicha disección se lleva bien alto del cuello de éste saco hasta que se vea la *grasa subperitoneal*. Este es el punto capital del método en cuestión, como de topos los otros. Una vez el pedículo del saco bien separado y bien cerrado se pasa un doble hilo de catgut y se hace una ligadura en cadena, se corta el hilo y el muñón se reduce por sí mismo en el vientre.

Después se restaura la pared anterior del canal haciendo cabalgar el uno sobre el otro los dos labios de la aponeurosis del gran oblícuo por una serie de puntos de catgut en U; una vez hecho esto se refuerza la sutura por algunos puntos encima y debajo de la sutura en U y se sutura la piel con crin de Florencia. Lucas Championnière coloca un drenaje.

Como se ve el objeto es formar tres planos de sutura no correspondiéndose.

Barker con el fin de desviar el infundíbulo peritoneal que se forma en toda hernia después de la operación radical y cuya persistencia, ó no total desaparición puede favorecer la recidiva, ha ideado un punto de sutura conocido comunmente con el nombre de punto de Barker y que consiste en lo siguiente: Después de cerrado el cuello del saco, el hilo que ha servido para este cierre se le deja largo; uno de sus cabos es llevado en la dirección del canal inguinal y hacia arriba para atravesar el pequeño oblícuo y tranverso; con el otro cabo se hace idéntica maniobra de tal manera que tirando de dichos dos cabos el muñón del saco se encuentre desviado y así desaparecido el infundíbulo á que nos hemos referido. Este punto de Barker realiza perfectamente el fin que se propone; y es un tiempo importante y no despreciable en la cura radical de la hernia, por otra parte aplicable en todos los procedimientos y en todos los casos de hernias.

Roux. No hace más que reforzar el orificio externo y una parte de la pared anterior colocando una serie de puntos en U que en la parte más inferior toma el borde externo del recto.

Estor refuerza la pared anterior por una serie de puntos en hilvan con hilos de plata, aproximando luego los pliegues que así se forman con catgut ó seda.

Kocher refuerza la pared anterior valiéndose del

mismo saco de la hernia. Para esto después de poner en descubierto dicha pared; de aislar completamente el saco hace una botonera en la pared anterior al nivel del orificio interno del canal inguinal; por esta botonera introduce una pinza y toma el fondo el saco y lo tira invirtiéndolo así sobre el canal inguinal.

Corta el exceso del saco y lo cierra y sobre esta pared anterior así doblada por el saco coloca una serie de puntos escalonados reforzándola hasta estrechar el orificio externo del canal inguinal.

Posadas. Nuestro malogrado cirujano sostenía que los procedimientos que obran en el canal inguinal tenían el defecto de dejar en la pared anterior una gran cicatriz de tejido debil de poca resistencia y que, con frecuencia cedía recidivando la hernia aún más grande que lo que primitivamente lo era. Refiriéndose al reforzamiento posterior según Bassini consideraba que el descenso del pequeño oblícuo y tranverso hacia la arcada traía como consecuencia la degeneración de las fibras descendidas.

Por todo este conjunto de razones el Dr. Posadas, empleaba un método en parte particular: plegaba la pared anterior del canal inguinal por una serie de puntos en U (muy semejante á lo que hace el Profesor Roux) pero el punto que caracteriza el método de Posadas es el que cierra el orificio externo del canal; punto en U que pasa por el pilar externo é interno *tomando el ligamento de Colles*, que lo extiende di-

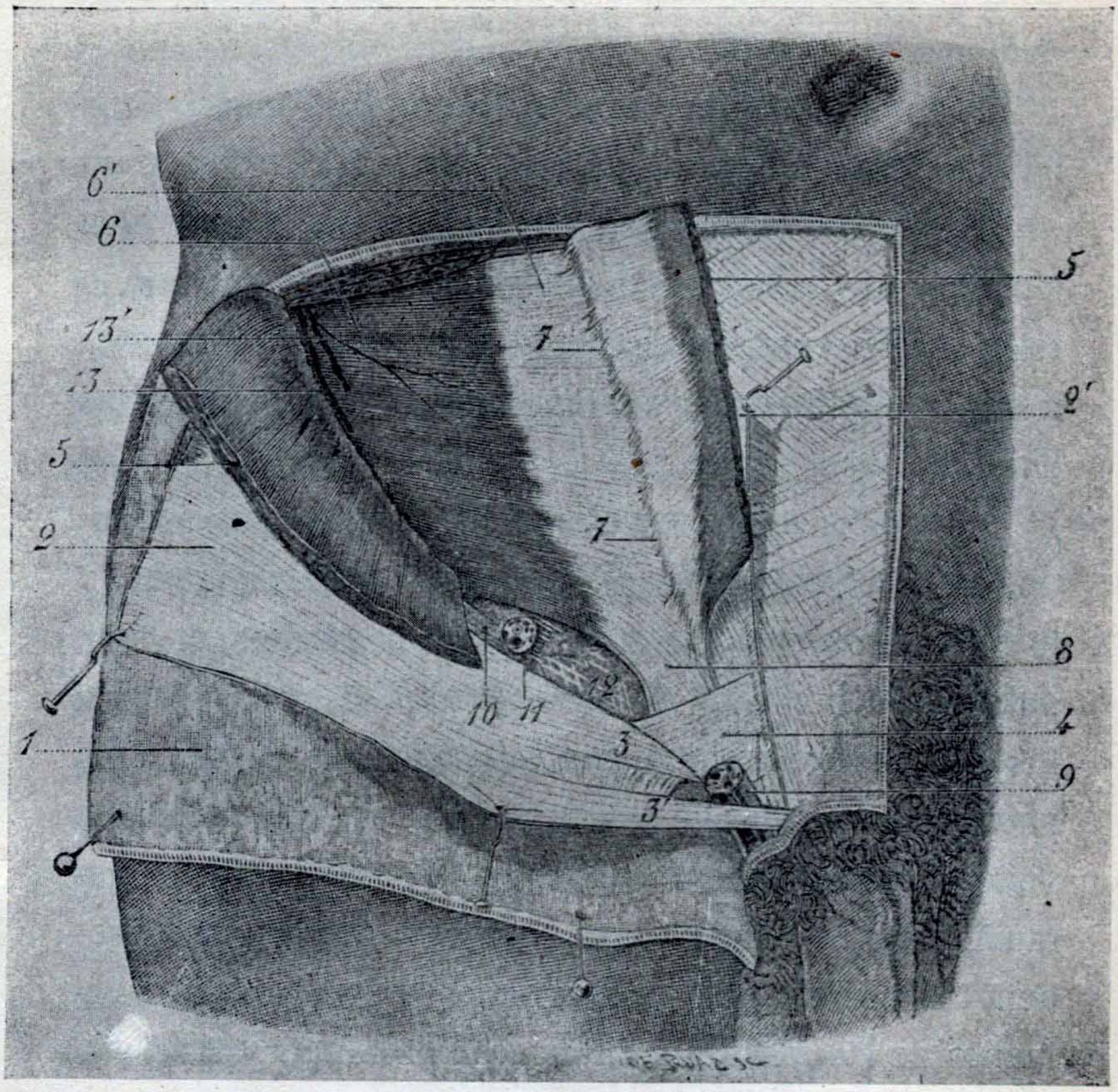
ce el Dr. Posadas, sobre el orificio externo, formándole una especie de válvula.

Dicho procedimiento primitivamente lo hacia con hilos de plata.

Todos estos procedimientos como se ve se dirigen simplemente á la pared anterior y deben ser por lo tanto ineficaces en los casos en que la pared posterior esté también relajada como sucede en las hernias directas secundarias.

El camino de la hernia oblícua externa con el tiempo, con el tráfico diremos se agranda paulatinamente y lo que era un trayecto oblícuo primitivamente, se hace directo por debilidad de sus paredes colocándose así los dos orificios inguinales uno enfrente de otro. La pared anterior es la primera que cede como hemos visto; la pared ó borde superior constituída por el pequeño oblícuo, transverso, su fusión conjuntiva representada por el tendón «Conjoint» se separan del ligamento de Poupart que antes eran próximos y vis á vis, degenerando y atrofiándose algunas veces.

La pared posterior representada por la facia transversalis, facia propia, peritoneo y ligamentos de reforzamiento se pone flácida á su vez. En esta pared se encuentran *tres ligamentos* al estado normal y que no obstante su debil contextura deben desempeñar un rol importante en el reforzamiento de ella. Estos tres ligamentos son: El de Hasselbach que bordea hacia abajo y envuelve en semi circulo el orificio interno del canal



(Figura 1)

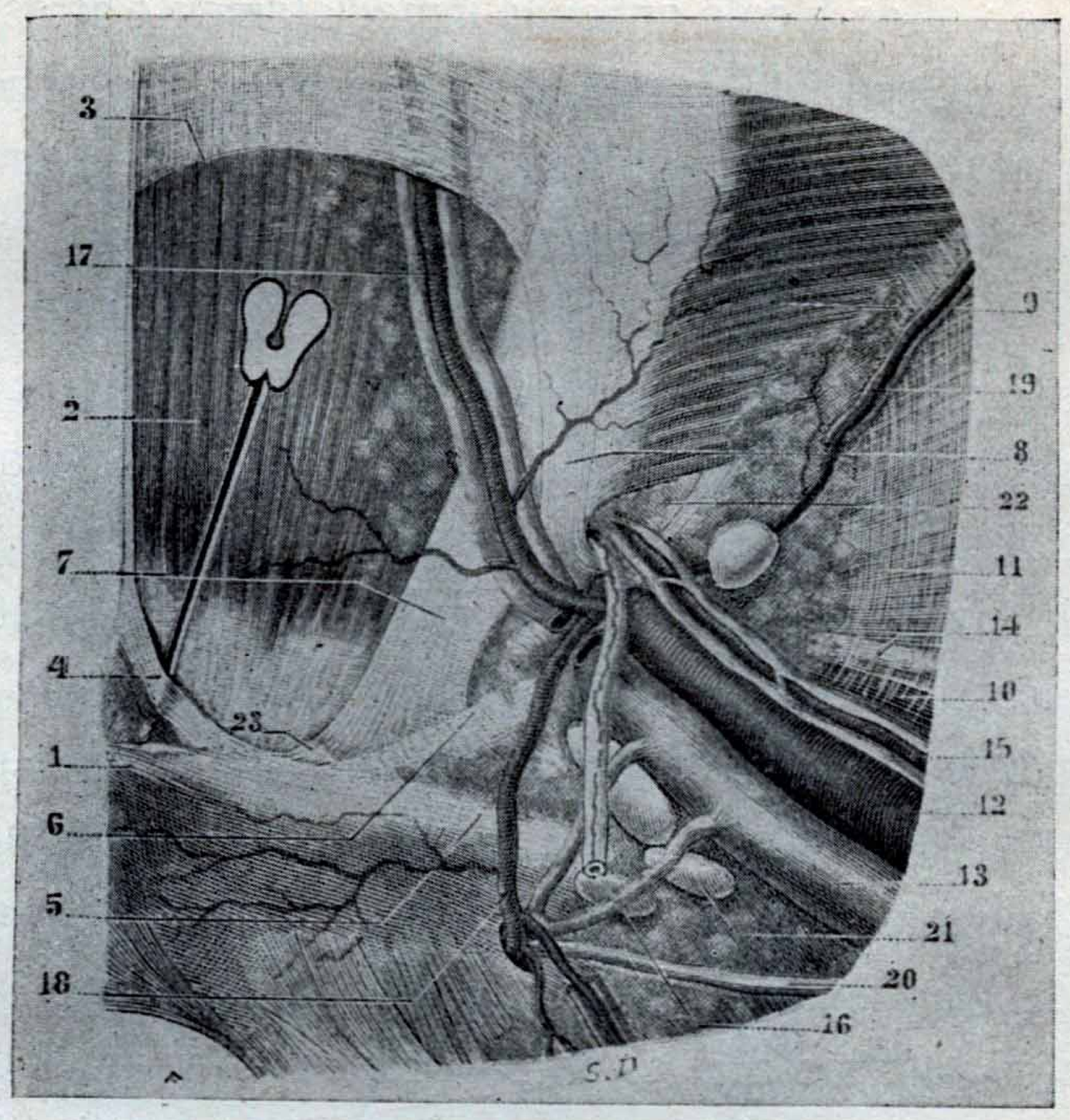
1. Colgajo cutáneo
2. 2' Aponeurosis del gran oblícuo, incindida y separada
3. 3' Pilar interno y pilar externo del anillo inguinal
4. Ligamento de Colles
5. 5, Pequeño oblícuo incindido y separado
6. Músculo transverso, con 6' su aponeurosis.
7. 7' Fusión del pequeño oblícuo y del tranverso
8. Parte reflejada del tendón común á los haces inferiores de los dos músculos, pequeño oblícuo y transverso, contituyendo el tendón conjunto.
9. Cordón
10. Cremáster
11. Vasos epigástricos
12. Facia transversalis
13. 13' Grande y pequeño abdomino-genital

inguinal; el de Henle aplicado inmediatamente atrás del tendón « Conjoint » fusionado con éste; y el de Thompson ó bandeleta ilio-pubiana que corresponde al borde inferior y externo de esta cara posterior (Figura 1 y 2) Testu Jacob).

. El orificio interno bridado por este ligamento de Hasselbach vencido, se destruye con facilidad; el orificio externo antes reforzado así por los ligamentos de Henle, por la bandeleta de Tompson, por el ligamento « Conjoint » tambien vencido ahora, se distiende sin dificultad. El trayecto entonces toma el camino más corto, camino directo y la hernia queda transformada en directa, directa secundaria. Diremos que se diferencia de las primitivas tan solo por la relación de la arteria epigástrica con el saco; quedando en la secundaria por dentro del saco y en las directas primitivas por fuera de él.

Hay en la pared posterior un punto débil llamado por los anatomistas, representado por la facia transversalis, la facia propia y el peritoneo únicamente; al estado normal es un espacio muy pequeño circundado hacia arriba y afuera por los vasos epigástricos y ligamento de Hasselbach; hacia abajo y afuera por la bandeleta ilio-pubiana de Tompson y hacia adentro por el ligamento de Henle.

Como este ligamento de Henle adhiere y se confunde con el ligamento « Conjoint » resulta que este ligamento es en verdad, por ser el más poderoso, el que



(Figura 2)

1. Sinfisis pubiana
2. Gran recto
3. Arcada de Douglas
4. Adminiculum de la línea blanca
5. Ligamento de Cooper
6. Bandeleta ileo-pectínea
7. Ligamento de Henle
8. Ligamento de Hesselbach
9. Transverso del abdómen
10. Psoas
11. Ilíaco
12. Arteria ilíaca externa
13. Vena ilíaca externa
14. Nervio crural
15. Vasos espermáticos
16. Canal deferente
17. Vasos epigástricos
18. Anastomótica de la obturatriz
19. Vasos circunflejos ilíacos
20. Nervio obturador
21. Ganglios linfáticos
22. Orificio interno del canal inguinal
23. Espina del pubis

limita hacia dentro el *punto debil*, de la pared posterior; y es así que la producción de la hernia se encuentra favorecida ó no, según el desarollo anatómico de dicho ligamento « Conjoint ».

Ahora bien, teniendo en cuenta la existencia de estos ligamentos de reforzamiento de la pared posterior, no hay duda, que ellos deben desempeñar un gran papel en la producción de la hernia ó en su recidiva; y la importancia que tendría reconstituir en lo posible esta pared destruida por la lesion. Puesto que, es lógico suponer, que habrá mayores probabilidades de cura radical cuanto más se aproxime la reconstitución á lo fisiológico. Es por esto que hemos creído, que el método de Halsted que se preocupa del reforzamiento de esta pared posterior en si misma supere un poco al excelente método de Bassini.

El reforzamiento de la pared posterior en las hernias directas se hace así indispensable; no es posible en estos casos como en las hernias jóvenes oblicuas externas, el simple reforzamiento de la pared anterior; de ahí las muchas recidivas cuando se procede indistintamente. Bassini, en 1899, presenta su método basado en 251 operaciones practicadas desde el año 1884; es así entonces el primero que formula un reforzamiento de la pared posterior del canal inguinal. Su procedimiento ha sido consagrado como el clásico, pudiéndose decir que este ha servido de base para modificaciones posteriores realizadas por otros cirujanos.

Procedimiento de Bassini. El cirujano italiano ha creado un procedimiento que ha quedado como típico y clásico entre todos los procedimientos que se ocupan de reforzar la pared posterior: 1.º Hecha la incisión en la piel se abre la pared anterior del canal; se toma cada labio de esta pared con una pinza de Köger, se le reclina hacia arriba y hacia abajo respectivamente; siguiendo el labio superior se reconoce el pequeño oblicuo y transverso claramente: lo mismo se procede con el labio inferior hasta ver claramente el ligamento de Poupart. 2.º Una vez hecho esto se reconoce el saco herniario y se le extirpa lo más *lejos posible*, este es un punto importante, pues, se está de acuerdo actualmente, que el infudibulum peritoneal es una causa de la recidiva, por lo tanto, se debe tratar de hacerlo desaparecer completamente, aún si fuera necesario con el punto de Barker. 3º. Se aisla el cordón, se lo disocia y se lo carga en un separador que se entrega al ayudante para que lo mantenga por arriba y fuera del campo operatorio.

Reconocida la facia transversalis se le *incinde superficialmente,* por debajo del pequeño oblicuo y transverse, á fin de favorecer el deslizamiento de estos dos músculos.

(En lugar de disociar el cordón muchos cirujanos realizan el procedimiento de Bassini rechazandolo hacia atrás del plano muscular, Aguilar, etc.) 4º. Por una serie de puntos se hace descender el pequeño oblícuo y trans-

verso. Para esto los puntos de seda, pasan por el borde interno de la arcada de Poupart y por el borde muscular; colocándose los puntos necesarios á un centimetro uno de otro hasta cerrar la pared posterior.

Por el lado externo hay que tener cuidado de no herir la vena; por el lado interno hay que tener cuidado en hacer descender el tendón «Conjoint» y aproximarlo bien al ligamento de Poupart para hacer desaparecer así el *punto debil* de la pared posterior. Si este tendón «Conjoint» está muy atrofiado ó distante; y que haga el aproximamiento se puede abrir la vaina del recto y con la hoja anterior de dicha vaina cerrar la pared posterior.

5º. Hecho esto se coloca el cordón en su nuevo trayecto, reposando así en el nuevo plano muscular y se cierra la pared anterior del canal, suturando los lábios del gran oblicuo. Se cierra la herida cutánea.

El cirujano *Aguilar,* asi como otros cirujanos prefiere colocar el cordón por detrás del nuevo plano muscular de reforzamiento. Tiene esta modificación la ventaja que, se deja el cordón en su lugar y que por lo tanto no se practica esas tracciones que requiere el procedimiento clásico; y que muchas veces traen como consecuencia neuralgias del testículo. Por otra parte el cordón por el procedimiento de Bassini queda aprisionado en un canal resistente que puede ser tambien causa de neuralgia.

Al procedimiento de Aguilar se critica que deja los dos oirificios inguinales, interno y externo uno en frente

de otro y que puede así favorecer la producción de una hernia directa si se produce recidiva.

Sin embargo, las ventajas superan los incovenientes en favor de la modificación de Aguilar, siendo por otra parte más facil su técnica.

Procedimiento de Wolfler. Este cirujano sin conocer el procedimiento de Bassini y un año antes de la publicación de éste (1888) hace conocer un procedimiento de reforzamiento de la pared posterior semejante al del cirujano italiano.

Wolfler realiza la construcción de esta pared posterior de la manera siguiente: 1º. Incision de la piel; 2º. Incision de la aponeurosis del gran oblicuo. 3º. Sutura del pequeño oblícuo y transverso al borde postetior de la arcada, dejando únicamente un pequeño pasaje en su parte inferior para el cordón; 4º. Incisión longitudinal de la vaina anterior del recto, sutura del borde interno del recto al ligamento de Poupart; 5º. Por arriba sutura á la arcada del borde interno de la vaina incindida: 6º. Reunion por arriba de la aponeurosis del gran oblicuo y sutura de la piel.

Wolfler hizo después una modificación á su procedimiento aunque para abandonarla depués y fué la siguiente: Desprendía completamente el testículo del escroto con la sección del gubernaculum de Hunter; y después junto al borde externo del recto practicaba con bisturí el corte de la facia tranversalis para penentrar con el dedo detrás de dicho músculo entre éste y el

tejido celular subseroso destruyendo la union con el músculo recto del lado opuesto. Después de atraer el recto hacia fuera por medio de un gancho romo, hacia salir el testículo junto con el cordón espermático *á traves de una hendidura entre ambos rectos*: y se lo conducía luego al escroto en donde se lo suturaba de nuevo al gubernaculum. De esta manera podia cerrarse totalmente el canal inguinal. Como hemos dicho este procedimiento fué mas tarde abandonado.

Por ser muy semejante á este procedimiento mencionaremos el de *Frank*; que consistía en hacer una gotera en el hueso en cuya depresión asi formada colocaba el cordón para poder cerrar totalmente el canal inguinal. Este procedimiento como la modificación de Wolfler tenia el peligro de la compresión del cordón.

Entre estos procedimientos en los cuales el cordón queda por detrás del plano de reforzamiento, debemos mencionar el de *Aguilar*. Este cirujano descendia el pequeño oblicuo y transverso y su tendón conjuntivo para suturarlo con el ligamento de Poupart; dejando por detrás de este plano muscular, el cordón.

Mugnai y Ferrari Talvez al mismo tiempo que el cirujano argentino publicaban un método semejante; reconstituyendo el canal en dos planos. Incindian la fascia transversalis, rechazaban el cordón profundamente; luego tomaban la facia transversalis, pequeño oblicuo y transverso para suturarlos al borde posterior de

la arcada; el gran oblicuo era suturado separadamente como en los otros procedimientos.

Procedimiento de Halsted (Cirujano jefe del Johns Hopkins Hospital). Para esta descripción, hemos seguido la que da Binnit en su « Operativa surgeri »

1º. Se incinde la piel y la aponeurosis del gran oblicuo, como en la operación de Bassini. Se reflejan las dos hojas aponeuróticas.

2º. Se reconoce y extiende el cremaster y la facia inmediatamente por arriba del cordón.

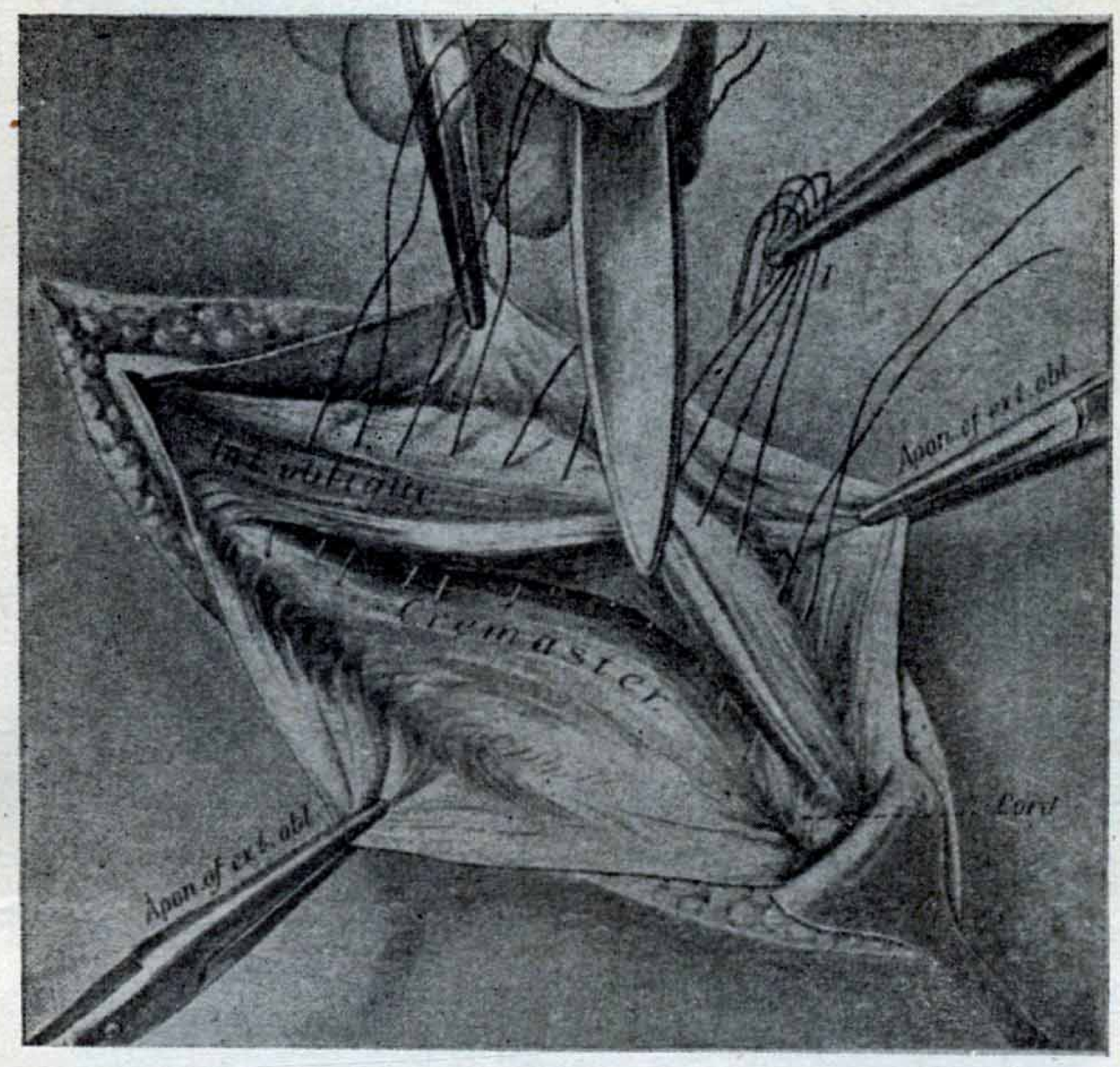
3°. Se expone con toda claridad el pequeño oblicuo en la vecindad del canal.

4°. Se examina la hernia y el cordón. Si las venas son anchas, como sucede comunmente, se las exinde con gran precaución cuidando aun las insignificantes extravasaciones de sangre en los tejidos; al rededor de las pequeñas venas y canal deferente que le acompaña. No levantar el canal deferente. Es mejor no palpar ó tocar si es posible, por temor á la trómbosis. Se ligan las venas, fuerte lo más altamente posible en el abdomen. La ligadura inferior, arriba del testículo, quedando el muñón á la altura del anillo inguinal externo.

5º. Ligar el saco lo más altamente posible y desviarlo con el punto de Barker.

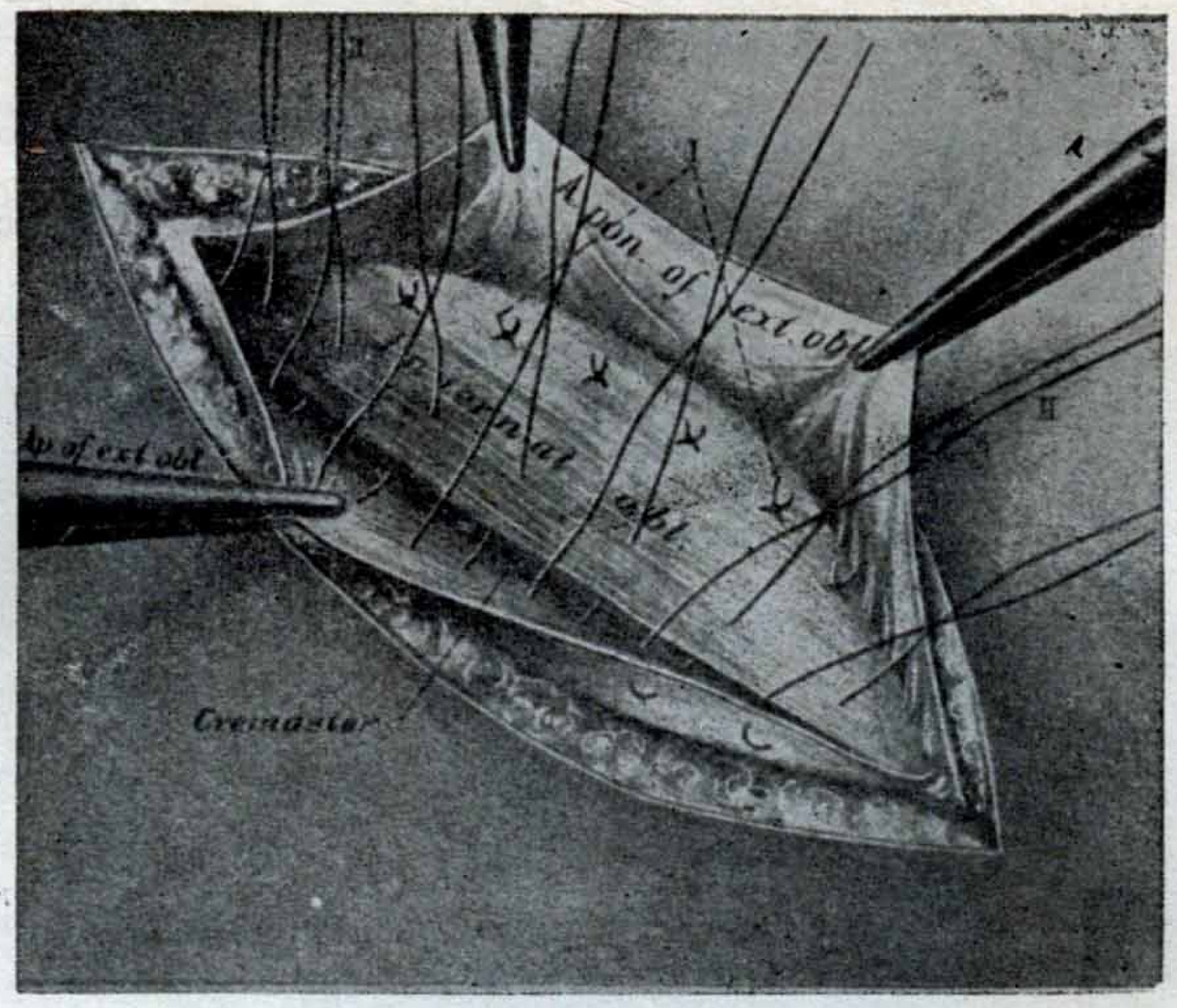
6º. Tirar la hoja inferior del cremaster y la facia hacia la cara posterior de pequeño oblicuo, y fijarla por finas suturas: tomando el cremaster, con puntos en U. Se perfora el pequeño oblicuo con su porción aponeu-

rótica, lo que es preferible y se tiran y anudan los hilos en su superficie externa (Figura 3 Halsted)



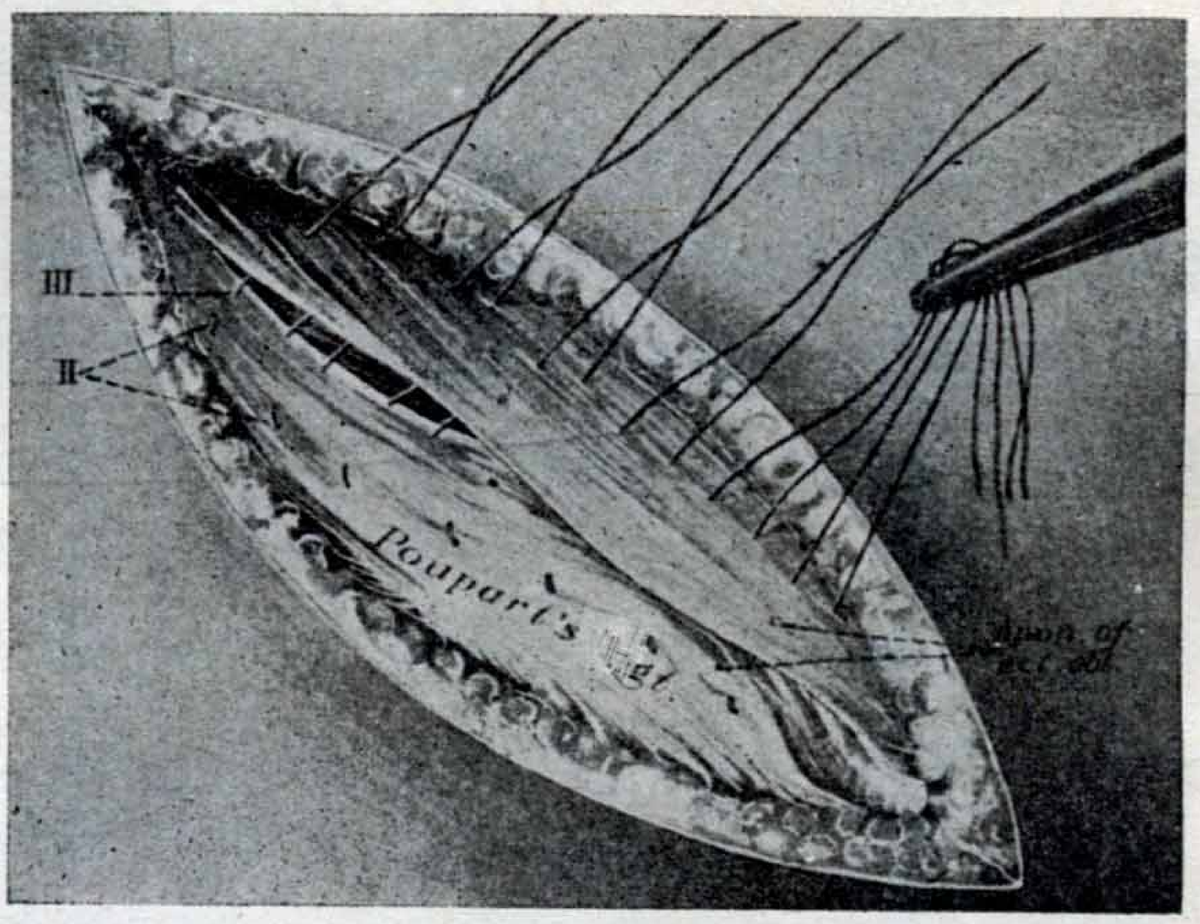
(Figura 3)

7°. Unir el borde del pequeño oblicuo y tendón « Conjoint » al ligamento de Poupart, como en la operación de Bassini; movilizar estos músculos. (Figura 4 Halsted).



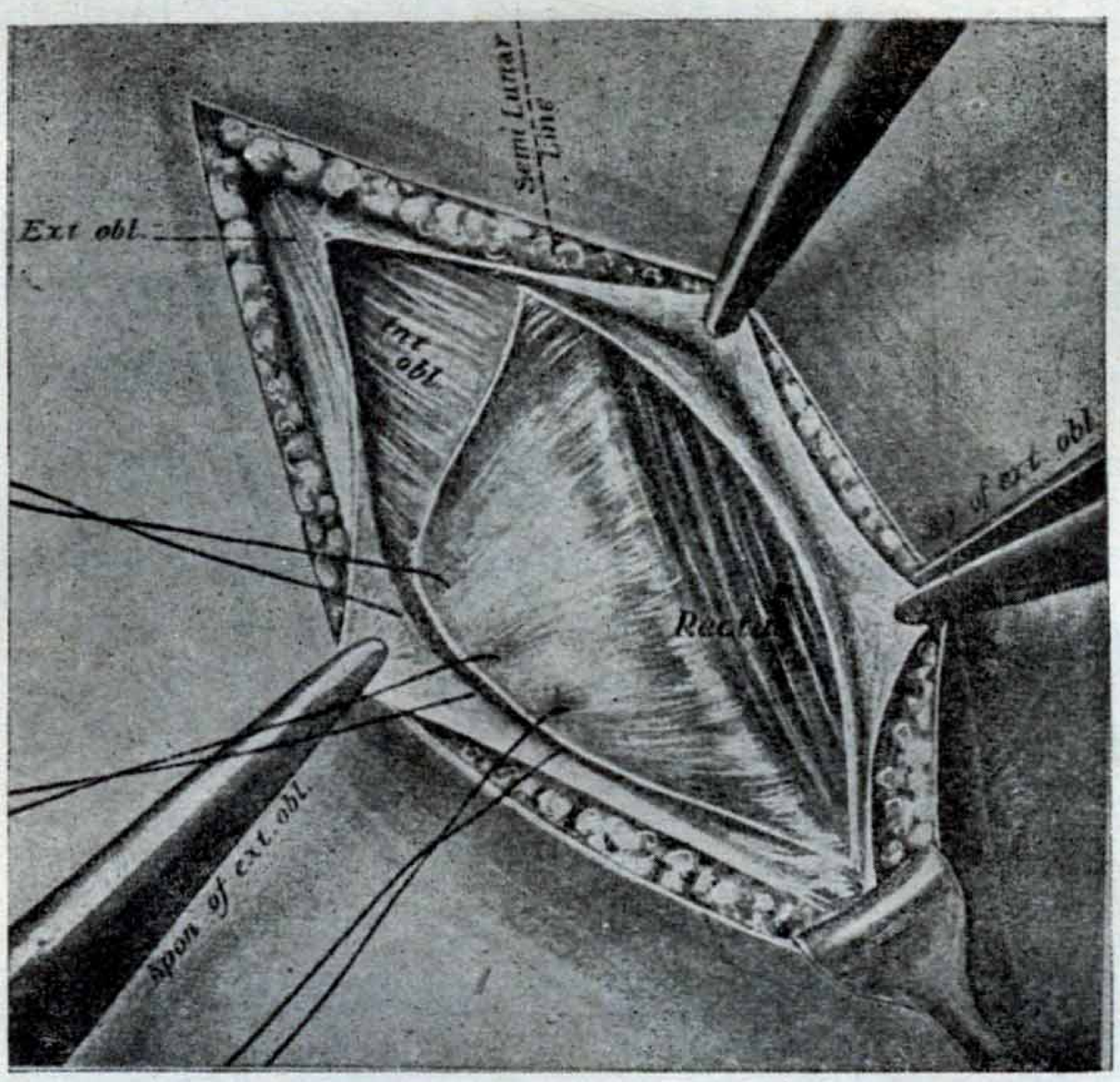
(Figura 4)

Cuando el orificio de la hernia es muy grande y el tendón « Conjoint » muy atrofiado, la hoja anterior de la vaina del recto, puede ser reflejada hacia abajo y hacia fuera y suturada á la cara posterior del ligamento de Poupart, favoreciéndo así el cierre del canal. (Figura 5 Halsted).



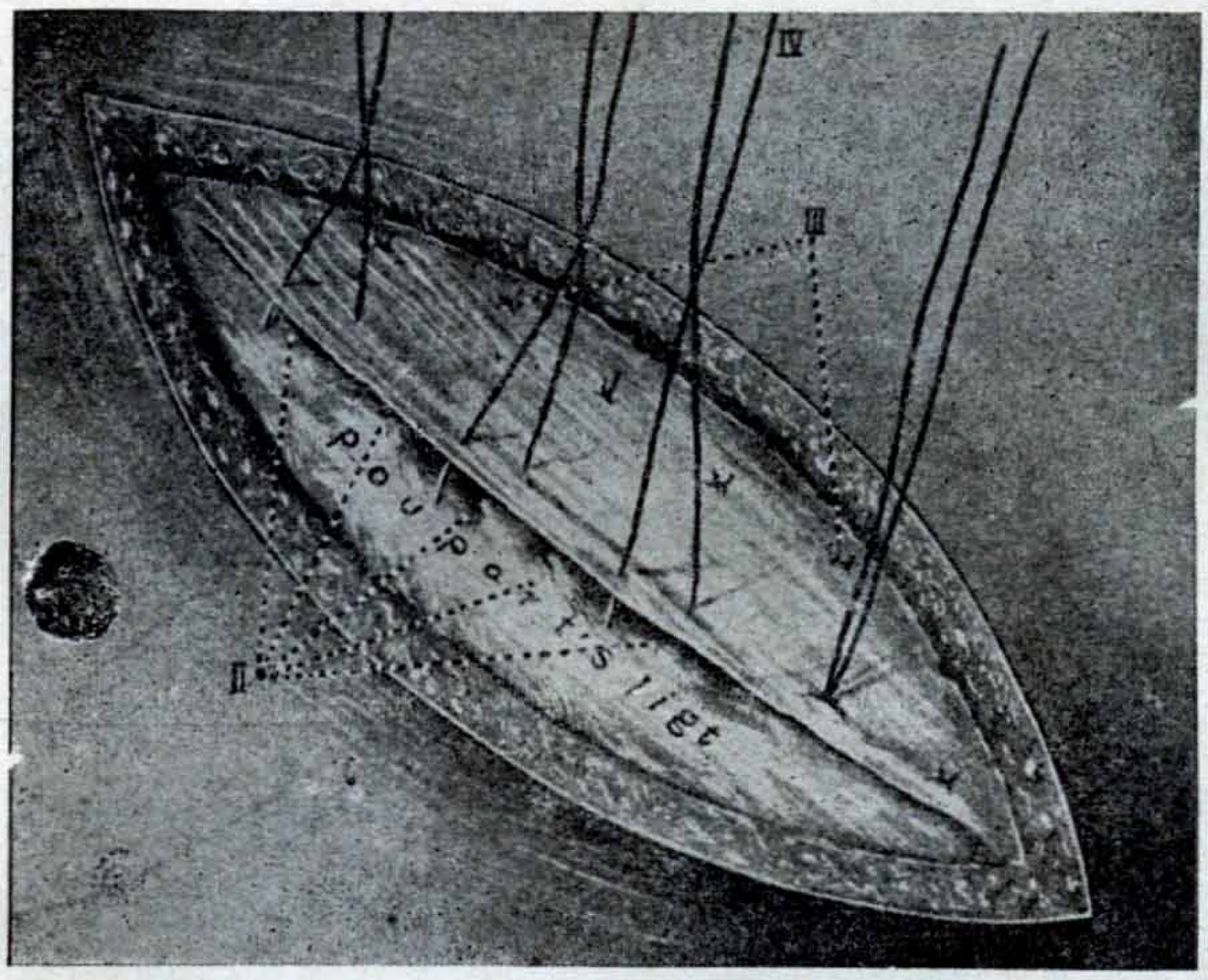
(Figura 5)

8.º La aponeurosis del gran oblícuo imbricándola



(Figura 6)

llevando el borde de la hoja inferior por bajo de la hoja superior, por medio de puntós en U (Figura 6 Halsted),



(Figura 7)

y la hoja superior sobre la inferior fijando su borde sobre el ligamento de Poupart. (Figura 7 Halsted).

Es justo al tratar del procedimiento de Halsted tocar una cuestión aunque sea de paso y ligeramente y es la prioridad del metodo. Parece que ***Rechar y Schuarz*** separadamente han empleado un procedimiento identico al de Halsted, pero ambos han hecho sus publicaciones posteriores al cirujano del «*Jonhs Hopkins Hospital*».

CONCLUSIONES

Haciendo un estudio en conjunto y sintetico de los procedimientos descritos y apoyado por las observaciones ajenas y nuestras, llegamos á las concluciones siguientes:

1.º Que los procedimientos del tipo de Lucas Championnière es decir que solo se dirigen á la pared anterior, sea abriendo ó no esta pared (Procedimientos de Lucas Championnière, Posadas, Estor, Roux): solo pueden ser buenos, cuando se trata de una hernia oblícua externa en su primer grado, punto de hernia ó bubonocele; casos en los cuales solo esta pared es debilitada y por lo tanto suficiente su único reforzamiento.

Pero en la práctica la hernia que encontramos generalmente, es la hernia inguino-escrotal ó escrotal; hernias grandes ó viejas, ya rapidamente llegadas á un

gran tamaño, ya que con la edad han llegado á descender lo suficiente para molestar. Es en estas circunstancias que se presentan los enfermos.

2.º Que en estos casos; cuya pared posterior está forzosamente debilitada, la reconstitución del plano del gran oblicuo es completamente insuficiente; su tendón aponeurótico aún plegado constituye y en esto están de acuerdo la mayoría de los cirujanos, una pared debil para sostener las víceras abdominales: así es pues, que en estos casos es lógico buscar un mayor plano de reforzamiento y á este fin se dirigen los procedimientos, cuyo tipo diremos, es el de Bassini.

Ahora bien: Aceptada la necesidad del reforzamiento de la pared posterior nos parerce que el mejor procedimiento ha de ser aquel que, refuerce mejor esta pared. Bassini la refuerza por medio del pequeño oblicuo transverso descendido hasta la arcada; Halsted agrega aun á este plano otro más profundo formado por la fascia transversalis y cremaster, extendidos sobre todo el trayeto del canal inguinal por detrás del plano de Bassini.

Este reforzamiento moderno de la pared posterior del canal inguinal á expensas de su misma pared; tiene su razón de ser, pues, él tiende á reconstituir una pared que contiene tres ligamentos en su espesor; ligamientos (De Hasselbach, de Henle, de Tompson) que limitan el punto debíl de los anatomistas en la pared posterior; ligamentos que deben tener su rol

fisiológico y que se encuentran debilitados en las hernias grandes directas ú oblicuas.

Por esta razón nosotros consideramos al procedimiento de Halsted superior al clásico Bassini; el restablecimiento de la tonalidad de la fascia transversalis por medio del primer plano de sutura; la imbricación de planos aponeuróticos y musculares tienen que dar indudablemente mayor sostenimiento á las vísceras abdominales.

Si bien es cierto que el procedimiento es algo más laborioso que los otros, pero unos pocos minutos más que se empleen para realizarlo no tienen suficiente valor para ser considerado como una objección al procedimiento del «*Jonhs Hopkins Hospital*».

OBSERVACIONES

HOSPITAL PIROVANO

Observacion I

Servicio del Doctor Emina. Sala 5ª.

Operador Doctor Abalos.

Angel Tarántula, 62 años, italiano, jornalero, casado, ingresa al servicio en Abril 23 de 1909 y sale de alta el 5 de Mayo.

Diagnóstico: Hernia inguinal é hidrocele.

Antecedentes: La hernia data de un año, el hidrocele de 20 días, no hay antecedentes de importancia.

Estado actual: Se aprecia al lado derecho de la

bolsa un grueso tumor, con todos los caracteres clásicos de un hidrocele.

En el canal inguinal del mismo lado se aprecia cuando el enfermo aumenta la presión abdominal, la saliencía de un pequeño tumor blando, reductible espontáneamente cuando cesa la presión, no doloroso.

Operación: Anestesia: cloroformo.

1.º Operación del hidrocele con inversión de la vaginal.

2.º Operación de la hernia, por el procedimiento de Halsted, con seda.

Post-operatorio: Curación por primera; alta á los 12 días.

Observación II

Servicio del Doctor Emina.—Sala VI.—Cama 18.

Operador: Doctor Abalos.

José Varela, 22 años, español, cochero, soltero, entra al servicio en Diciembre 1.º de 1909 y sale de alta el 25 del mismo mes.

Diagnóstico: Hernia inguinal directa.

Antecedentes: Ha tenido varias veces congestiones pulmonares y actualmente padece de colitis. Su enfermedad actual existe desde dos años.

Estado actual: Se aprecia en la región inguino-escrotal izquierda un pequeño tumor el que aumenta con la tos y los esfuerzos. Al examen del anillo inguinal se nota su agrandamiento.

Operación: Anestesia: cloroformo.

Operación de la hernia por el metodo de Halsted.

Post-operatorio: Cura por primera. A los ocho meses hemos vuelto á ver dicho enfermo; y sus paredes no se han debilitado en lo más mínimo.

Observación III

Servicio del Doctor Emina—Sala VI—Cama 21.

Operador: Doctor Abalos.

Gregorio Salomón: Argentino, 48 años, casado, jornalero, (estibador); entra al servicio el 2 de Mayo de 1909.

Diagnóstico: Enterocele escrotal.

Antecedentes: Hace 5 años que sufre del corazón (insuf. mitral) la hernia hace 12 años que la tiene, comenzando lentamente hasta la actualidad que tiene un gran enterocele escrotal el que es reductible y sin dolor.

Ha sido pasado de una sala de Clínica Médica donde entró por su corazón.

Operación: Anestesia á la cocaína.

Se realiza sin el menor inconveniente encontrándose con una gruesa hernia del ciego por deslizamiento de su meso y peritoneo.

Post-operatorio: Cafeina. Alcanfor, digital para mejorar su corazón.

Curación por primera

Observación IV

Servicio del Doctor Emina — Sala VI — Cama 27.

Operador: Doctor Abalos.

Nicolás Garabelli, italiano, soltero, 17 años, jornalero, (jardinero); ingresa al servicio el 14 de Mayo de 1909.

Diagnóstico: Hernia inguinal externa (epiplocele).

Antecedentes: Hace tres meses que comienza á notar la hernia por el dolor que á veces le ocasiona.

Estado actual: Actualmente se presenta un grueso tumor herniario, inguinal externo, epiplocele, siendo reductible y con un grueso anillo.

Operación: Anestesia, cloroformo.

Operación de Halsted: pues se reconoce una vez abierto el canal; el punto debil muy grande muy separado el tendón «Conjoint» del ligamento de Poupart. Se dan tres puntos en U profundos; se aproxima el pequeño oblícuo y transverso al borde del ligamento de Poupart; y se inmoviliza las dos hojas del gran oblícuo.

Post-operatorio: Curación por primera.

HOSPITAL ROSARIO

Observación I

Servicio del Doctor Vaquie—Sala 1.
Operador: Doctor Abalos.
Salvador Longo, italiano, 22 años, soltero, jornalero; ingresa al servicio del Doctor Vaquie en el Hospital «Rosario» (Ciudad Rosario de Santa Fé) el 1.º de Agosto de 1909 y sale de alta el 12 del mismo mes.

Diagnóstico: Hernia inguinal directa secundaria.

Antecedentes: Ha tenido sarampión é influenza, sufre de costipación y es hemorroidario. Su hernia data de unos cuatro años.

Estado actual: Se aprecia en el canal inguinal izquierdo un pequeño tumor el que aumenta de volúmen con los esfuerzos, notándose á su examen un grueso anillo.

Operación: Anestesia: Raquidea cocaína y estovaina; previa inyección de morfina y escopolomina una hora antes de la inyección en el canal medular.

Procedimiento de Halsted, con seda.

Post-operatorio: Curación por primera.

Observación II

Servicio del Doctor Vaquie – Sala I.

Operador Doctor Abalos.

Antonio Pascuale, Italiano, 25 años, soltero, cochero; entra al servicio el 22 de Agosto de 1909.

Diagnóstico – Hernia inguinal izquierda directa secundaria.

Antecedentes: La hernia data de un año no hay antecedentes de importancia.

Estado Actual: Se aprecia del lado izquierdo; cuando el enfermo aumenta la presion abdominal, la saliencia de un pequeño tumor blando reductible espontáneamente cuando cesa la presión, no es doloroso.

Operación – Anestesia: Igual que la anterior con resultado satisfactorio. Procedimiento de Halsted.

Curación por primera.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Teoría moderna sobre producción de las hernias.

II

Cuales el agente activo de la extrangulación-hernia-ria (inguinal).

III

Resultados Comparativos de los distintos procedi- para la cura radical de las hernias inguinales.

Nos hemos limitado á presentar seis observaciones solamente, á fin de evitar repeticiones de casos semejantes pues, como hemos dicho en todos los casos de hernias directas secundarias, hernias viejas en que hemos podido intervenir directa ó indirectamente ó en los que han practicado algunos cirujanos accediendo á nuestro pedido se ha seguido la misma técnica

BIBLIOGRAFÍA

Operative—Surgery - Binnit.

Tratado Operaciones Köger.

Cirugía Clínica y Operatoria de Bergman—P. Bruns—J. Miculies—Graser.

Graser.

Gazette des Hôpitaux 1905.

Revue de Ginécologie et de Chirurgie abdominale Octubre 1908.

Testut et Jacob Anatomie Topagraphique.

T. Rochard Les Hernies 1904.

La Semain Médicale 1902.

Buenos Aires. Octubre 5 de 1909,

Nómbrase al señor Consejero doctor E. Obejero, al Profesor titular doctor O. Hernández y al Profesor suplente doctor M. Viñas, para que, constituídos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el articulo 4.º de la Ordenanza sobre exámenes,

E. BAZTERRICA

R. S. Cómez
Secretario

Buenos Aires, Octubre. 25 de 1909.

Habiendo la Comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº. 2098 del libro repectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

R. S. Gómez
Secretario