



Año 1918

Núm. 3462

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA

Imbricación retrofunicular de los planos

EN EL

Tratamiento de la hernia inguinal

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ M. BASSO

Ex practicante honorario del Instituto Jenner (1910-1911)

Ex practicante externo menor y mayor del Hospital Pedro Fiorito
(1913-1914-1915-1916).

Ex practicante mayor por concurso de clasificaciones del Instituto Modelo
de Clínica Médica (1916)

Ex practicante mayor por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional
de Clínica (1917).

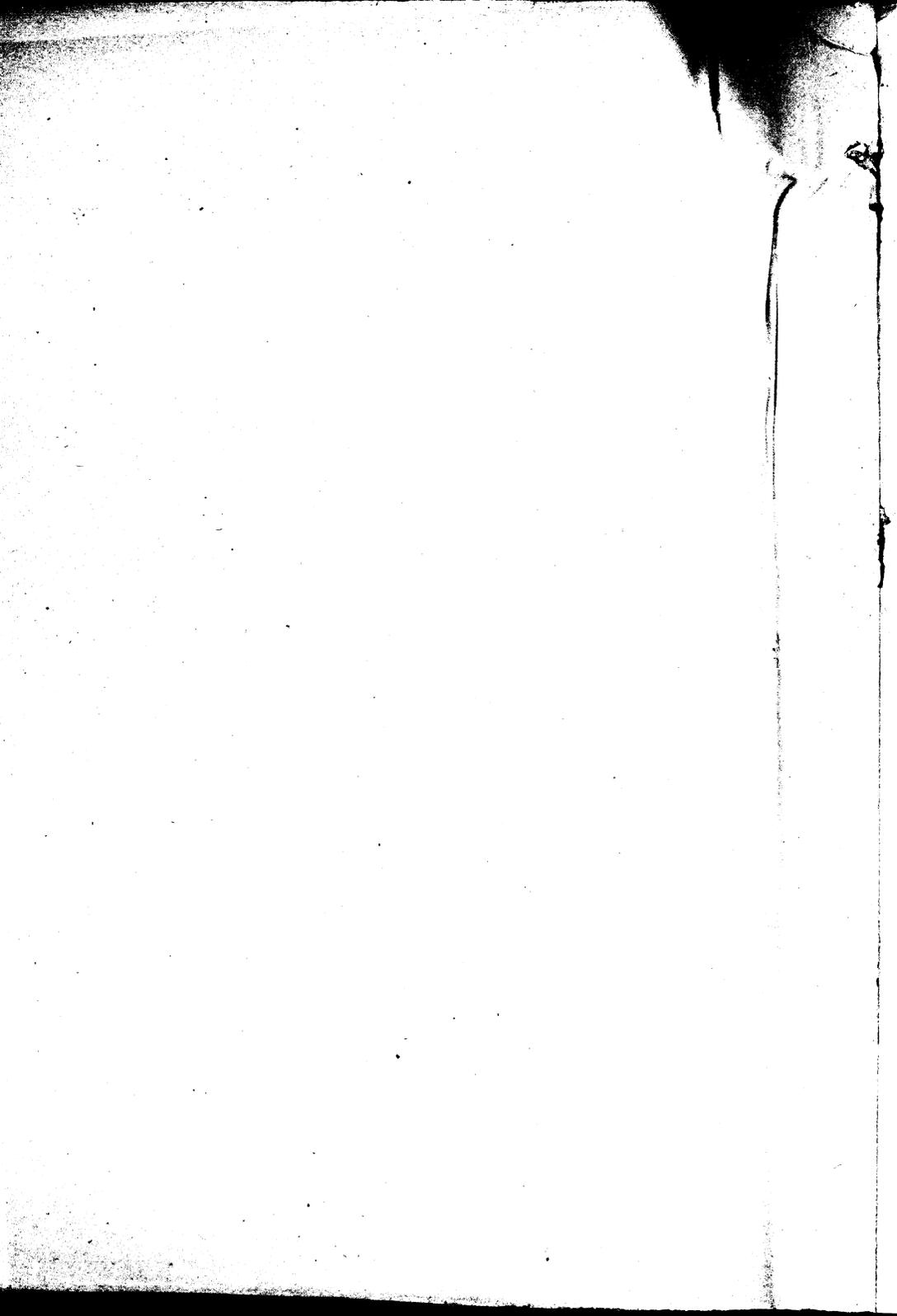


BUENOS AIRES

Talleres Gráficos de Juan Perrotti — Defensa 523

1918

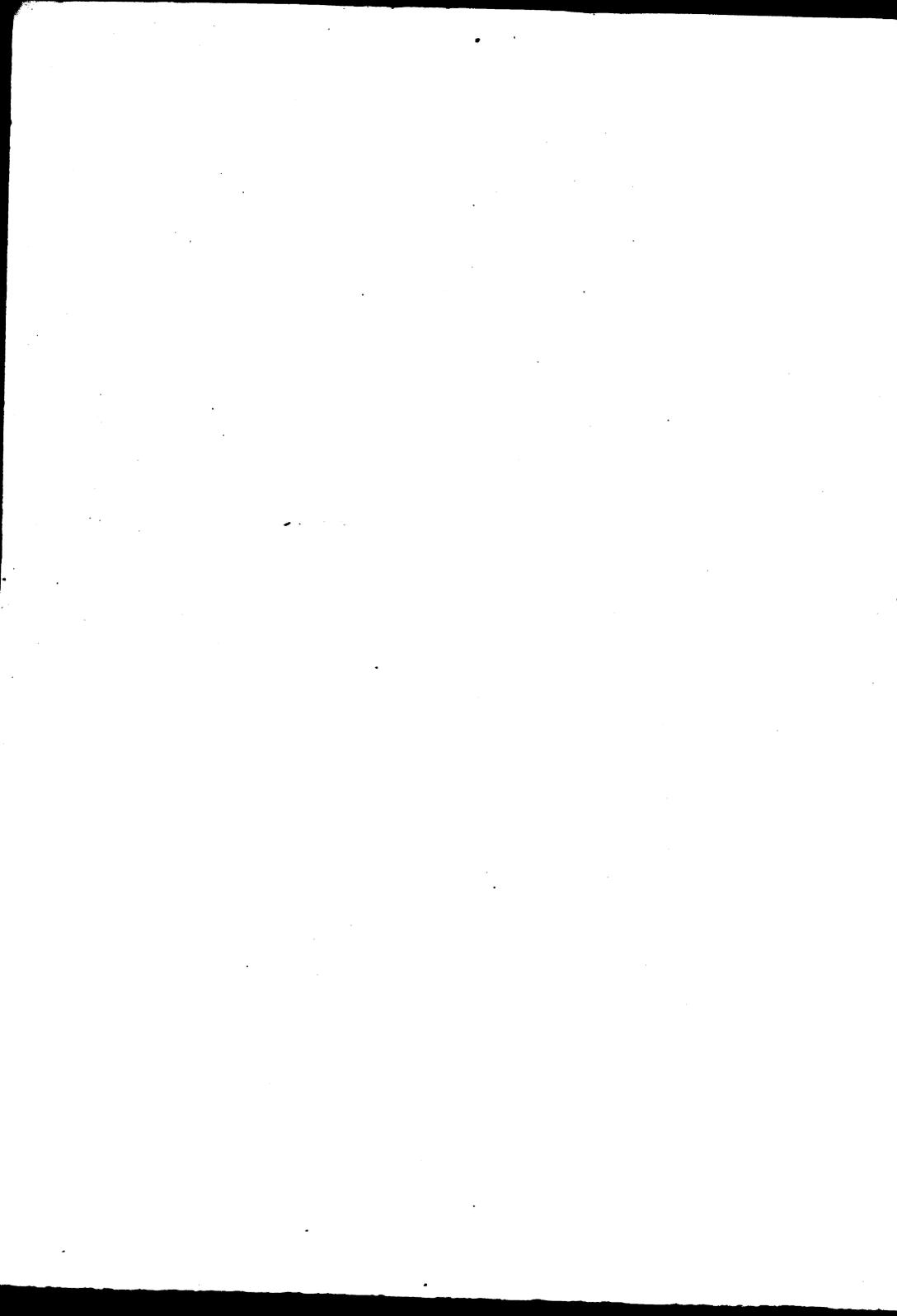
Misc. B. 31.5



LA IMBRICACIÓN RETROFUNICULAR DE LOS PLANOS

EN EL

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL



Año 1918

Núm. 3462

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA
Imbricación retrofunicular de los planos
EN EL
Tratamiento de la hernia inguinal

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

JOSÉ M. BASSO

Ex practicante honorario del Instituto Jenner (1910-1911)

Ex practicante externo menor y mayor del Hospital Pedro Fiorito
(1913-1914-1915-1916).

Ex practicante mayor por concurso de clasificaciones del Instituto Modelo
de Clínica Médica (1916)

Ex practicante mayor por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional
de Clínica (1917).



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos Juan Perrotti - Defensa 523

1918



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

VICEPRESIDENTE

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

MIEMBROS TITULARES

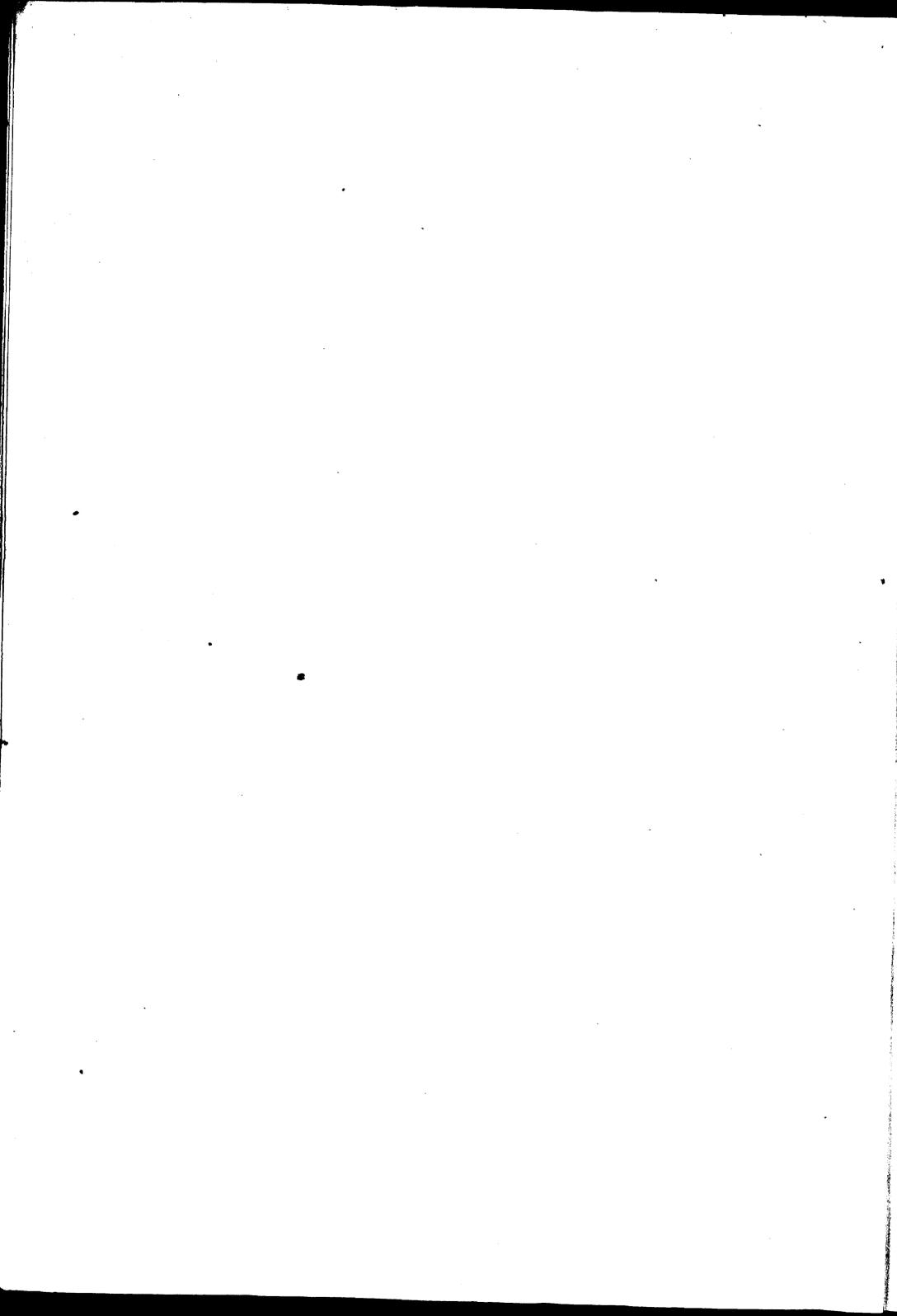
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTON
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PISERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIOGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSE A. ESTEVES
24. Vacante.

SECRETARIO GENERAL

(Vacante)

SECRETARIO

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

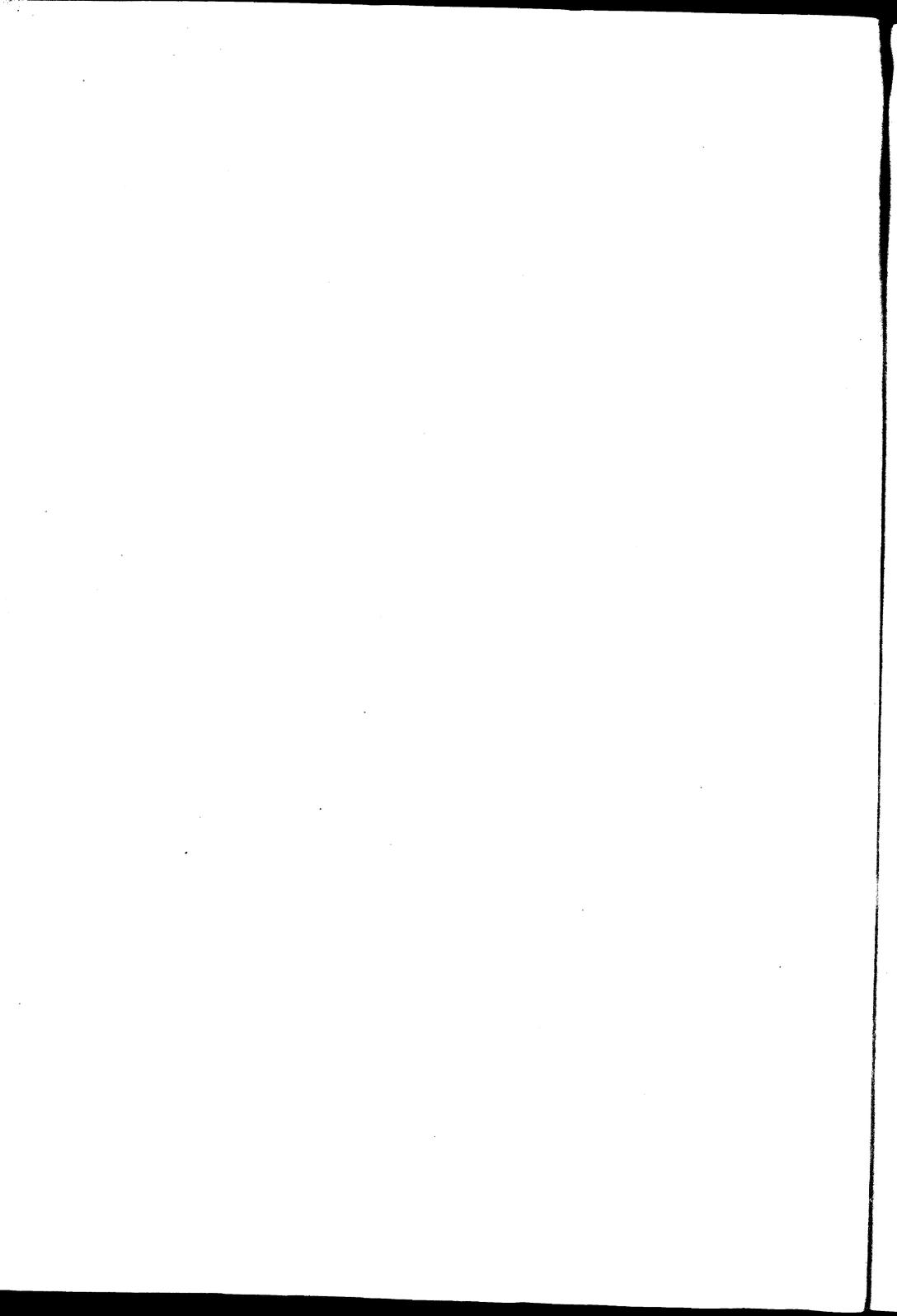


FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. TELEMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

VICEDECANO

DR. D. DOMINGO CABRED

CONSEJEROS

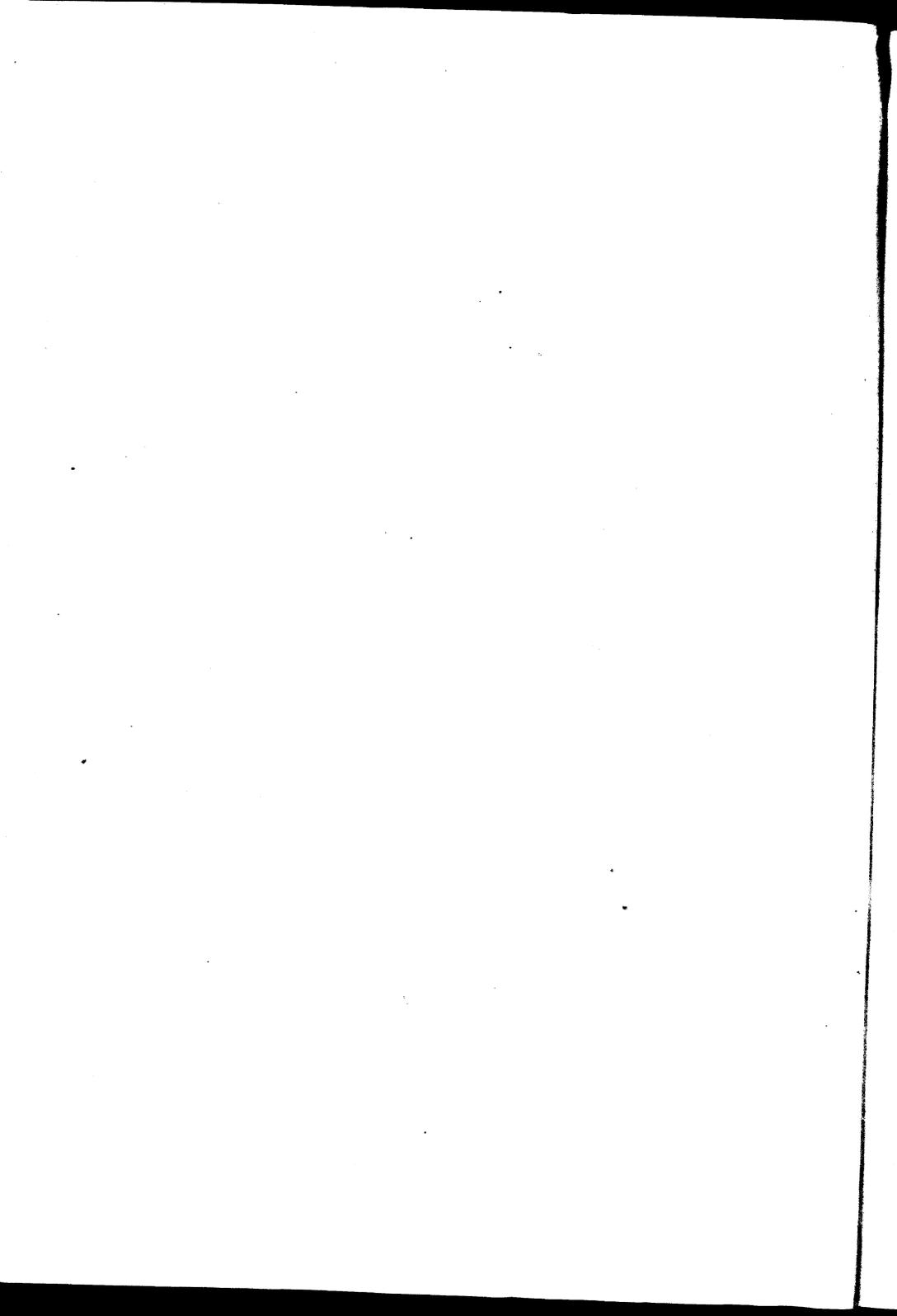
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTON
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSE ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRAN
- » » JOSE F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (supl.)
- » » FAXOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VISAS
- » » PASCUAL PALMA

SECRETARIOS

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU

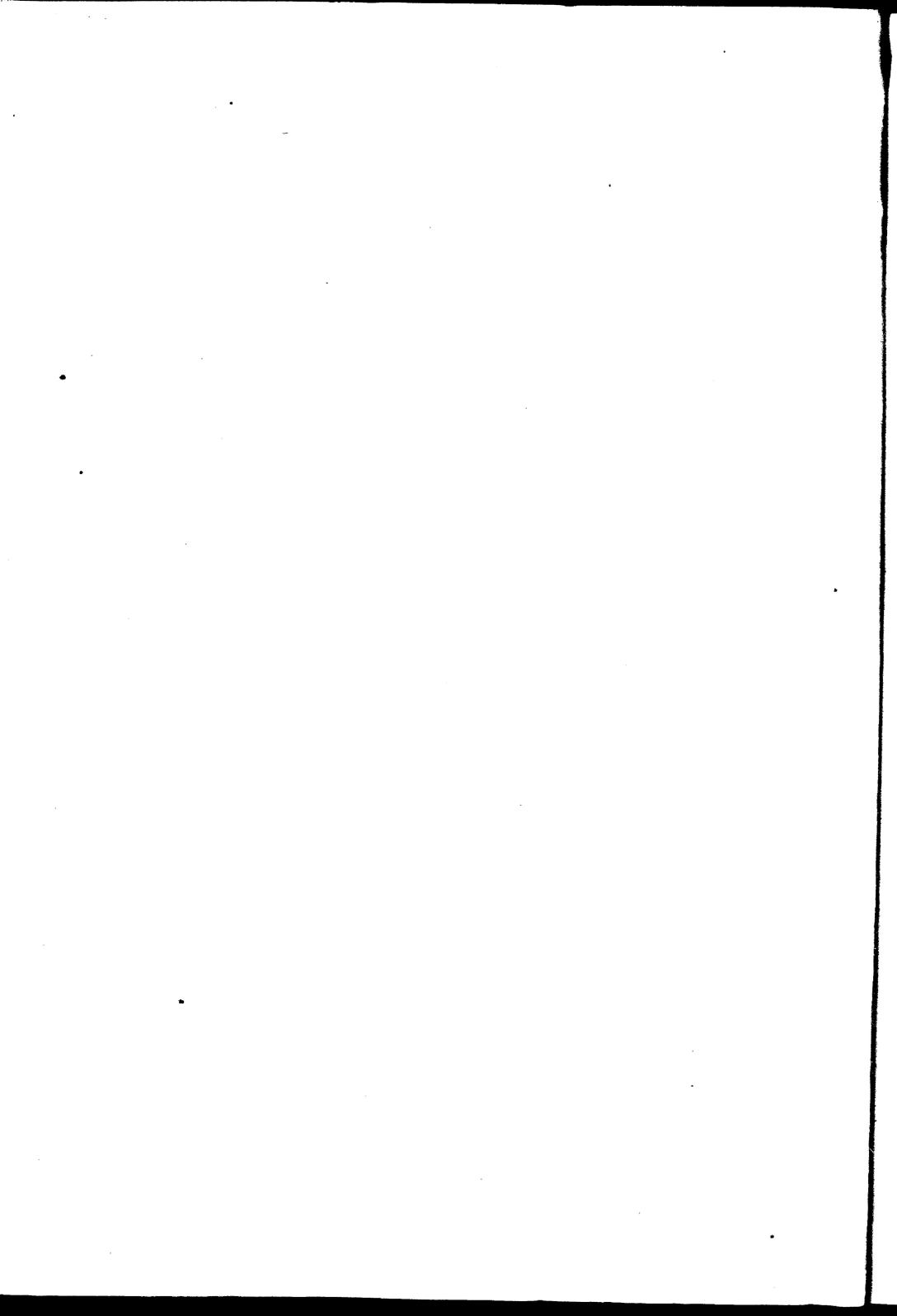


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

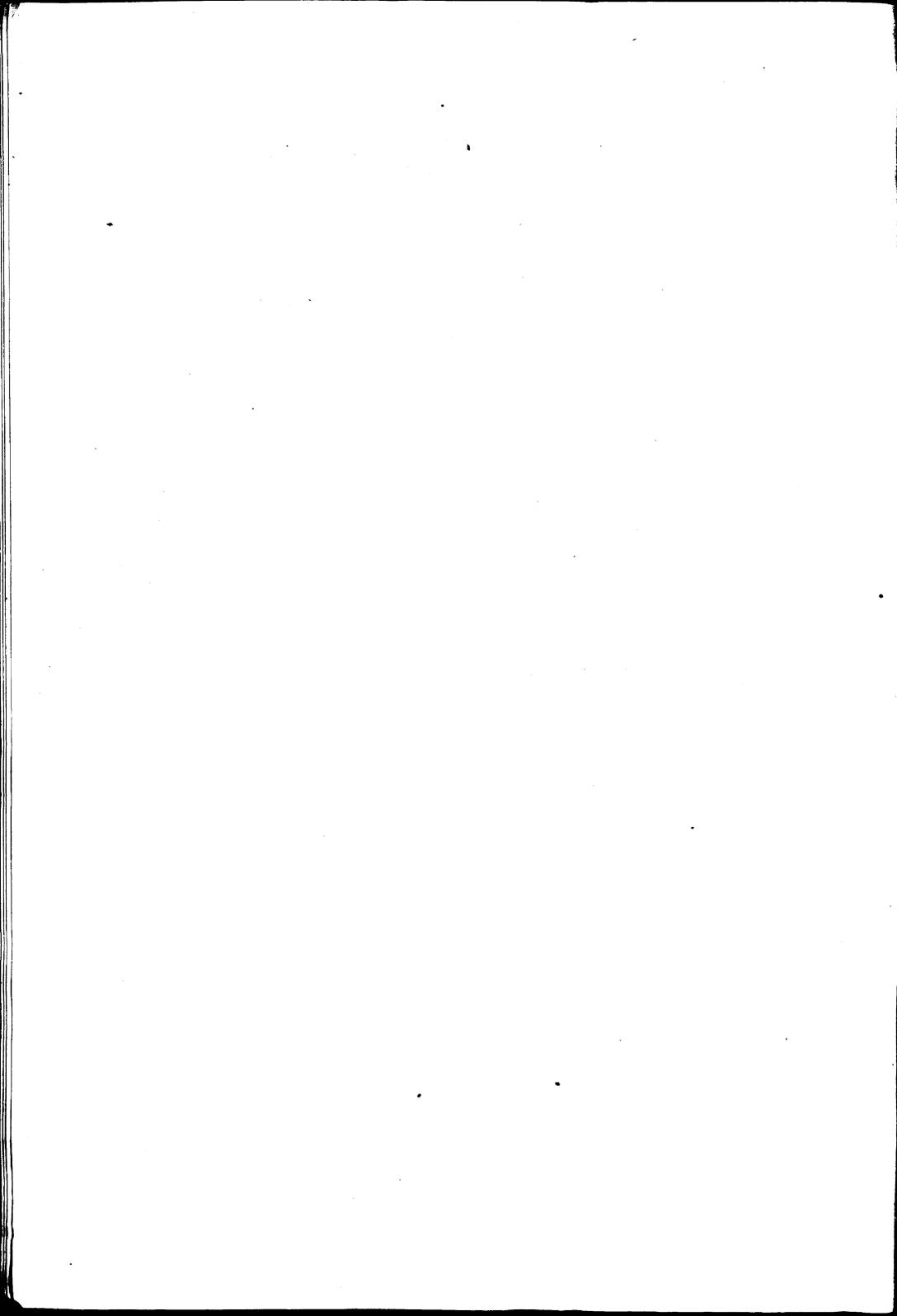
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELEMACO SUSINI



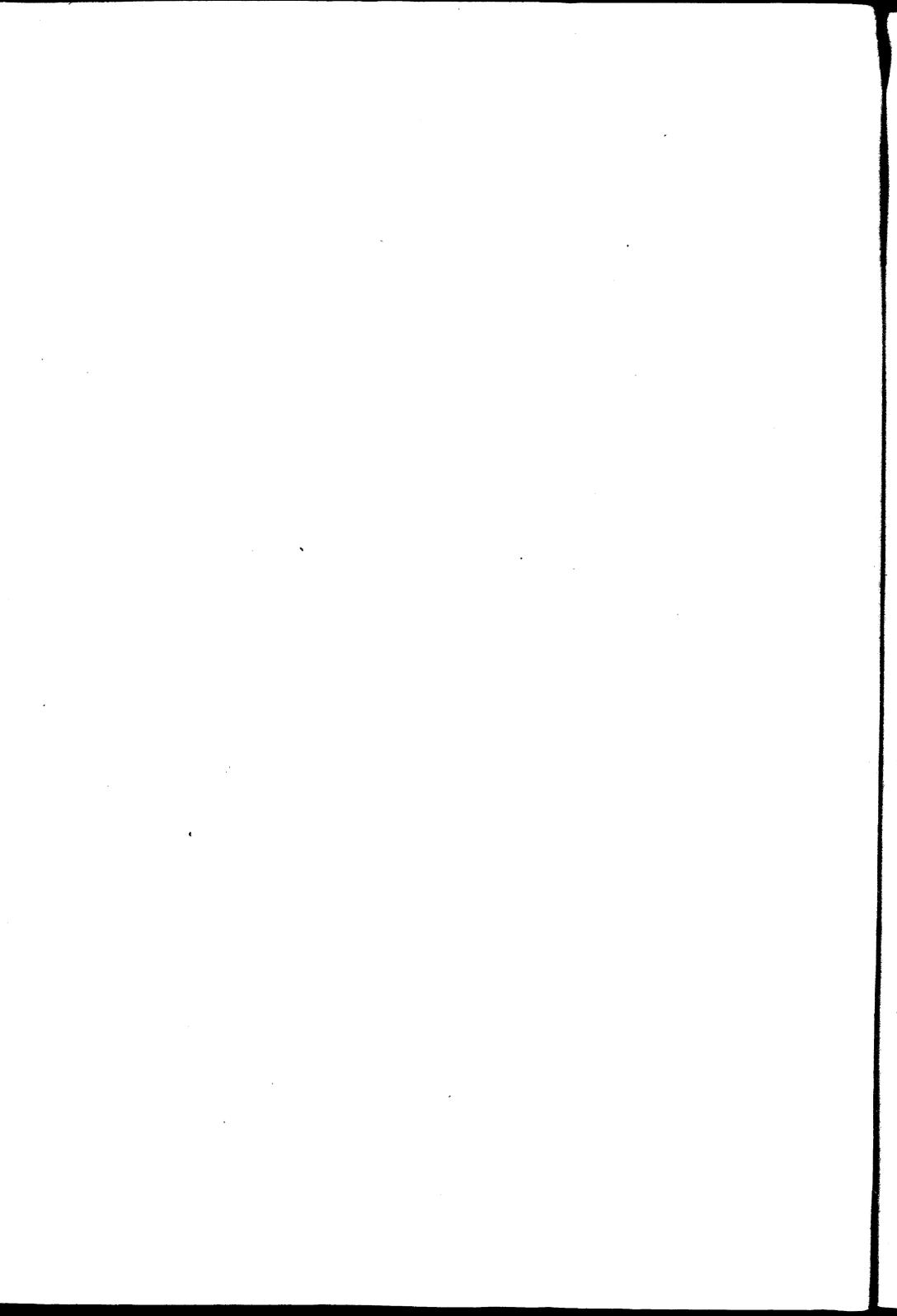
ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GOMEZ
	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica	» Vacante
Clínica Génito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» LUIS GUEMES
	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIOGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VISAS
	» JOSE A. ESTEVES
» Neurológica	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Obstétrica	» ANGEL M. CENTENO
» Pediátrica	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica	



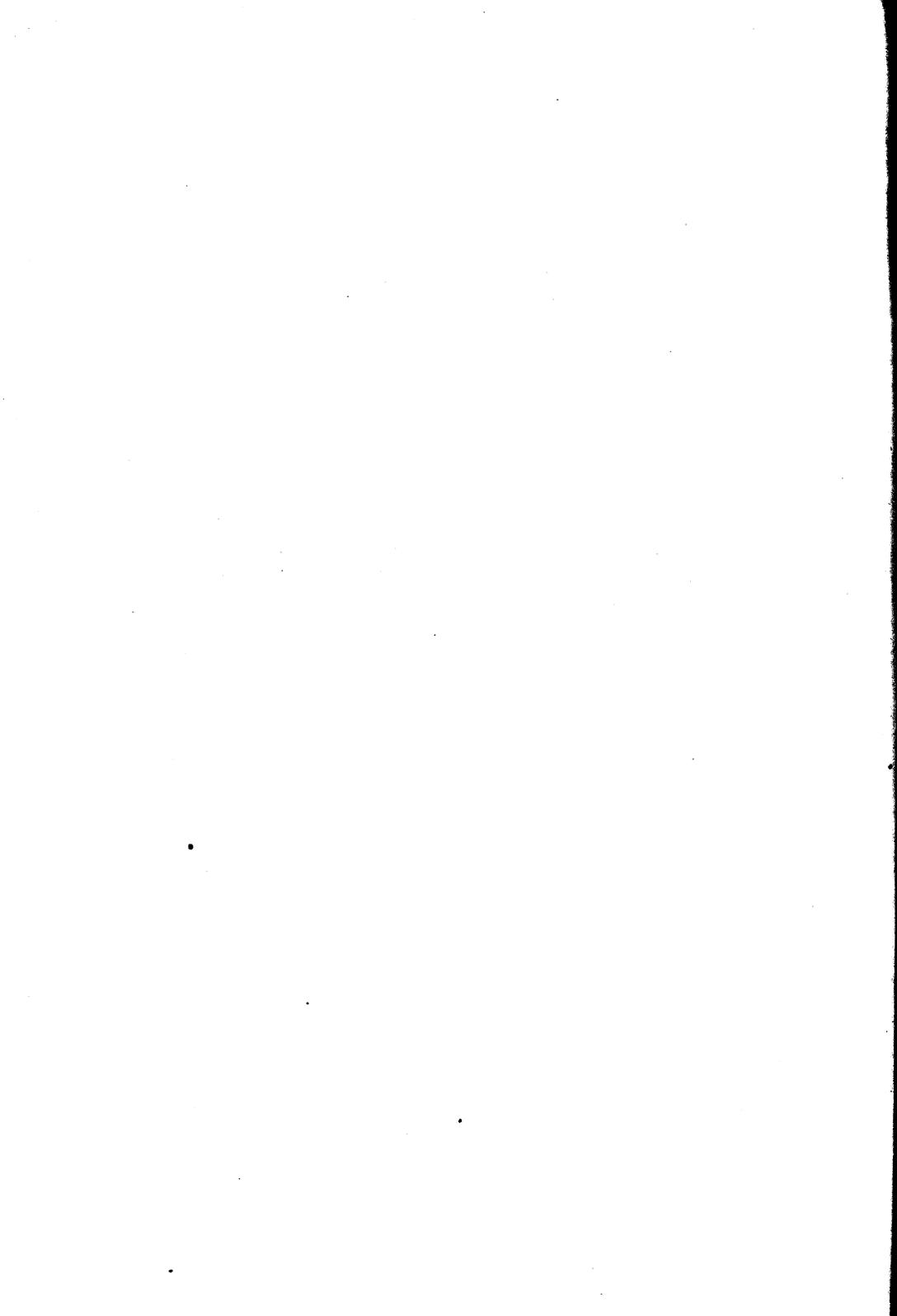
ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS EXTRAORDINARIOS
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSE GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSE BADIA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY, en ej.
Clinica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología interna	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
	» PEDRO J. HARDOY
Clinica Neurológica	» MARIANO ALERRALDE
	» ANTONIO F. PISERO
Clinica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUSA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clinica Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA
	» BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica	» JOSE F. MOLINARI
Clinica Médica	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITOS
Zoología Médica	DR. GUILLERMO SEEBER
	» SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	» EUGENIO GALLI
	» JUAN JOSE CIRIO
	» FRANCISCO ROPHILLE
	» FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	» SALVADOR MAZZA
Química Biológica	» BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	» MANUEL B. CARBONELL
	» SANTIAGO M. COSTA
	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Semiología y ejercicios clínicos	» ALFREDO VITON
	» PEDRO J. HARDOY
	» JOAQUIN LLAMBIAS
Anatomía Patológica	» ANGEL H. ROFFO
	» PEDRO ELIZALDE
	» JOSE MORENO
Materia médica y terapéutica	» PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina operatoria	» ENRIQUE PINOCCHIETTO
	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
Patología externa	» ENRIQUE M. OLIVIERI
	» ALEJANDRO CEVALLOS
	» NICOLAS V. GRECO
Clínica dermatofisilográfica	» PEDRO L. BALISA
Clínica Génito-urinaria	» JOAQUIN CERVERA
	» FERNANDO E. TORRES
	» FRANCISCO DESTEFANO
Clínica epidemiológica	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETI
	» RAUL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
Clínica oto-rino-laringológica	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASALIBASO
	» ANTONIO R. ZAMBIRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLE
	» PEDRO CHUPTHO
Clínica quirúrgica	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JORGE LEYRO DIAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMAS B. KENNY
	» VICENTE DIMITRI
Clínica Neurológica	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CANIBO PATINO MAYER
	» GENARO SISTO
Clínica pediátrica	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JATME SALVADOR
	» TORIBIO LICCARDO
Clínica ginecológica	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
Clínica obstétrica	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUE A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA
Clínica Psiquiátrica	» AMABLE JONES
Génito-Urinaria	» JOAQUIN NIN POSADAS



ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS

CATEDRATICOS TITULARES

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

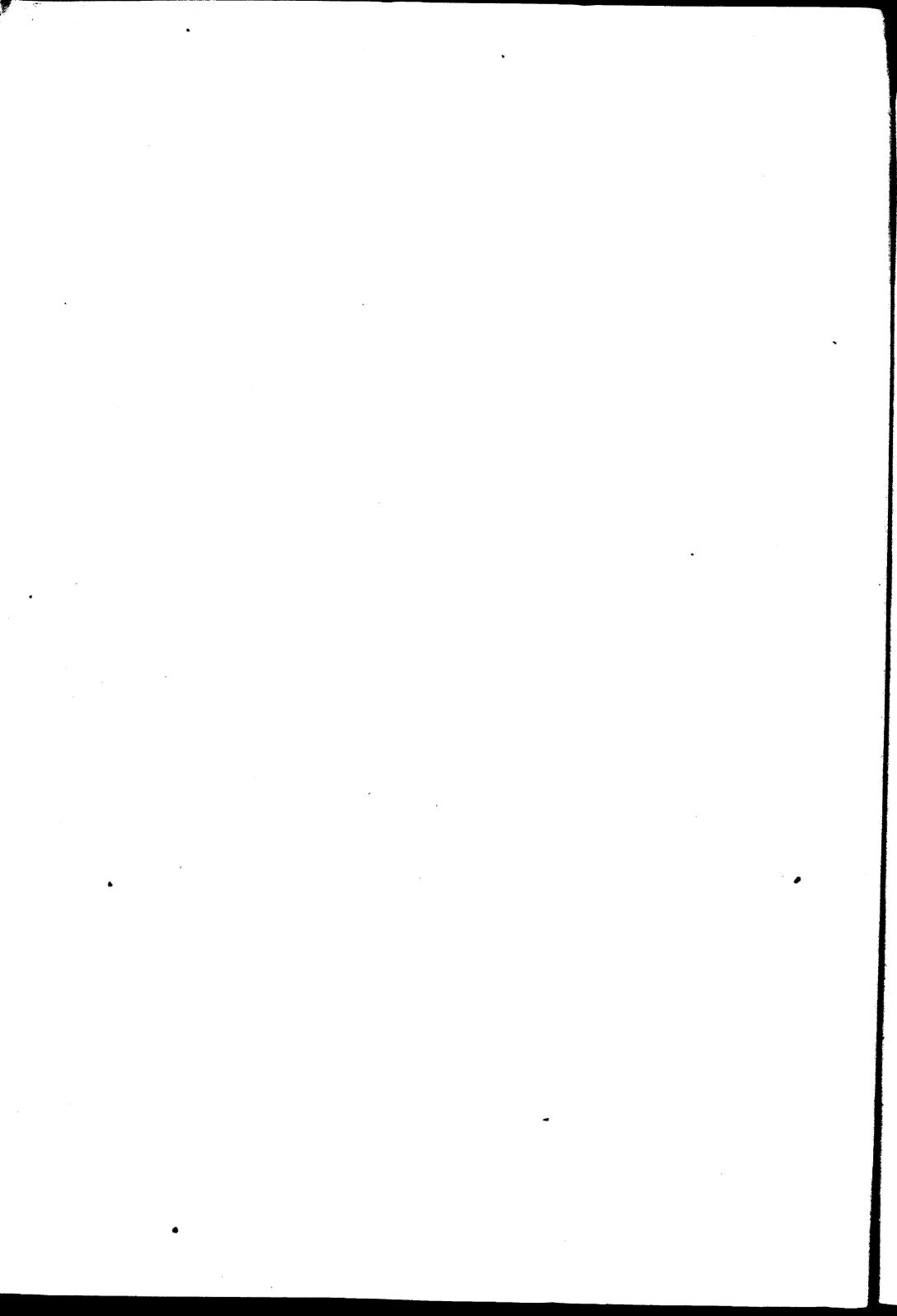
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARREL

Tercer año:

Clinica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Fuercultura DR. UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS

Zoología general — Anatomía y Fisiología comparadas
 Física farmacéutica
 Química farmacéutica inorgánica.....
 Botánica y Micrografía vegetal.....
 Química farmacéutica orgánica
 Técnica farmacéutica (1.er curso)..
 Higiene, Ética y Legislación
 Química analítica general
 Farmacognosia especial
 Técnica farmacéutica (2.º curso)...

CATEDRATICOS TITULARES

DR. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 DR. J. MANUEL IRIZAR

ASIGNATURAS

Zoología general — Anatomía y fisiología comparadas
 Física farmacéutica
 Química farmacéutica inorgánica }
 Botánica y Micrografía vegetal..... }
 Química farmacéutica orgánica..... }
 Técnica farmacéutica }
 Química analítica general
 Farmacognosia especial

CATEDRATICOS SUSTITOS

DR. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 » TOMAS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 » EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » DR. PEDRO J. MESIGOS
 » LUIS GUGLIALMELLI
 » PASCUAL CORTI
 SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » CLEOFE CROCCO
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 SR. OSCAR MIALOCK

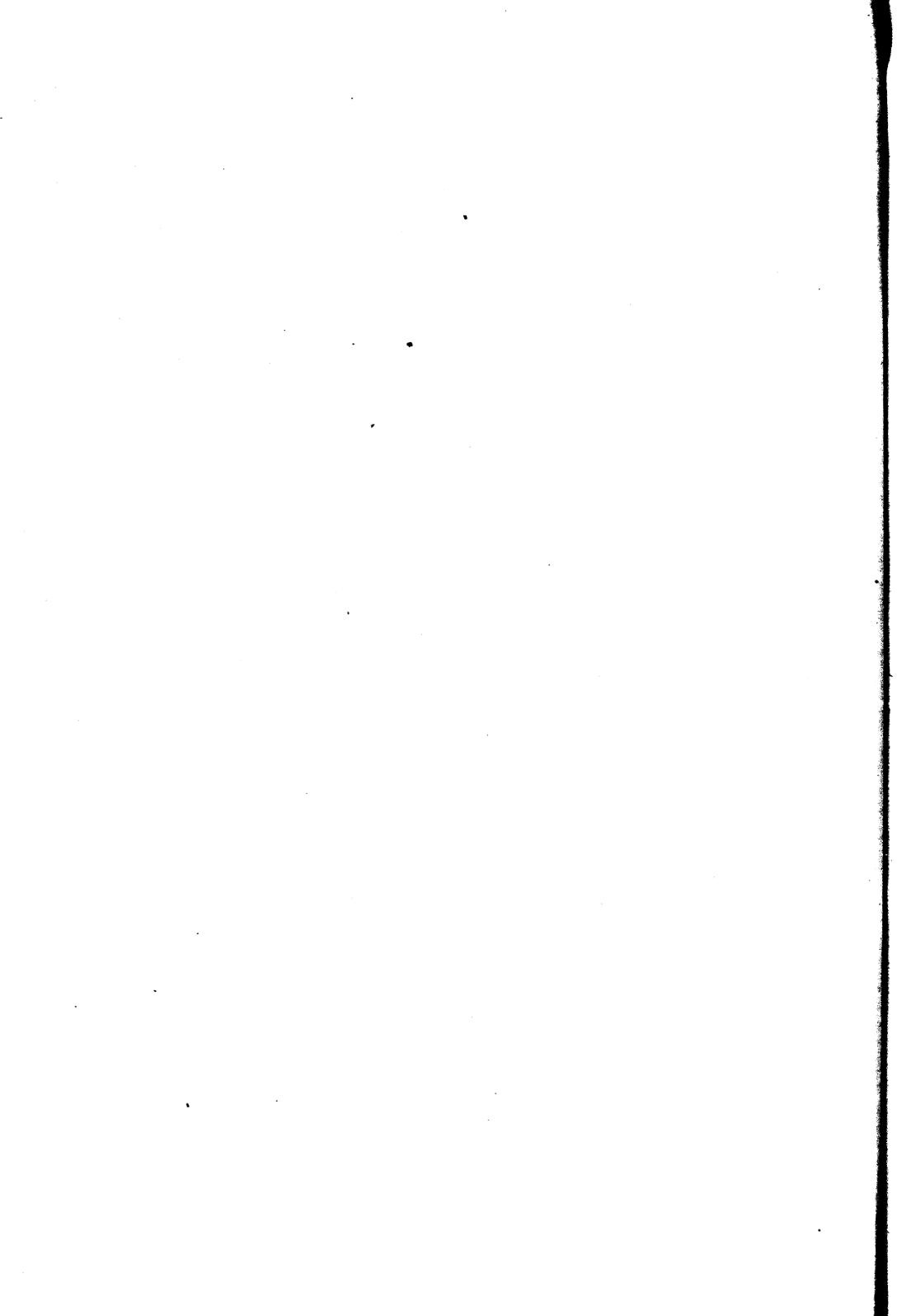
DOCTORADO EN FARMACIA

ASIGNATURAS

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología
 Botánica (2.º curso) Bibliografía botánica argentina
 Química analítica aplicada (Medicamentos)
 Química biológica
 Química analítica aplicada (Bromatología)
 Física general
 Bacteriología
 Toxicología y Química legal

CATEDRATICOS TITULARES

—
 —
 —
 DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejere.)
 » PEDRO J. PANDO
 —
 —
 » CARLOS MALBRAN
 » JUAN B. SENORANS

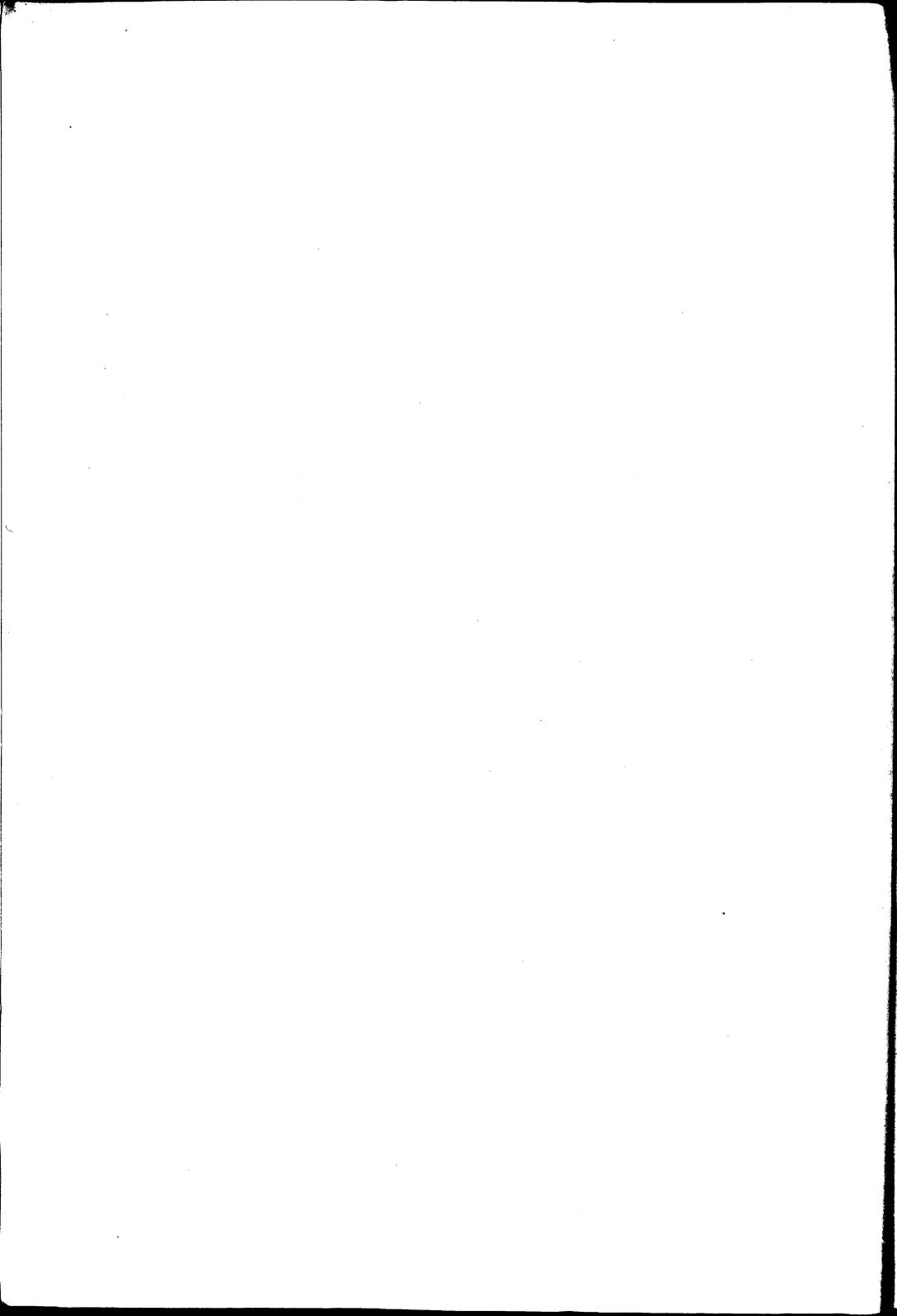


ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEON PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

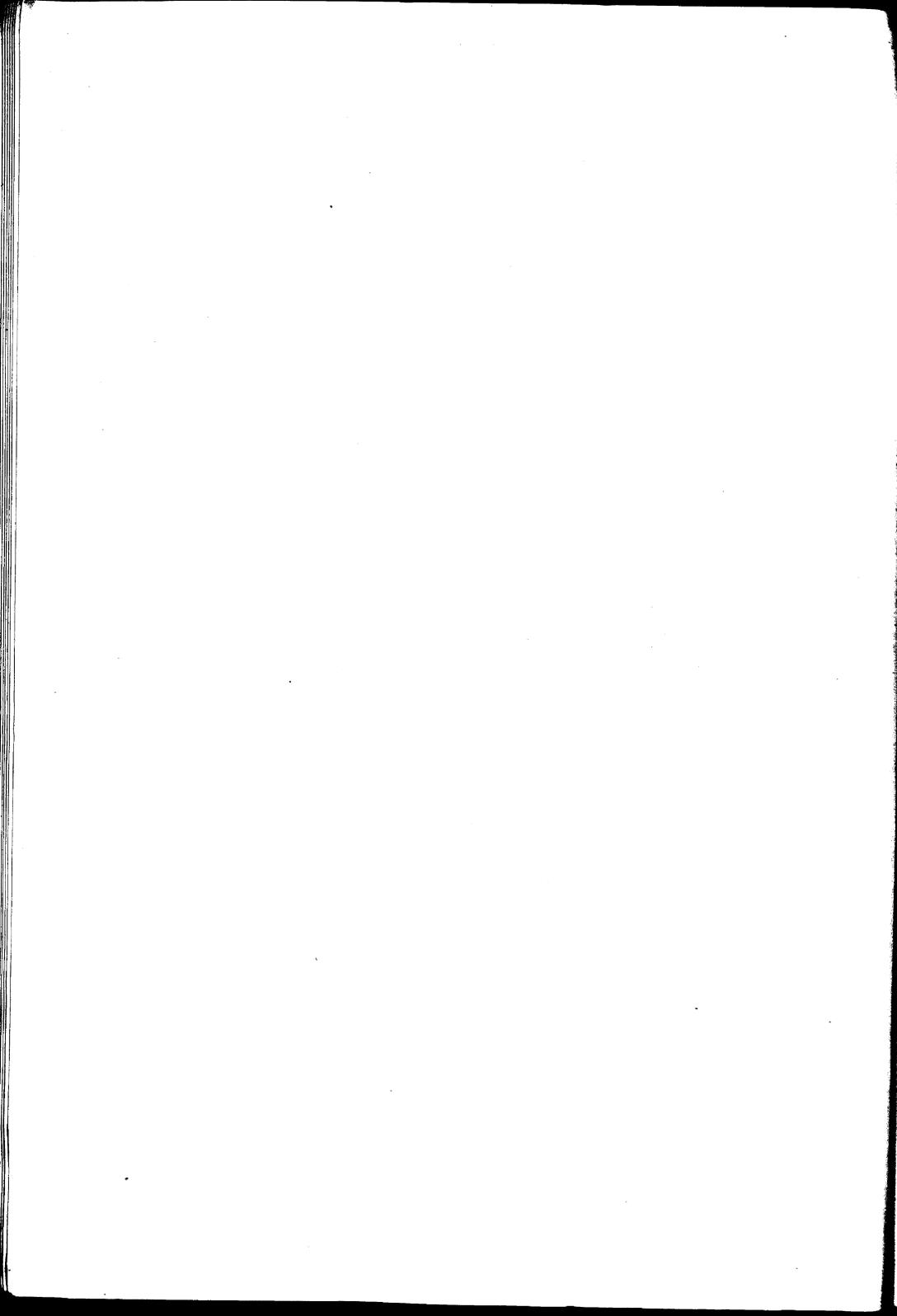
CATEDRATICOS SUSTITUTOS

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. JUAN U. CORREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (Prótesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1.er año)



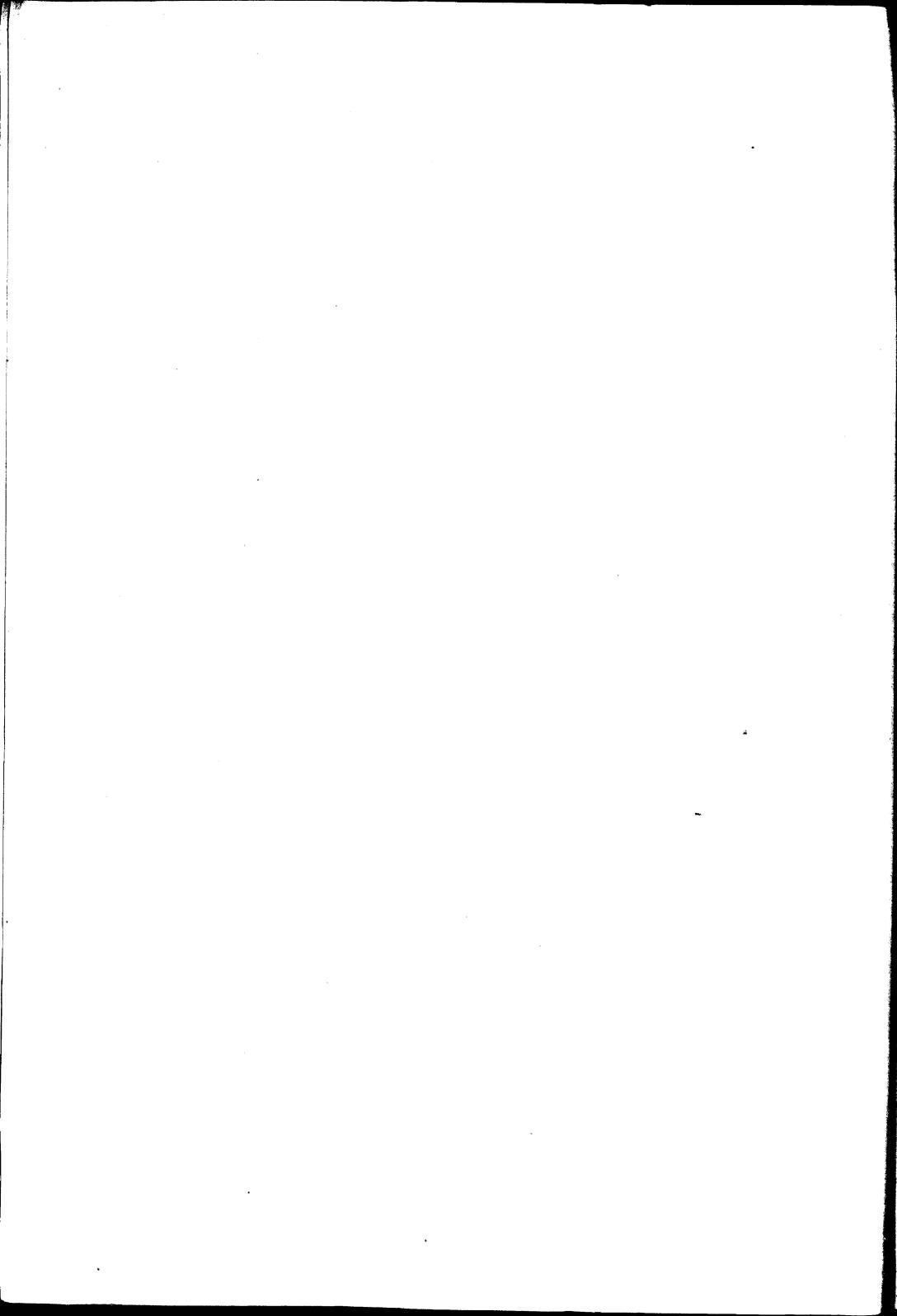
PADRINO DE TESIS:

PROFESOR DOCTOR ANTONIO C. GANDOLFO

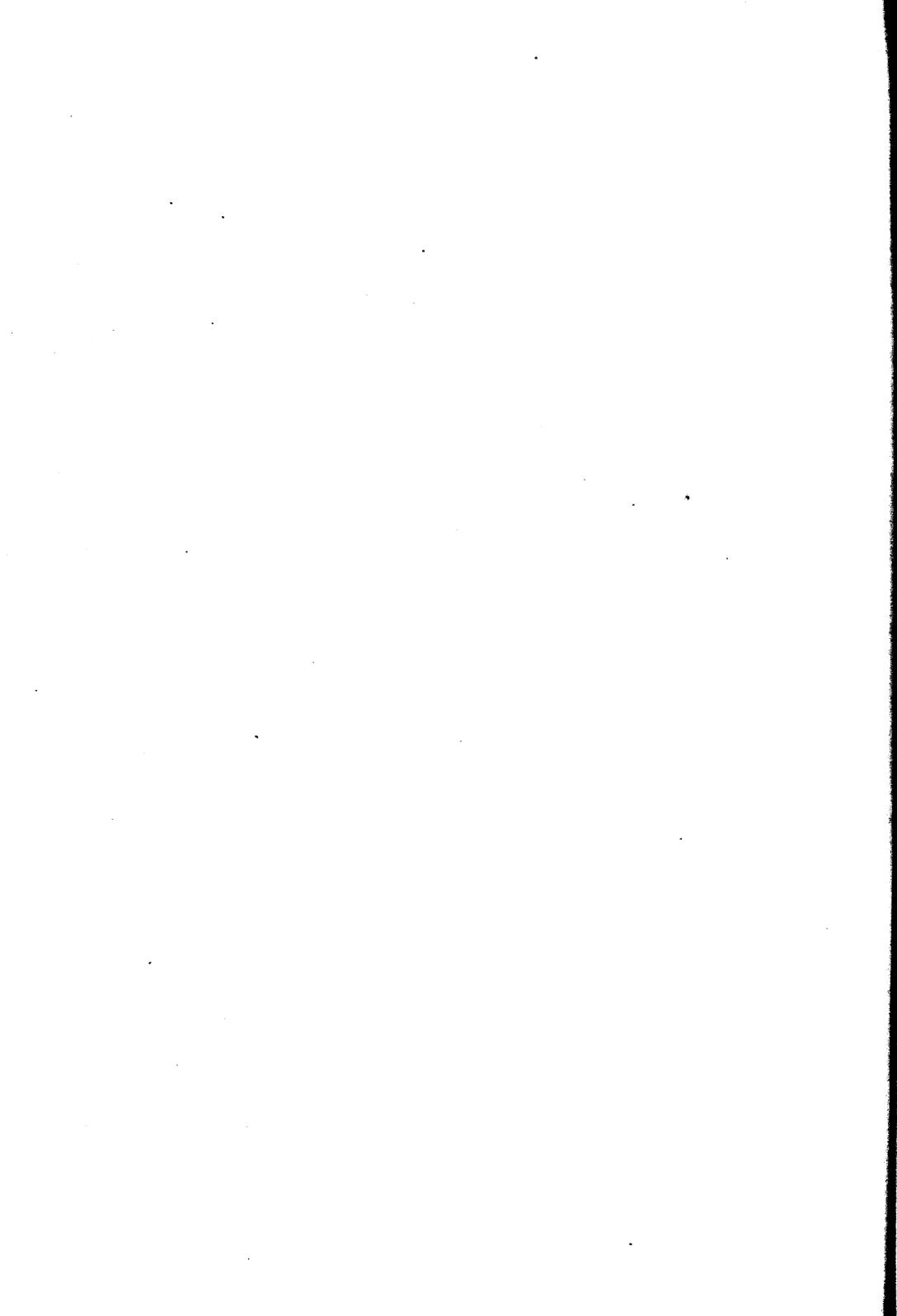


A MIS QUÉRIDOS PADRES

A QUIENES TODO LES DEBO



A MI BUENA HERMANA



Señores Académicos,

Señores Consejeros,

Señores Profesores.

Presento a vuestra consideración, este pequeño trabajo sobre una operación de la hernia, que hace poco tiempo fué practicada con éxito por los doctores Finochietto y Squirru, tema que informa esta tesis, como requerimiento indispensable para optar al título de doctor en medicina.

De vuestra benevolencia espero su aceptación, que me permitirá cumplir con la última prescripción reglamentaria de nuestra Facultad.

Al mismo tiempo, permitidme exteriorizar mis sentimientos, dejando constancia de mi gratitud para todos vosotros y para aquellos que fuera y dentro de la Facultad contribuyeron a formar mi modesto bagaje de conocimientos.

Al doctor Antonio C. Gandolfo, a quien debo el honor de acompañarme en este acto, mi agradecimiento por sus múltiples atenciones y sabias enseñanzas.

A los doctores Landívar y Squirru, mi reconocimiento por las lecciones recibidas.

A mis compañeros de internados, mis sentimientos de estima.



CAPÍTULO I

ANATOMIA TOPOGRAFICA

Las hernias inginales tienen su asiento a nivel de la región inguinoabdominal y a ellas es que debe esta región todo su interés quirúrgico.

Sus límites son bien definidos; a saber: hacia arriba una línea horizontal que partiendo de la espina iliaca antero superior, vaya a terminar en la línea blanca abdominal; hacia abajo, por el pliegue de la ingle que la separa de la región ingino crural y por último hacia adentro por la línea blanca abdominal, según Tillaux y otros anatomistas; o por el borde externo del recto mayor del abdomen, según Testud, Jacob y muchos otros.

Creo que es más lógico y más conveniente para nuestro estudio ensanchar los límites de nuestra región hacia adentro, según aconsejan los primeros.

Con los límites anotados, vemos que la región ín-

guinoabdominal tiene la forma de un triángulo rec-
tángulo, en el cual los dos lados son: el uno, longitu-
dinal, y el otro, transversal, estando la hipotenusa re-
presentada por el pliegue de la ingle.

A nivel de esta hipotenusa se halla la arista de un
ángulo diedro formado por la unión de la región ín-
guinoabdominal con la ínguinocrural; ángulo que au-
menta estando el muslo en extensión y disminuye, en
cambio, cuando está en flexión sobre el abdomen y des-
aparece completamente en los sujetos obesos para
transformarse en una ranura limitada por las caras
anteriores de ambas regiones puestas en contacto.

Para facilitar el estudio de los diversos planos ana-
tómicos de la región, los dividiremos en distintos gru-
pos, clasificándolos por la situación que ocupan yendo
siempre de la superficie a la profundidad; a saber:

Planos superficiales:

- a) Piel;
- b) Tejido celular subcutáneo;
- c) Vasos y nervios superficiales;
- d) Aponeurosis superficial.

Planos musculares:

- a) Oblicuo mayor;
- b) Oblicuo menor;
- c) Transverso.

Planos retromusculares:

- a) Fascia transversalis;
- b) Tejido celular subperitoneal;
- c) Peritoneo.

PLANOS SUPERFICIALES

a) *Piel*. — Es en esta región fina y elástica por la cual se deja distender con suma facilidad. Sin pelos hacia afuera, está recubierta por una cantidad más o menos grande, más o menos largos de ellos en la parte interna e inferior, que no son más que la continuación de los que ocupan la región supra-pubiana.

Hállase en ciertas ocasiones (embarazos, tumores abdominales, obesidad) a nivel de la piel de la región que estudiamos, cicatrices, rosadas cuando son recientes, blancas cuando más antiguas, llamadas comúnmente *vergetures*.

Debemos tener muy en cuenta que la piel de esta región es movable en toda su extensión, menos a nivel de un punto; a saber: del pliegue de la ingle en donde adhiere al borde anterior de la arcada crural.

Gran parte de los caracteres anatómicos de la región inguinoabdominal pueden hallarse transformados o desfigurados por el uso inveterado y mal llevado del braguero. En estos casos toma la piel una coloración grisásea, adquiere adherencias a los planos profundos y desaparecen los pelos a su nivel.

b) *Tejido celular subcutáneo*. — Está formado por una fascia con dos hojas: la una, superficial, la cual se continúa sin adherencias con las homólogas de las regiones vecinas; la otra, profunda es la que al nivel de la arcada crural adquiere adherencias con ella.

En la parte infero-interna es donde nuestra hoja profunda de la fascia superficiales tiene mayor interés, pues a ese nivel es donde se encuentran un sinnúmero de laminillas elásticas, amarillentas las unas, rojizas las otras, que desde la línea media en donde se confunden con las correspondientes al ligamento suspensor del pene, se dirigen hacia abajo y afuera para terminar las unas, confundiéndose con las fibras del dartos y las otras, pasando perpendicularmente sobre el orificio inguinal externo, para ir a insertarse en la fascia lata a la altura del recto interno; a esta última porción la ha llamado Thompson *cubierta fibrosa del orificio inguinal externo*.

Demás está decir, que entre la hoja profunda y la superficial, existen tractus celulo-fibrosos, que dividen el espacio por ellas limitado en celdillas en las cuales se acumula en mayor o menor cantidad, según los sujetos, la grasa.

c) *Vasos y nervios superficiales*. — Estudiaremos las arterias, venas, linfáticos y nervios superficiales de la región ínguinoabdominal.

Las arterias importantes son en número de dos: 1.º La subcutánea abdominal hacia afuera y arriba, y 2.º algunas ramas de la pudenda externa superior hacia adentro y abajo.

La primera es rama de la arteria femoral; aparece en nuestra región después de haber atravesado la fascia cribiformis y pasar por encima de la arcada crural; una vez llegada a la mentada región, se divide en una

serie de ramas cada vez más finas, que se anastomosan con las terminaciones o colaterales de las arterias lumbares, circunfleja iliaca y epigástrica.

La segunda rama, también de la femoral, envía algunos ramúsculos que contorneando el orificio inguinal externo, se pierden en el tejido celular de la región.

Tanto una como otra arteria, sólo se ve en la necesidad de seccionarlas el cirujano, cuando su incisión es muy alta (para la primera) o es muy baja (para la segunda).

Las venas son poco importantes en esta región; la única que presenta interés para el operador es la conocida con el nombre de *vena subcutánea abdominal*, la cual presenta como característica, que es sola y no acompaña como satélite a la arteria del mismo nombre, sino que se encuentran situadas a algunos centímetros por dentro de ella, y ésta y sus colaterales son los vasos venosos que el cirujano secciona, pinza y liga antes de llegar a los planos profundos.

No debemos olvidarnos, que en algunos casos podemos encontrarnos con las venas dilatadas y aumentadas de calibre, tomando el aspecto de verdaderas varices abdominales. (Casos de circulación venosa dificultada en los gruesos troncos abdominales).

Los linfáticos de la región ínguinoabdominal carecen de interés quirúrgico y sólo diremos que ellas son aferentes de los grupos ganglionares supero-interno y supero-externo de la ingle.

Las ramas nerviosas superficiales tienen su origen en los troncos de los nervios abdomino-genitales mayor

y menor, de los últimos nervios intercostales, y de algunos perforantes lumbares.

Se presentan estas ramas nerviosas en la parte superior y externa de la región a unos cuatro centímetros de la espina iliaca antero-superior y de allí se ramifican hasta la línea media, dando sensibilidad a toda la región.

Esta distribución nerviosa tiene su importancia para aquellos casos en que la operación se hace con anestesia local, porque con el conocimiento exacto de su situación se puede llevar a cabo ella con toda corrección.

d) *Aponeurosis superficial*. — Mejor llamada aponeurosis de cubierta del oblicuo mayor del abdomen, es una lámina celulosa que, como su segundo nombre lo indica, cubre al músculo oblicuo mayor y a su tendón o aponeurosis de inserción, dejándolos ver por transparencia.

Esta aponeurosis superficial a nivel de la arcada crural se inserta en ella, y en cambio, en la línea media abdominal continúa, sin adherencia de ninguna especie, cubriendo al músculo y tendón del mismo nombre que ocupan el lado opuesto.

CAPA MUSCULAR

Estudiaremos en este capítulo los diversos músculos de esta región con sus formaciones especiales con algún detalle, porque tienen suma importancia el conocerlos, pues entran en la constitución del conducto,

canal o trayecto inguinal (según los distintos anatomistas), formación anatómica en la cual se albergan las hernias, cuyo tratamiento quirúrgico estamos estudiando.

Tres son los músculos que forman este plano, a saber: *Oblicuo mayor*, *Oblicuo menor* y *Transverso del abdomen*. Empezaremos por el estudio del primero, que encuentra el bisturí después de haber atravesado la capa celulo-grasosa subcutánea, es decir, por el:

Oblicuo mayor del abdomen. — La porción carnosa de este músculo que entra a formar parte de esta región, es insignificante; sólo a nivel de la parte supero-externa se les divide; el resto del músculo está representado por un fuerte y ancho tendón, nacarado, brillante, por el cual dicho músculo toma sus ataduras, y es por esa razón que ha recibido el justificado nombre de aponeurosis de inserción del músculo oblicuo mayor del abdomen.

¿En qué sitio y cómo se inserta esta formación tendinosa? De la manera siguiente; por:

a) *Fascículos superiores*: son los que presentan menos interés quirúrgico, pues dirigiéndose transversalmente a la línea media, terminan en la línea blanca abdominal, sin dar lugar a ninguna formación anatómica especial.

b) *Fascículos inferiores*: la inserción inferior del gran oblicuo forma una gotera de concavidad superior, cuyo borde anterior es un borde de reflexión y el posterior representa un borde de inserción. Esta for-

mación anatómica en gotera queda fácilmente explicada por la condensación, especial enroscamiento y oblicuidad que presentan las fibras a este nivel.

Estos fascículos inferiores, que como acabamos de decir, constituyen esta gotera, se dirigen oblicuamente hacia abajo y adentro, siguiendo el pliegue de la ingle, donde forman una cinta, una especie de cuerda muy marcada y saliente, que es la arcada crural.

¿Cómo se comportan estos fascículos? De la manera siguiente: Cruzan ante todo al músculo psoas iliaco revestido de su aponeurosis la fascia iliaca, adhiriéndose íntimamente a ella; una vez pasado el psoas, se colocan como puente por encima de la arteria y de la vena femorales; momento antes de abandonar este paquete vascular, los fascículos fibrosos dejan de ser rectilíneos y descendentes, para dirigirse reflejándose hacia atrás y arriba, hacia la parte interna de la cresta pectínea en la cual se insertan en una extensión de uno a dos centímetros. Esta formación anatómica es la que ha recibido el nombre de ligamento de Gimbernat.

Tiene él una forma triangular con tres bordes, uno externo, libre cortante, cóncavo hacia afuera, como queriendo abrazar a la vena femoral; el anterior corresponde al arco crural y el posterior se fija en la cresta pectínea y en la aponeurosis del pectíneo. Presenta, además, el ligamento de Gimbernat una cara superior que corresponde a las vísceras abdominales y otra inferior que mira hacia el triángulo de Scarpa.

Como acabamos de ver, el arco crural puede muy

bien considerarse dividido en tres porciones: 1.º *una porción externa* que corresponde al psoas ilíaco recubierto por su fascia; 2.º *una porción media* colocada por encima de los vasos femorales, y 3.º *una porción interna* que corresponde al ligamento de Gimbernat.

Si analizamos este trayecto formado por los ases inferiores de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor del abdomen, veremos que las dos primeras porciones mencionadas, el arco no es más que el borde inferior de dicha aponeurosis, mientras que en su tercera porción o Gimbernática, no está ya representado por ese borde inferior, sino por el pliegue saliente hacia adelante, que forma a este nivel la aponeurosis al reflejarse de adelante atrás y de abajo arriba, para convertirse en el ligamento de Gimbernat.

c) *Fascículos medios*: son, sin duda, los ases tendinosos más importantes de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor del abdomen. Se dirigen ellos oblicuamente hacia el pubis, dividiéndose antes de llegar a él en tres ases: dos superficiales, uno externo llamado *pilar externo*, otro interno mencionado *pilar interno* y uno profundo denominado *pilar de Colles*.

Estudiaremos separadamente cada una de estas formaciones tendinosas, que concurren a su vez a modelar un orificio por donde sale el cordón espermático y sus elementos, en el hombre; el ligamento redondo en la mujer, llamado *orificio externo del canal inguinal*.

Pilar externo. — Las fibras tendinosas que constituyen este pilar, se dirigen hacia abajo y adentro, tomando su mayor inserción en la espina del pubis, pues las menos terminan en una delgada bandeleta sobre la cara anterior del pubis, cubriendo en esta forma la inserción pubiana del pilar del costado opuesto.

Este pilar externo tiene en su conjunto la forma de un as cóncavo hacia arriba y adentro.

Pilar interno. — Se diferencia del anterior en que sus fibras no quedan en el mismo lado de su origen, sino que van a tomar puntos fijos de inserción a nivel de las apófisis del lado opuesto.

El as tendinoso que nos ocupa, después de formar el borde interno del orificio inguinal externo, va a insertarse en la espina cara anterior del pubis del lado opuesto.

Pilar de Colles. — Está constituido por las fibras más internas del blicuo mayor del abdomen, que atravesando la línea media entran en relación con el pilar interno del lado opuesto, pasan por detrás de él y yendo a insertarse en el pubis, dan lugar a la formación de un haz triangular que limita la parte interna e inferior del orificio inguinal externo del lado opuesto al de su origen.

Presentando una forma triangular, podremos estudiar en él una base y dos bordes.

La base que es inferior, representa la inserción del referido haz, verificada a nivel del cuerpo del pubis, mezclándose en sus ataduras con las fibras correspon-

dientes del pilar externo ya descrito. El lado externo limita hacia adentro el orificio. El lado interno es puramente artificial y sus fibras se confunden con las del pilar interno.

Ahora bien; los dos pilares externo e interno están reunidos por un sinnúmero de fibras que van del uno

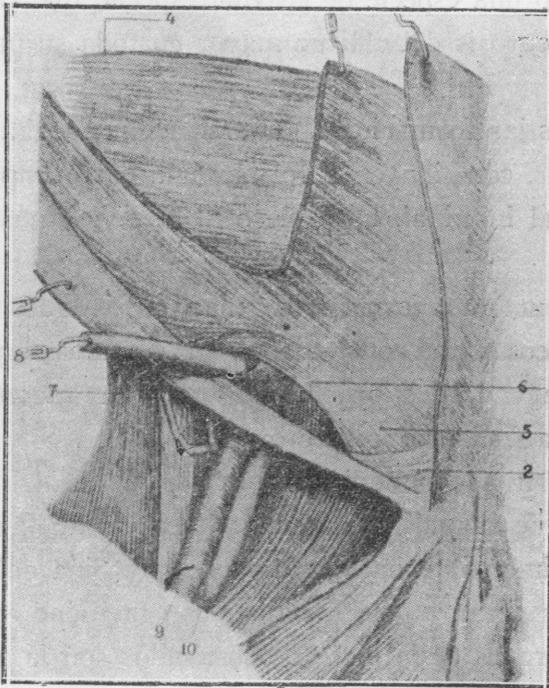


Fig. 1.

al otro, por cuyo motivo ha recibido diversos nombres; a saber: fibras en bandelata, fibras arciformes y fibras intercolumnarias.

Estas fibras tienen por función mantener ambos pilares en relaciones recíprocas, reforzar la pared anterior del conducto inguinal y redondear el orificio que

limita los pilares y que sin ellos terminarían en una pronunciada punta.

Conviene añadir que las fibras arciformes no existen solamente en la parte superior del orificio externo del canal inguinal, se las puede observar muy bien hacia atrás hasta la espina ilíaca antero superior, formando al efecto una especie de sistema especial que refuerza la aponeurosis del oblicuo mayor en toda su parte inferior.

Todas las formaciones anatómicas que acabamos de describir, contribuyen a formar una parte importante del canal inguinal, me refiero al *orificio inguinal externo*.

Presenta una forma triangular, cuyos lados fueron curvilíneos y por consiguiente, sus ángulos se presentarán redondeados, presentando por estas razones más bien una forma circular u ovalar.

Está situado inmediatamente por arriba del arcada crural (de la cual su extremidad superior dista más de un centímetro) y hacia afuera de la espina del pubis.

No es siempre posible palpar con facilidad este orificio a través de la piel; los obstáculos son la aponeurosis de envoltura del oblicuo mayor del abdomen y el ligamento suspensor de las bolsas, que cuando está muy desarrollado lo ocultan en parte.

Oblicuo menor. — Constituye el segundo músculo del plano carnoso. Antes de pasar a describirlo, debemos advertir que entre este músculo y el oblicuo mayor, que lo cubre, existen dos aponeurosis de envol-

tura: la una, denominada *aponurosis de envoltura profunda del oblicuo mayor*, y la otra, *aponurosis de envoltura superficial del oblicuo menor*. Entre estas dos aponurosis existen una serie de tractus celulo-fibrosos que limitan celdas llenas de tejido celular por donde corren las ramas del abdómino genital mayor y menor.

El oblicuo menor, músculo aplastado en forma de abanico, teniendo el vértice a nivel de la columna vertebral, toma sus puntos de origen en este sitio y en parte de la cresta sacra; de allí sus fibras se dirigen hacia la línea media y hacia abajo, yendo a terminar las primeras, después de haber pasado por delante del recto mayor del abdomen en la línea blanca, y las segundas terminando del modo siguiente: nacidas las más inferiores, de la espina iliaca antero superior y tercio externo de la arcada crural, pasan ellos describiendo una curva de concavidad inferior por encima y luego por detrás del cordón espermático; de tal manera cruzan al cordón los fascículos precitados que colocados primeramente por delante de él, pasan poco a poco a su cara posterior. De allí se dirigen hacia abajo para insertarse en la cara anterior del pubis en todo el espacio comprendido entre la espina y el ángulo.

No pasaremos a describir el último músculo de este plano carnoso, sin antes hacer notar la presencia por debajo del borde inferior del músculo oblicuo menor, de un fascículo carnoso que saliendo de la arcada crural, enfrente de la espina iliaca antero inferior, se di-

rige hacia abajo y adentro, costeando la parte anterior del cordón, sale con él, por el orificio externo del canal inguinal y con él desciende a las bolsas; este fascículo muscular, dependiente de la parte carnosa del músculo oblicuo menor, ha recibido el nombre de *fascículo externo del cremaster*. Debemos recordar que a este haz carnoso se une otro que, contorneando el lado interno del cordón y tomando sus orígenes en la región pubiana, desciende también a las bolsas con el nombre de *haz interno, fascículo interno o fascículo pubiano*.

c) *Transverso del abdomen*. — Solamente los fascículos más inferiores son los que nos interesan. Tomando su punto de origen en la espina ilíaca antero superior y tercio externo de la arcada crural, los fascículos carnosos componentes de este músculo se dirigen hacia abajo y adentro para terminar en una aponeurosis: *la aponeurosis de inserción del músculo transverso*, que va a insertarse poco más o menos como la del oblicuo menor; pues mientras que su parte superior llega a la línea blanca pasando por delante del músculo recto del abdomen, su parte inferior, dirigiéndose oblicuamente hacia abajo, se inserta en el pubis desde las sinfisis hasta la cresta pectínea.

Pues bien; hemos llegado en nuestra descripción a un punto de capital importancia en el tema que tratamos, pues esta parte inferior de la aponeurosis del transverso, reunido a la parte correspondiente del oblicuo menor, da lugar a una formación anatómica especial que juega un gran rol en la reconstitución de la pared abdominal, una vez extirpado el saco; formación

que los autores ingleses han dado el nombre de *tendón conjunto*. Pasaremos a describir, con algún detalle, esta formación tendinosa.

Tendón conjunto. — La lámina tendinosa formada por la reunión de los aponeurosis de inserción de los músculos oblicuo menor y transverso, fué descrita por primera vez en el año 1814, por Martín Thomas.

Tiene este tendón una forma triangular, cuyo vértice truncado se halla situado hacia arriba y la base ancha y fija hacia abajo; un borde externo y un borde interno.

La base de este ligamento es la parte fija del tendón conjunto y se inserta en el pubis en diversos puntos; a saber: desde la espina del pubis hasta su ángulo y en la cresta pectínea, en donde se anastomosa con el pilar de Colles y el ligamento de Gimbernat.

Toda esta superficie de inserción representa una extensión de dos a tres centímetros de largo.

El vértice truncado representa el límite en que las fibras musculares se confunden con las fibras tendinosas.

El borde externo presenta un aspecto diferente, según los sujetos; en los musculosos es cortante y grueso; en los individuos de poco desarrollo carnoso este borde queda difumado entre las demás formaciones tendinosas que lo rodean. El borde externo del tendón conjunto describe una curva cuya concavidad mira hacia abajo y afuera.

El borde interno se halla situado en la línea media abdominal y se confunde con el del lado opuesto.

PLANOS RETROMUSCULARES

Como consta en el cuadro adjunto, estudiaremos en este capítulo: 1.º *La fascia transversalis con sus fibras de refuerzo*; 2.º *El tejido celular sub-peritoneal*, y 3.º *El peritoneo*.

1.º *Fascias transversalis*. — Esta fascia transversalis es la lámina celulosa que recubre la cara posterior del músculo transverso del abdomen; es, en una palabra, su aponeurosis de envoltura. Se la ha llamado *fascia verticalis de Cooper*.

Esta hoja celulosa presenta diferentes aspectos, según la región del abdomen donde se le considera. Delgada y difícil de aislar en su parte superior, se convierte en espesa y resistente, cuando la aponeurosis del transverso pasa toda por delante del músculo recto del abdomen, al formar la arcada de Douglas.

La fascia transversalis se dirige verticalmente hacia abajo como un cortinado, tapando todos los claros, para terminarse en el espacio angular que delimita de una parte, la pared abdominal anterior y de otra parte los órganos contenidos en la fosa ilíaca interna.

Estudiaremos la disposición y distribución anatómica de esta importante hoja celulosa en este sitio.

Veremos primeramente que ella se inserta en la fascia ilíaca, en una superficie situada inmediatamente por detrás de la línea de unión del borde posterior de la arcada crural con la fascia ilíaca. Más adelante, a

nivel del orificio interno del canal inguinal, como ella es una lámina celulosa, transparente, que presenta una resistencia elástica a la presión, no se deja perforar por el testículo cuando éste emigra hacia las bolsas, sino que lo acompaña formándole un estuche común para el testículo y el cordón. Como éste atraviesa la pared muy oblicuamente, hacia adentro forma en la fascia transversalis una depresión que tiene la forma de una hendidura vertical cuyo labio externo es liso e imperceptible a causa de la oblicuidad del trayecto; en cambio, el labio interno describe un ángulo agudo muy saliente, debido a hallarse reforzado por el ligamento de Hesselbach.

Un poco más lejos, a nivel del anillo crural, la fascia transversalis se junta primeramente al borde posterior de la arcada crural que está bastante encorvado hacia atrás y forma con ella un canal de concavidad superior, por donde camina el cordón. Luego, continuando su trayecto hacia adentro y abajo, encuentra a los vasos femorales y se comporta con ellos como con el cordón; los acompaña y le forma una envoltura propia, tomando en esta forma con ellos adherencias íntimas.

Por dentro de la vena femoral, la fascia transversalis va a llenar el espacio libre que resta de ésta al anillo crural (pues la otra parte está ocupada por los vasos femorales) destinado a los linfáticos, y al ganglio de Cloquet, lo cierra completamente y va a insertarse en la cresta pectínea; a esta porción de la fascia transversalis que cierra a manera de diafragma toda la exten-

sión del anillo crural que no está ocupada, se la ha denominada *Septum Crural*.

Más hacia adentro, la fascia transversalis se adhiere a la bandeleta ilio-pubiana, al ligamento de Gimbernat y a la aponeurosis del músculo pectíneo.

A nivel del músculo recto del abdomen toma puntos de inserción poco sólidos, pasa por detrás de él y se inserta en el labio posterior del borde superior de la rama horizontal y de las infisis pubiana.

Como más arriba ya indicamos, la fascia transversalis delgada y simplemente celulosa, en la mayor parte de su extensión adquiere en ciertos puntos de la región inguinoabdominal, un espesor y resistencia particulares, debido al refuerzo que recibe por la adición de numerosas fibras que colocadas en grupos unos horizontales y otros verticales, dan lugar a la formación de ases tendinosos, que algunos autores han denominado ases de refuerzo de la fascia transversalis.

Aquí debemos hacer un paréntesis e indicar que no todos los anatomistas están contestes en considerar a los diversos ases tendinosos que vamos a estudiar, como ases de refuerzo de la fascia transversalis. Algunos creen que tanto el ligamento de Henle como el ligamento de Hesselbach y como la cinta ilio-pubiana de Thompson, son formaciones que corresponden por entero a la fascia transversalis; en cambio, otros creen que sólo debe considerarse como fibra de refuerzo de esta mencionada fascia, al ligamento de Hesselbach y no al de Henle y a la cinta ilio-pubiana de Thompson.

Nosotros describiremos primero el ligamento de

Hesselbach, que es el que forma cuerpo con la fascia y es imposible de disecar y luego los que están situados en otro plano y presentan como características el no adherir y formar un verdadero cuerpo con la mentada fascia.

Ligamento de Hesselbach. — Para poder apreciar bien la forma, dirección y constitución anatómica de este ligamento, es menester examinar la pared abdominal por su cara posterior, después de haber sacado el peritoneo.

Observando en esta forma, tiene este ligamento la configuración de una Z. La rama horizontal de esta Z está formada por las arcadas de Douglas (ya sabemos que ellas no son más que fibras de concavidad inferior pertenecientes a la aponeurosis de inserción del músculo transversal del lado opuesto después de su entrecruzamiento en la línea media). Todas estas fibras horizontales constituyentes de la parte inicial del ligamento de Hesselbach, se reúnen a alguna distancia del borde externo del recto mayor del abdomen, para formar la rama vertical; una vez formada, ésta desciende paralelamente al borde externo del músculo recto. Entre este borde y el ligamento que nos ocupa se encuentran situados los vasos epigástricos, que caminando en pleno tejido sub-peritoneal, siguiendo, sin embargo, una dirección más oblicua hacia adentro.

La rama vertical del ligamento de Hesselbach sigue esta dirección hasta llegar al orificio inguinal interno, donde contribuye a formar el labio interno de este ori-

ficio; en este momento se acoda en ángulo recto para formar la rama horizontal inferior, la cual se extiende en forma de un ancho abanico, para perderse sobre la fascia transversalis en dirección a la espina iliaca antero-superior y tomando en algunos casos puntos de contacto con las fibras que forman la cinta ilio-pubiana de Thompson.

Ligamento de Henle. — El haz fibroso que ha dado lugar a más teorías y discusiones sobre su constitución origen y dependencia, confusión que se explica si se tienen en cuenta las íntimas conexiones que esta formación fibrosa presenta en su cara anterior y posterior con el tendón conjunto y la fascia transversalis, respectivamente.

Por este motivo es que aquellos autores que se han dejado impresionar por las adherencias bastante intensas de este haz con la fascia transversalis, aseguran a carta cabal que este conjunto fibroso no es más que un haz de refuerzo de la fascia transversalis. En cambio, otros autores y anatomistas, que se fijan en las relaciones de vecindad con el transversario y el tendón conjunto, creen que las fibras que constituyen a nuestro ligamento de Henle, son emanaciones de estas dos otras formaciones anatómicas. Otros autores, como Gilis (citado por el doctor Squirru en su tesis), creen que este haz fibroso no es más que una expansión del músculo recto mayor del abdomen y para asegurar esta aseveración, el mencionado autor dice, que para convencerse, no hay más que seguir las fibras del liga-

mento de Henle y ver que se pierden entre las fibras carnosas del músculo recto mayor del abdomen y más abajo se confunde con las fibras tendinosas que van a constituir el tendón de inserción del mencionado músculo.

Sea como fuere, este ligamento está constituido por un plano fibroso que tiene la forma de un triángulo equilátero, de una altura de uno a dos centímetros y una base de igual extensión.

Está formado este ligamento por haces tendinosos, blancos, paralelos, que describen una curva de concavidad supero-externa.

Todos estos datos morfológicos que acabamos de mencionar no se presentan siempre tan a las claras a los ojos del anatomista y del cirujano y el ligamento de Henle es difícil muchas veces de aislar y de ver.

Como he indicado más arriba, tiene una forma triangular, por eso debemos estudiar una base y un vértice; dos caras y dos lados.

La base corresponde al ligamento de Cooper con el cual se fusiona.

El lado interno, oblicuo hacia abajo y adentro, corresponde al borde externo del recto mayor del abdomen, con el cual se confunden.

El borde externo oblicuo hacia abajo y afuera es delgado, cóncavo y falsiforme.

La cara posterior está en relación, como ya lo hemos dicho, con la fascia transversalis.

La cara anterior corresponde al tendón conjunto y le adhiere íntimamente.

Cinta ileo pubiana de Thompson. — Al igual que el ligamento de Henle, ha sido considerada esta formación fibrosa como dependiente de las diversas piezas anatómicas que constituyen esta región.

Está representada por una lámina fibrosa verticalmente extendida desde la espina del pubis de un lado hasta la espina iliaca antero superior del lado correspondiente.

Como su nombre lo indica, tiene ella la forma de una cinta, extendida de una extremidad ósea a otra, por eso debemos de considerar en ella: una inserción externa, una inserción interna, una cara anterior, una cara posterior, un borde superior y un borde inferior.

La inserción externa está representada por un conjunto de fibras que ocupan una extensión de dos a tres centímetros en forma de abanico y toman sus puntos fijos en la espina iliaca anterosuperior y en el labio interno de la cresta pectínea.

La inserción interna está representada también por un manojo de fibras blancas, nacaradas en forma de abanico que van a buscar sus puntos fijos un poco por fuera de la espina pubiana, en el mismo sitio que las toma el tendón conjunto; pero siendo las pertenecientes a ésta oblicua oblicuas hacia abajo y afuera, y las de la cinta hacia arriba y dentro, se entrecruzan y forman un verdadero intrincado, uniéndose íntimamente las unas a las otras.

La cara posterior de la cinta ileo-pubiana de Thompson presenta relaciones importantes que es necesario conocer bien y con cuyo estudio queda demostrado que

esta formación fibrosa no es un haz de refuerzo de la fascia transversalis y que se encuentra, por el contrario, en un plano más anterior que ésta.

Veamos: esta cara posterior está en relación hacia afuera con la fascia transversalis, pero estas dos formaciones anatómicas no se hallan en contacto; en efecto, mientras la fascia está colocada casi verticalmente, la bandeleta está situada siguiendo una dirección oblicua hacia abajo y atrás y sólo se pone en contacto con aquélla a nivel de su borde superior, de tal manera que entre la cinta y la fascia transversalis dan lugar a la formación de un espacio angular abierto hacia abajo. Este espacio está cerrado en la parte inferior por la fascia ilíaca que lleva una dirección horizontal y adheriendo por delante a la cinta y por detrás a la fascia transversalis cierran completamente este espacio, especie de túnel, lleno de tejidos celular laxo, por donde caminan los vasos circunflejos ilíacos.

Más hacia adentro, la cara posterior de la cinta ileo-pubiana está en relación con los vasos ilíacos de los cuales está separado por la fascia transversalis a la cual se halla siempre yuxtapuesta.

La cara anterior de la cinta ileo-pubiana está en relación en su tercio externo con la cara posterior del músculo transverso. En cambio, en la parte más interna está en relación con el cordón que se acuesta sobre su cara anterior hasta la salida del canal.

El borde superior es delgado, frágil, cortante. Está en relación con la fascia transversalis de la cual es fácil de separar por la disección.

El borde inferior se continúa con la aponeurosis del gran oblicuo, adheriendo a ella y formando un verdadero canal. En este punto está en relación con la fascia transversalis y la fascia cribiformis.

Tejido celular sub-peritoneal. — Muy bien descripta se halla esta parte de la región inguinoabdominal, en la tesis de doctorado del doctor Carlos María Squirru. Seguiremos, pues, a este señor en su descripción.

Se da el nombre de tejido celular sub-peritoneal al tejido más o menos laxo (según las regiones que se consideren) que ocupan el espacio comprendido entre la fascia transversalis y el peritoneo.

Este tejido celular subperitoneal no es homogéneo y puede muy bien dividirse en dos capas: la una, superficial o externa, que refuerza por atrás a la fascia transversalis, y una capa profunda o interna que corresponde al peritoneo. De estas dos capas, la primera es más gruesa, más o menos infiltrada de una grasa amarilla, es la que se llama *fascia celulosa de Richet*; la segunda más delgada, más fina, más delicada, íntimamente unida al peritoneo, constituye lo que se denominá la fascia propia de Richet.

El doctor Squirru divide esta fascia propia, que es la que debemos estudiar con más detalle, en tres zonas distintas; a saber: 1.º Zona del orificio interno del canal inguinal; 2.º Zona de la arteria epigástrica, y 3.º Zona prevesical.

En la primera zona, el peritoneo está fuertemente unido a la fascia transversalis, principalmente en la

parte que corresponde a la porción del orificio inguinal interno.

Mucho más interesante es la segunda zona, que pasaremos a describir con algún detalle, pues con ella, como su nombre lo indica, corren los vasos importantes de esta región.

Caracteriza al tejido celular sub-peritoneal de esta zona en que es más abundante y que, por consiguiente, la adherencia entre el peritoneo y la fascia transversalis es menos íntima.

Esta zona está comprendida desde la parte infero-interna del orificio interno del canal inguinal, hasta la arteria umbilical.

Estudiaremos ahora los vasos importantes que corren por esta zona media de la capa celulosa de Richet.

La arteria epigátrica, cuyo calibre es a veces tan grande como el de la radial; nace del lado antero-interno de la arteria iliaca externa a una distancia variable de la arcada crural (pues unas veces nace a nivel de ella y otras a dos o más centímetros por encima de la misma); de allí se dirige transversalmente de fuera adentro, pasando un poco por encima de la vena iliaca externa; al llegar debajo del orificio interno del canal inguinal, se encurva sobre ella misma, para dirigirse hacia arriba y adentro; en esta forma llega al borde externo de la vaina del recto mayor del abdomen a una distancia de cinco centímetros más o menos de la arcada, para allí atravesar la mencionada vaina y

llegar al músculo y recorrer entonces la región externo-pubiana, donde termina.

De lo que acabamos de describir, resulta que la arteria epigástrica, en su travesía inguinoabdominal, nos presenta dos porciones: una horizontal, que mide de uno a dos centímetros paralela a la arcada crural y la otra oblicuamente ascendente, larga de cinco a seis centímetros. Al reunirse las dos porciones antes nombradas de la arteria epigástrica, forman entre el anillo crural, que está por debajo y el orificio interno del canal, que está por encima y a dos centímetros aproximadamente por dentro de la mitad de la arcada crural, un haz cuya concavidad dirigida hacia arriba y afuera es atravesada en el hombre por el canal deferente y la arteria deferencial, los cuales describen en este sitio otra asa, pero cuya concavidad mira en sentido opuesto, es decir, hacia abajo y adentro.

En la mujer, reemplazan al cordón del hombre el ligamento redondo y la pequeña arteriola que lo acompaña.

Muy cerca de su origen, la arteria epigástrica proporciona tres colaterales: a saber: la arteria funicular, muy delgada, penetra en el canal inguinal, atravesando su pared posterior y se reúne con el cordón al cual acompaña hasta el testículo. En la mujer va con el ligamento redondo. 2.º La arteria supra-púbica, va hacia dentro y se anastomosa por encima del pubis con la del lado opuesto. 3.º La arteria anastomótica de la obturatriz, que, como su nombre lo indica, después de

recorrer un trayecto más o menos vertical, va a unirse con la arteria mencionada.

Otros vasos importantes que debemos considerar en esta zona, son las venas epigástricas, las cuales acompañan a la arteria del mismo nombre, caminando por el tejido sub-peritoneal y luego van a desembocar unas veces por separado y otras, merced a un tronco común, en la vena ilíaca externa.

En el curso de su trayecto, ambas venas epigástricas, están unidas por anastomosis transversales u oblicuas, que llegan a ser tan numerosas en algunos casos, que forman una especie de plexo.

Separando la zona de la arteria epigástrica de la zona prevesical, se encuentra la arteria umbilical reducida ordinariamente a un cordón fibroso que va desde el ombligo al piso de la pelvis.

Debemos acordarnos que este cordón fibroso, adherente al peritoneo, lo eleva formando un repliegue que a veces se convierte en un verdadero meso.

La última zona, es decir, la zona prevesical es aquella comprendida entre el cordón de la arteria umbilical y la línea media.

Aquí el tejido celular sub-peritoneal se condensa en una lámina especial, que se extiende en dirección vertical y transversal por delante de la vejiga y recibe por ello el nombre especial de *fascia prevesical*.

Esta fascia tiene la forma de un triángulo, cuya base se inserta en la aponeurosis perineal superior y cuyo vértice corresponde al ombligo. Los lados de este

triángulo corresponden a los cordones fibrosos que reemplazan a las arterias umbilicales en el adulto.

Presenta, además, una cara anterior y una cara posterior. La primera está en relación con la grasa y la fascia transversalis y la segunda está en contacto con la fascia propia y la vejiga.

Peritoneo. — El peritoneo parietal se extiende regularmente por la cara posterior de la región ínguinoabdominal, luego al llegar a la parte inferior de la misma, se refleja hacia atrás, para tapizar la fosa ilíaca interna.

Debemos observar, sin embargo, que esta reflexión del peritoneo no se hace a nivel mismo del ángulo diedro que forma al unirse la fascia transversalis con la fascia ilíaca, sino un poco por encima del mencionado ángulo, de lo cual resulta que por detrás de la arcada crural y por debajo de la reflexión de la serosa, queda un buen espacio, rico en tejidos celular lleno de grasa, llamado espacio de Bogros, en el cual se hallan contenidos, además de los vasos epigástricos ya estudiados, los vasos ilíacos externos en el momento en que se introducen en el anillo crural para transformarse en vasos femorales.

Si examinamos con detención el peritoneo, veremos la formación de saliencias que determinan, por otra parte, deprecciones llamadas fositas inguinales, en número de tres: externa, media e interna.

La foseta inguinal externa, limitada hacia adentro

por la arteria epigástrica, se confunde poco a poco hacia afuera con el resto del peritoneo.

La foseta inguinal externa está en relación con el orificio inguinal profundo, el ligamento de Hesselbach; además, a este nivel el peritoneo se adhiere fuertemente a la parte supero-externa del orificio inguinal y queda libre en la parte infero-interna.

La fosita inguinal media está comprendida entre la arteria umbilical y los vasos epigástricos. Esta fosita es muy marcada en su lado interno por el repliegue que hace la arteria umbilical, y en cambio, es poco marcada en su lado externo por el poco relieve que efectúa la epigástrica al levantar al peritoneo.

Por último, la fosita inguinal interna está comprendida entre el relieve que forma la arteria umbilical hacia afuera y el uraco hacia adentro.

Esta fosita no tiene ninguna relación con el canal inguinal, pues ella está situada por dentro del orificio externo.

Su parte más inferior e interna está en relación con la vejiga que le forma en ese punto una ligera convexidad.

Conducto inguinal. — Todas las capas, o mejor dicho los planos anatómicos que acabamos de describir, dan lugar a la formación de un conducto, para unos autores, de un canal para otros y de un trayecto para los demás, llamado *canal o trayecto inguinal*, que es necesario, en el tema que tratamos, describirlo con algún detalle, pues en él es en donde se albergan o hablando

con más propiedad, por donde salen a nivel de sus puntos débiles las hernias inguinales.

Describiremos en él su situación y dirección; sus dimensiones, sus orificios y su contenido.

La situación y dirección del canal inguinal hay que estudiarlas en la siguiente forma: situado inmediatamente por encima de la mitad interna de la arcada crural, sigue una dirección paralela a la misma y, por consiguiente, lo vemos dirigirse de arriba abajo, de fuera adentro y algo de atrás adelante.

Las dimensiones son: longitud en un hombre adulto es de cuatro a cinco centímetros. Su anchura varía mucho, según las dimensiones eminentemente variables de su contenido; cuando el cordón es voluminoso, el conducto es ancho, y relativamente estrecho cuando aquel es pequeño.

Este conducto inguinal, por la presencia de las hernias o cualquier otra causa patológica, sufre modificaciones considerables en su forma y en sus dimensiones, acortándose y ensanchándose al mismo tiempo que su oblicuidad disminuye y tan es así que en las hernias viejas y voluminosas desaparece casi completamente como canal, no estando entonces representado más que por un ancho orificio, por el cual se penetra directamente, palpando con el dedo en la cavidad abdominal.

Dos son los orificios que presentan este canal: uno superficial o cutáneo, llamado impropiamente orificio externo del canal inguinal, y otro profundo, con íntimas relaciones con el peritoneo, llamado también im-

propriadamente orificio interno del canal inguinal; y decimos impropriadamente, porque aquel que se denomina interno es externo con relación a la línea media y, en cambio, el externo es interno con relación a la misma línea.

Empezaremos por el *anillo inguinal externo*. Situado inmediatamente por encima del pubis y por dentro de la espina, está formado: 1.º hacia afuera, por el pilar externo; 2.º hacia adentro, por el pilar interno; 3.º hacia arriba, por las fibras arciformes o intercolumnarias, que van de un pilar a otro, y 4.º hacia abajo, por el pilar posterior o ligamento de Colles, procedentes del oblicuo mayor del lado opuesto.

Reviste la forma este anillo inguinal de un óvalo, cuyo gran diámetro estuviese dirigido hacia abajo y adentro, cuya extremidad mayor mirara hacia arriba y la menor hacia abajo.

Las dimensiones de este orificio varían al infinito; pero se pueden dar como dimensiones medianas las de un centímetro de anchura por dos centímetros y medio de altura.

Formado como él está por una aponeurosis de inserción de un potente músculo, bien nos podemos dar cuenta que estas dimensiones han de variar cuando el músculo está en contracción o está relajado. En el primer caso las fibras tendinosas que constituyen el anillo están tensas y el orificio se estrecha; en el segundo, están relajadas y el mismo orificio se dilata. Esto debemos tenerlo en cuenta para cuando nos veamos en la necesidad de explorar el anillo inguinal, será preciso

poner los pilares en relajación; para lograr esto, colosaremos al enfermo acostado con los muslos flexionados sobre la pelvis y en abducción.

Testud, en su anatomía tográfica, nos hace notar y con razón, que a veces por encima del anillo inguinal externo, otras veces por debajo, la existencia de uno o dos orificios redondeados más pequeños a veces ovalados o losángicos, por los que pasan normalmente vasos, filetes nerviosos o puramente simples paquetes adiposos. Estos *anillos accesorios*, como los denomina Testud, considerados por él mismo como verdaderas fisuras de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, pueden en estado patológico dar paso a pelotones adiposos epiploicos, y hasta a verdaderos trozos de anzas intestinales, constituyendo entonces una variedad especial de hernias, llamadas hernias por rasgadura.

El anillo inguinal interno, más bien tiene la forma de una hendidura que la de un anillo, dirigida verticalmente de arriba abajo y cuyo diámetro mayor tiene una longitud de uno a un centímetro y medio.

Correspondiendo a la parte media de la arcada crural, está situado este anillo a un centímetro y medio por encima de ella, a cinco centímetros afuera de la espina del pubis y a siete centímetros por fuera de la línea blanca.

Presenta este orificio dos lados: el interno, muy marcado debido al relieve que determina a este nivel la presencia del ligamento de Hesselbach; tiene una forma falsiforme de un repliegue semilunar, cuya

concavidad mira hacia afuera y arriba. El lado externo es poco marcado.

Sobre este orificio interno del canal inguinal se extiende la hoja parietal del peritoneo, determinando allí una depresión, una fosita, que nosotros hemos ya estudiado con el nombre de fosita inguinal externa.

Estudiaremos ahora las paredes de conducto, que son en número de cuatro; dos muy importantes: la anterior y la posterior y las otras dos menos importante, que algunos autores la consideran como simples bordes y son: la pared o el borde superior y la pared o el borde inferior.

Empezaremos por la pared anterior, por ser ella una de las más importantes y, además, la primera que ha de incidir el cirujano en la operación de la hernia inguinal.

Estudiándola de delante atrás, está formada por los siguientes planos anatómicos: 1.º por la piel y el tejido celular subcutáneo; 2.º por la aponeurosis de envoltura del mismo músculo; 3.º por la aponeurosis de inserción del mismo músculo, cuyas fibras, como ya sabemos, unas veces numerosas y agrupadas forman una verdadera pared y otras ralas y laxas dejan claros que la debilitan en su resistencia; todo esto en relación con el desarrollo muscular del sujeto.

La pared posterior del conducto inguinal es mucho menos resistente y mucho más irregular que ésta, es necesario que la estudiemos con algún detalle, pues en ella es donde se reproducen las hernias directas de

algunos autores y según algunas clasificaciones, como luego veremos; retroinguinales, según otros.

Si después de haber cortado la aponeurosis del oblicuo mayor y quitado el cordón seguimos a esta pared posterior de fuera adentro, veremos que está formada sucesivamente: 1.º en la parte más externa entre el orificio interno del canal inguinal y los vasos epigástricos, por la fascia transversalis reforzada por el ligamento de Hesselbach; 2.º más lejos, es decir, más hacia adentro por la fascia transversalis sola (punto débil), y 3.º más lejos todavía, por la fascia transversalis y el ligamento de Henle.

Si nosotros observamos bien, veremos que esta pared posterior del canal inguinal nos presenta, pues, tres zonas, de espesor diferente: la externa: pequeña que bordea hacia adentro el orificio interno del canal inguinal y que es relativamente resistente; la parte interna mucho más extensa y mucho más resistente y, por último, la zona media, que se encuentra colocada entre las dos precedentes, muy delgada, muy poco resistente, constituyéndola solamente la fascia transversalis, y a la cual se le ha dado en llamar el *punto débil*, de la pared posterior del canal inguinal.

Es precisamente por este punto por donde salen las hernias introinguinales (directas).

Tiene este punto débil la forma de un triángulo, cuya base es inferior y está representado por la banda ileo-pubiana de Thompson, cuyo borde interno bien convexo hacia adentro, está formado por el ten-

dón conjunto; en cambio, el otro borde externo no es más que el ligamento de Hesselbach.

Como bien podemos darnos cuenta, la forma y dimensiones de este triángulo son muy variables, debido, sin duda alguna, a la diversidad y variabilidad de las formaciones anatómicas que lo delimitan; y así observamos que unas veces casi triangular, se nos presente otras semicircular y hasta en herradura.

Así vemos, que si el sujeto es muy musculoso, el borde externo del tendón está muy aproximado al ligamento de Hesselbach, y el punto débil casi se puede decir que es virtual, puesto que el arco formado por el pequeño oblicuo está enteramente ocupado por el cordón.

Si miramos por transparencia, este punto débil se ve ascender a la arteria epigástrica, acompañada de sus venas hacia arriba y adentro.

La anchura de este punto débil debemos considerarla por lo que hemos descripto más arriba, que es muy variable; pero debemos tener presente que si a veces queda reducida a un espacio virtual, en cambio, en otras ocasiones es tan extenso que llega a medir hasta dos centímetros y medio de ancho.

La pared superior, llamada, como ya hemos dicho, por algunos autores borde superior, está formada por el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transversal y por las aponeurosis de envoltura o láminas celulo adiposas que lo separan.

Debemos advertir que los autores que consideran a esta pared como un borde, tienen mucha razón, por-

que los fascículos carnosos de los dos precitados músculos no existen ordinariamente más que en la porción externa del canal, pues en su porción interna han desaparecido, muriendo en sus respectivos tendones de inserción, y, por consiguiente, en este sitio, por efecto de la aproximación de las dos paredes posterior y anterior del canal inguinal, la pared superior del mismo se ha transformado en un simple borde aponeurótico.

La pared inferior, llamada borde inferior, por algunos autores, representa un verdadero canal cuya concavidad está dirigida hacia arriba.

Este canal no es más que una continuación de la pared anterior, pues, en verdad, constituye la porción interna de la arcada crural y, por consiguiente, como ésta es una dependencia de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, la cual, como sabemos, se ha encurvado hacia atrás y arriba hasta ir a insertarse en la cresta pectínea. Al nivel de su borde posterior está continuada por las fibras dependientes de la cinta íliopubiana. Allí, donde el cordón está a punto de salir del orificio externo del canal inguinal, descansa en dicho canal; pero todo el resto de su extensión está colocado por encima, y tanto más cuanto más se acerca al orificio interno del conducto inguinal.

Estas paredes, que acabamos de describir, su constitución anatómica presenta relaciones que es preciso conocer bien, principalmente las de la cara posterior y las de la cara inferior.

La cara posterior está en relación con el tejido celular sub-peritoneal y el peritoneo con sus fosetas in-

ternas y media, conteniendo en la generalidad de los casos anzas del intestino delgado o del intestino grueso, ciego, etc., y hasta cualquier otro órgano situado en la gran cavidad esplánica. La otra fosita, la interna, no está situada por entero por dentro de la pared posterior del canal inguinal, porque el centro del orificio inguinal externo le corresponde un poco hacia adentro de la arteria umbilical. Aquí esta fosita nos da una relación de importancia; en este punto el tejido celulo-grasoso sub-peritoneal es espeso y adherente al peritoneo del que sigue todos sus movimientos; esto por una parte y por otra adhiere también bastante fuertemente a la vejiga que, aunque situada a alguna distancia del orificio, puede ser fácilmente atraída hasta allí por tracciones ejercidas sobre el peritoneo.

Es una relación de importancia que hay que conocer bien para la sección del saco y “debemos desconfiar, cuando en el curso de la operación veamos aparecer una masa grasosa amarillo-clara, lisa y homogénea; puede ser la vejiga” (Squirru).

La pared inferior del canal inguinal presenta relaciones de importancia con los vasos ilíacos, pues la arteria y la vena pasan por debajo de la pared inferior del canal. Por consiguiente, la arteria y la vena ilíacas externas pasan a poca distancia de la cara inferior (borde inferior) del canal inguinal, no estando separados, sino por dos hojuelas muy delgadas de la fascia transversalis y de la bandeleta. Por consiguiente, el paquete vascular no se encuentra a una distancia de medio centímetro de la arcada crural, sobre todo cuan-

do ella es tironeada por una fuerte pinza, puesto que está separada del borde postero-inferior, por todo el espesor de la gotera de reflexión.

En este momento vamos a tratar lo importante, desde el punto de vista operatorio, como asegura el doctor Squirru: "que es cómodo y sin ningún peligro; colocar las suturas sobre la arcada crural tensa, resistente y aislada y no sobre la bandeleta difícil de aislar muy delgada y muy cercana de los vasos ilíacos".

Estudiaremos primeramente el contenido del canal inguinal en el hombre y luego en la mujer.

En el hombre, el cordón espermático es el ocupante del canal inguinal en el hombre. Todos los elementos que lo constituyen están envueltos en una fibrosa común que no es más que la fascia transversalis, la cual se ha reflejado sobre el cordón a nivel del anillo inguinal interno. Sobre esta lámina fibrosa, es decir, entre ella y las paredes del conducto inguinal corren ramos nerviosos importantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.º el ramo genital del abdomino genital mayor que sigue la cara superior del cordón; 2.º el ramo genital del abdomino genital menor que camina sobre su cara anterior, y 3.º el ramo genital del genito crural que camina por debajo de él sobre la pared inferior del canal.

Recordemos que estos tres nervios salen del canal por su orificio externo para terminarse en la piel del escroto y de la región supra-púbica.

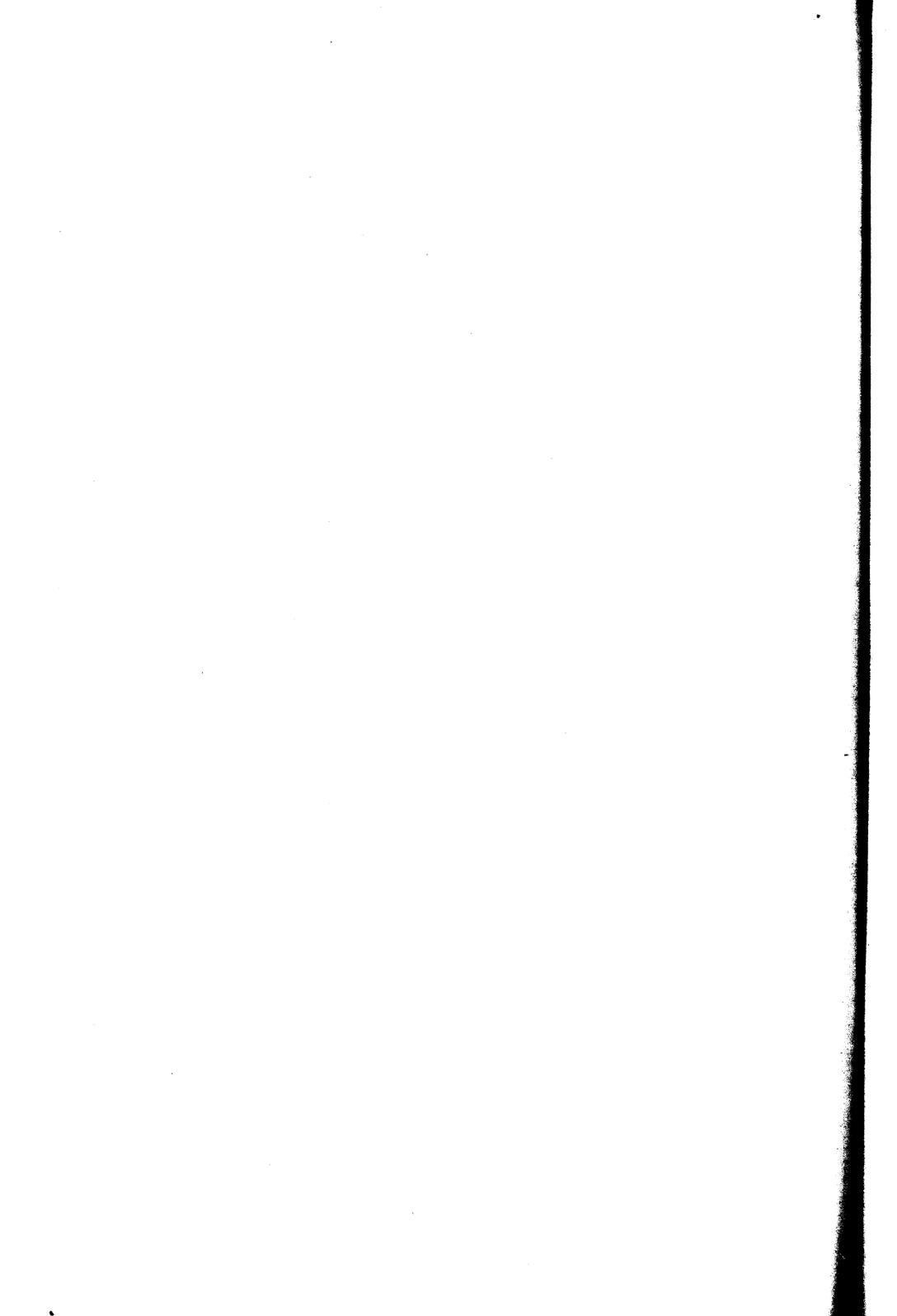
Los elementos constitutivos del cordón espermático

son: 1.º el canal deferente, con su arteria, la arteria deferencial, rama de la vesical inferior o de la hemorroidal media; 2.º la arteria espermática, rama de la aorta; 3.º la arteria funicular, rama de la epigástrica; 4.º el paquete venoso anterior y el paquete venoso posterior que desembocan, el primero en la vena epigástrica y el segundo en la vena cava inferior (lado derecho) y en la vena renal izquierda (lado izquierdo); 5.º los linfáticos del testículo que van a los ganglios lumbares, y 6.º, por último, los filetes nerviosos dependientes del gran simpático.

Todos estos elementos anatómicos están reunidos entre sí, por un tejido celular intersticial.

En la mujer, el ocupante del canal inguinal es el ligamento redondo del útero, acompañado de la arteria destinada a él.

Además, por fuera de la túnica fibrosa que le forma la fascia transversalis, se hallan los tres filetes nerviosos que encontramos en el canal inguinal del hombre; a saber: el ramo genital del abdomino genital mayor; el ramo genital del abdomino genital menor y, por último, el ramo génital del genito crural.



CAPÍTULO II

Clasificación de las hernias inguinales.

La clasificación de las hernias inguinales ha sido uno de los puntos más vidriosos en el estudio de esta afección. Mucho se ha escrito y mucho se ha discutido sobre cuál es la mejor clasificación, sin llegar nunca a nada definitivo.

De acuerdo con lo que he visto y lo que he hecho en la sala de cirugía del Hospital Nacional de Clínicas, en el servicio del doctor Gandolfo, bajo su dirección, y al lado de los doctores Marotta, Landivar y Squirru, creo que la clasificación que engloba todas las variedades de las hernias inguinales, así como la más práctica desde el punto de vista operatorio, es la propuesta por el doctor Corbellini.

Estudiaremos con algún detalle esta clasificación, haciendo a ella como agregado, una variedad nueva de

hernia, descrita por los doctores Enrique Finocchietto y Carlos María Squirru.

Esta clasificación del doctor Corbellini se funda en hechos puramente anatómo-patológicos, es decir, en la situación que ocupa el saco con relación con los órganos vecinos.

El doctor Corbellini divide las hernias inguinales en dos grandes categorías; a saber: 1.º las intrainguinales y 2.º las retroinguinales. A las primeras les llama intrainguinales, cuando el saco herniario se encuentra dentro de la misma envoltura del cordón, siguiendo el mismo trayecto y formado por el conducto peritoneo vaginal. A las segundas las denomina retroinguinales, cuando el saco herniario no está dentro de las envolturas del cordón, a aquellas que se forman sin disgregar los elementos que lo constituyen, a aquellas, en fin, en que el saco no sigue en su trayecto el canal inguinal y sólo se forman forzando el punto débil de la pared posterior de este canal. Este punto es de capital importancia para comprender bien la clasificación del doctor Corbellini y la oportunidad y buena elección del método operatorio en el tratamiento de las hernias.

Así es que no debemos olvidarnos que las hernias intrainguinales son aquellas que dependen de una disposición congénita representada por el conducto peritoneo vaginal; porque él puede cerrarse tardíamente o puede quedar permanentemente permeable, y que, además, ellas emergen junto con los elementos del cordón.

Por el contrario, las otras, las hernias retroinguinales del doctor Corbellini, no dependen de una dispo-

sición *congénita*, sino que son adquiridas, y ellas se producen a través de la pared posterior, aprovechando la parte de la misma delgada, transparente, constituida por la fascia transversalis y conocida con el nombre de punto débil; esto debemos entenderlo muy bien (porque es en esta variedad de hernias en que se aplica, como método operatorio, la intervención que voy a describir), es en el sitio de la pared posterior comprendida entre el ligamento de Hesselbach hacia afuera y el tendón conjunto hacia adentro, donde se producen, donde nace esta variedad de hernias inguinales, que rechazando al cordón hacia adelante *sin penetrar en él*, justifican perfectamente el nombre que el ilustre médico les ha dado de hernias retroinguinales.

De acuerdo con este concepto, muy bien podemos considerar a las hernias retroinguinales como verdaderas hernias abdominales, fraguadas a través de los planos músculos aponeuróticos de la región inguino-abdominal y formada por el mismo mecanismo que se producen las hernias del espacio de Griemkfeld y las del triángulo de Petit.

Si nosotros observamos una hernia intrainguinal, veremos que con gran facilidad tiene tendencias a bajar hacia el escroto, puesto que sigue el cordón espermático; en cambio, las retroinguinales no bajarán con tanta facilidad, se agrandarán, se pondrán como grandes eventraciones, pero sin llegar nunca al escroto.

Debemos agregar, por último, la nueva variedad de hernia intrainguinal descrita por los doctores Enrique Finocchietto y Carlos María Squirru, en la *Prensa*

Médica Argentina, del 30 de octubre de 1917, y denominada por ellos la hernia inguinal mixta.

Dicen los autores: “ El objeto de la presente publicación es agregar una variedad en que coexisten ambos tipos en el mismo sujeto y en el mismo lado, como es de observación, no diremos habitual, pero sí de relativa frecuencia.

“ Se trataría, pues, de una clase de hernia inguinal mixta, que tendría dos sacos: el 1.º un saco congénito intrainguinal, sujeto a todas las variaciones de esta especie de hernias y que podría acompañarse de anomalías testiculares; y el 2.º un saco adquirido retroinguinal.

“ Es natural y no hay que insistir en ello, que tanto un saco como el otro pueden sufrir las variaciones que les son peculiares.” (Finocchietto-Squirru).

De acuerdo con lo que acabamos de exponer, trataremos de ordenar en una forma lógica (como lo ha hecho el doctor Squirru), las distintas variedades de las hernias inguinales, dentro de las tres grandes divisiones que acabamos de hacer.

En el cuadro sinóptico que sigue, quedan ellas ordenadas y clasificadas:

CLASIFICACIÓN COMPLETA DE LAS HERNIAS INGUINALES

Corbellini - Finocchietto - Squirru

Hernias	Formadas en un canal bien constituido con o sin anomalías testiculares.	1. ^o Punta de hernia. 2. ^o Hernia intraparietal. 3. ^o Hernia funicular. 4. ^o Hernia escrotal. 5. ^o Hernia vaginalperitoneal completa.
Hernias intrainguinales		
Hernias retroinguinales	No se acompañan nunca de anomalías testiculares.	1. ^o Saculares. 2. ^o Viscerales. 3. ^o Adiposas.
Hernias mixtas	Nueva variedad a la cual le conviene todas las variedades anteriores.	

Una vez bien conocida esta clasificación del doctor Corbellini, veamos lo que dice este autor en una publicación aparecida en enero de 1918.

Sigámoslo en la discusión que establece para dejar sentadas la bondad de su clasificación.

Las hernias inguinales habían sido ya divididas de muy distintas maneras, dice el doctor Corbellini, en hernias congénitas y adquiridas de esfuerzo y de debilidad coersibles e incoersibles, etc.

La división de las hernias en congénita o adquiri-

das, no tienen una verdadera razón de ser. Ya la Medicina Legal obligó a extender el campo de las clásicas hernias congénitas, es decir, de aquellas en que hay persistencia completa del canal vagino peritoneal. Así Jaboulay considera como congénitas adquiridas a todas las oblicuas externas de los jóvenes y es casi seguro que tiene razón. Es indudable que éstas, como las congénitas clásicas, se forman por una disposición embriológica que favorece su producción, disposición que puede ser una persistencia incompleta del canal vagino peritoneal o una debilidad o ausencia del ligamento de Hesselbach.

Además, las hernias retroinguinales, que siguiendo el concepto clásico deben considerarse como adquiridas, desde que ellas no tienen nada que ver con el canal vagino peritoneal y que clínicamente aparecen siempre como adquiridas, no lo son probablemente en realidad: la debilidad y aun la ausencia completa del tendón conjunto han sido ya observadas y no se necesita más para que una hernia retroinguinal encuentre el modo de producirse.

Por nuestra parte tenemos la convicción de que el porvenir demostrará que todas las hernias intrainguinales tiene por causa un defecto congénito. Sin embargo, como es necesario entenderse cuando hablamos de hernias congénitas, nos referiremos siempre a las producidas por la persistencia completa del canal vagino-peritoneal, considerando adquiridas a todas las restantes, sean intra o retroinguinales.

Después de lo que hemos dicho en lo que antecede,

se comprende que casi todas las hernias tienen por causa una debilidad, de lo cual se deduce lo falsa de la clasificación que establece la hernia de esfuerzo y de debilidad. Es natural que, existiendo un defecto congénito que impide el funcionamiento normal del canal, un esfuerzo cualquiera pueda provocar una hernia. Pero para que el esfuerzo pueda producir la hernia, es indispensable que el canal no funcione regularmente, es decir, que haya una debilidad.

El esfuerzo, en efecto, no puede ser causa de hernia en las condiciones normales de funcionamiento del canal inguinal, porque durante el esfuerzo, el canal se cierra de modo a impedir la salida de las vísceras.

La tensión de la aponeurosis del oblicuo mayor y de sus pilares anterior y posterior que protegen el orificio externo, la contracción del borde muscular inguinal y la tensión consiguiente del tendón conjunto que cierran la luz del canal, estrechan el orificio interno y protegen el orificio externo; la tensión del ligamento de Hesselbach que estira el canal aumentando su oblicuidad y comprime y estrecha el orificio interno, todo esto agregado a la presión abdominal que adosa la pared posterior contra la anterior, cierra el canal inguinal normal durante el esfuerzo y no permite la formación de una hernia.

Es necesario que alguno de estos resortes no ande bien, es decir, que exista una debilidad, para que el esfuerzo pueda producir una hernia. La debilidad del pequeño oblicuo y transversal, o de su tendón conjunto, son, sobre todo, causas de importancia; es a ellos es-

pecialmente a los que está encomendada la vigilancia del canal durante el esfuerzo, su funcionamiento estrecha el orificio interno cierra el trayecto del canal y protege el orificio externo.

Todas estas divisiones, como la división clásica anatómica en oblicuas externas, directas y oblicuas internas, sirven, indudablemente, para entenderse cuando se habla o se escribe sobre hernias; pero tienen el inconveniente de no basarse más que en un solo de los caracteres de las hernias, al cual definen con más o menos claridad, pero que no resulta suficiente para fundar una verdadera clasificación.

Tillaux, encarando la cuestión con criterio quirúrgico, divide las hernias inguinales en internas y externas, según que ellas pasan por dentro o por fuera de la arteria epigástrica y suprime la división clásico-teórica en oblicua y directa, porque quirúrgicamente no tienen importancia.

El problema para Tillaux es conocer la relación del saco con la arteria epigástrica, para no cortarla cuando opera una hernia estrangulada. Hoy este asunto no tiene ya importancia alguna, porque la práctica de la quelotomía ha sido abandonada; no la tuvo muy grande en realidad, ni en la época de Tillaux, porque la verdad es que la estrangulación de la hernia interna de este autor, constituye una rareza de la que él no pudo darse cuenta.

En 1899 Jaboulay publica una nueva clasificación. Pero al dividir las hernias en intra y extrafuniculares, el maestro de Lyon se mantiene dentro del terreno

anatómico y no alcanza un concepto clínico ni quirúrgico de la cuestión.

Al principio, dice el doctor Corbellini, nos valimos de la nomenclatura de Tillaux para explicar nuestra manera de ver en la cuestión; pero esta nomenclatura nos resultó insuficiente. La relación del saco con la arteria epigástrica, no teniendo para nosotros la importancia que pudo tener para Tillaux, no teniendo tampoco nada que ver con los fundamentos de nuestra clasificación, resolvimos abandonar la nomenclatura del maestro francés, que responde a un propósito quirúrgico anticuado y no a nuestro concepto anatomo-patológico, clínico y quirúrgico de la cuestión.

Esta última razón es la que, al abandonar a Tillaux, nos impidió seguir a Jaboulay. Ya lo hemos dicho, la clasificación de Jaboulay no va más allá, en realidad, de la simple comprobación anatómica de la relación del saco con el cordón y resulta confusa y contradictoria, sin concepto clínico ni evolutivo y sin consecuencia alguna terapéutica que no sea la comprobación del hecho anatómico mismo de que unas hernias corren por dentro y otras por fuera del cordón.

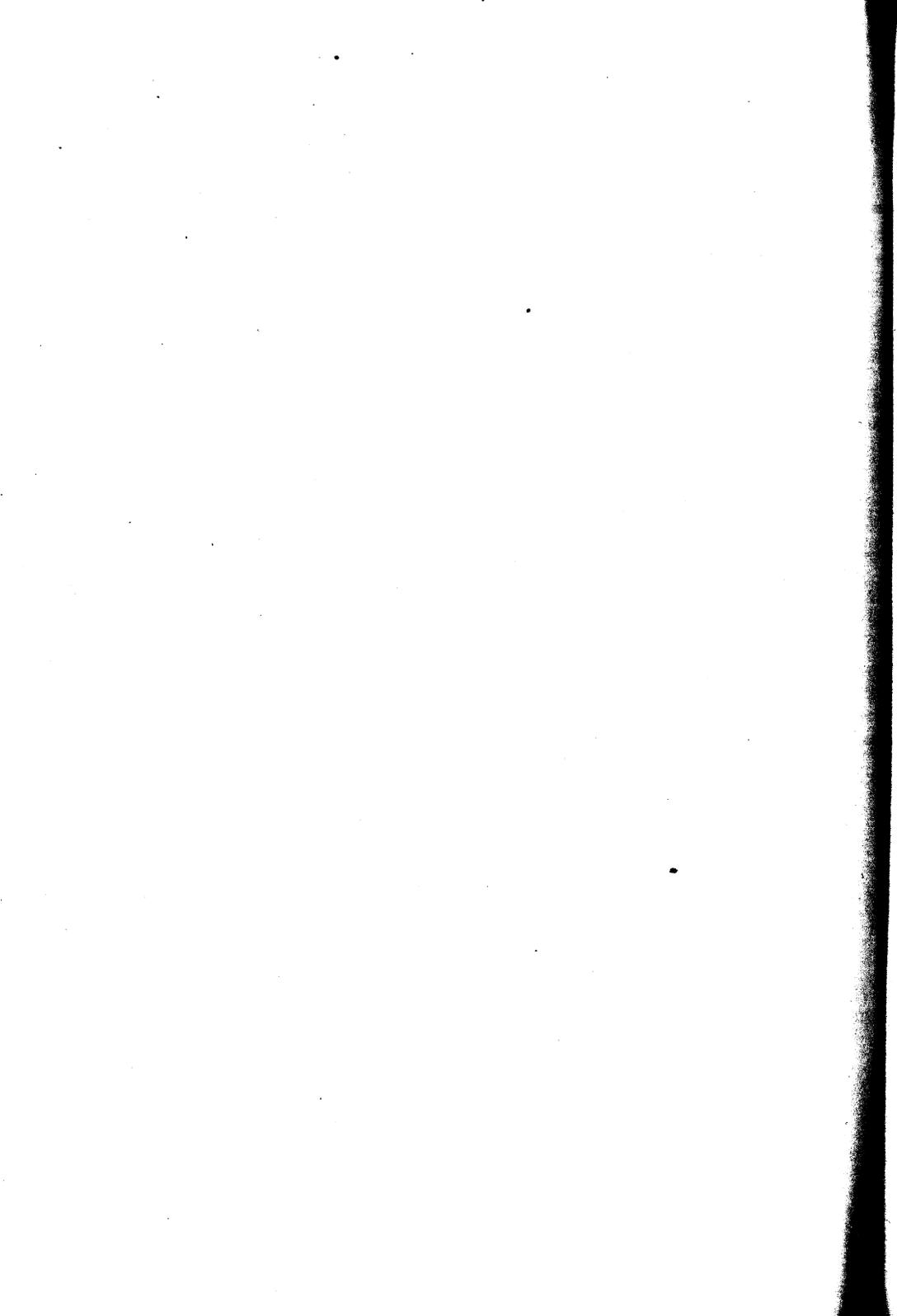
Jaboulay admite una forma rara de hernia extrafunicular, oblicua, externa, que es un error, y al mismo tiempo una contradicción, lo intrafunicular no puede ser extrafunicular. Basta saber que la fibrosa del cordón es una continuación de la fascia transversalis para comprender que esta forma de hernia no existe. Nosotros no la hemos visto nunca y tenemos la convicción de que los casos así descriptos son hernias in-

trainguinales, en los que la fibrosa del cordón ha sido de tal manera adelgazada que ha podido pasar desapercibida al operador, o casos de retroinguinales en los que una ligera oblicuidad del saco y una extrema delgadez de la fascia transversalis han facilitado la confusión. Sólo concebiríamos una oblicua externa extrafunicular en el caso de que la fibrosa del cordón fuera atravesada por el saco herniario; pero no sabemos que este caso se haya presentado nunca, ni se infiere de lo escrito que Jaboulay lo entienda así. Se trata de una simple confusión anatómica que contradice la propia división del autor.

Para Jaboulay es cuestión de grados: la hernia oblicua externa puede ser progresivamente punta de hernia, hernia intraparietal, inguinopubiana o bubonocoele, funicular o escrotal y testicular. Es decir, que Jaboulay considera que el bubonocoele (que es la expresión clínica y anatomopatológica de nuestra hernia retroinguinal) puede ser una oblicua externa, lo que es una imposibilidad anatómica y describe al bubonocoele como un grado más o menos de las hernias intraparietales y de las escrotales (que son la expresión clínica y anatomopatológica de nuestra hernia intrainguinal) lo que demuestra que el autor no ha comprendido la cuestión.

Es evidente que entre el bubonocoele y el osqueocoele la diferencia no es cuestión de grados, la diferencia es fundamental: son los dos tipos extremos, bien netos, de nuestra clasificación: el 1.º es nuestra hernia retro-

inguinal y el 2.º es nuestra hernia intrainguinal, que resultan confundidas por Jaboulay en una sucesión de grados imposible, a pesar de que en bubonocele no está nunca dentro del cordón (extra funicular) y el osqueocele o escrotal corre siempre bajo la fibrosa de este órgano.



CAPÍTULO III

ANATOMIA PATOLOGICA

De acuerdo con el cuadro de clasificaciones de las hernias que antecede, vamos a describir un simple enunciado de las diversas variedades de hernias intra-inguinales, para luego estudiar con todo detalle la anatomía patológica de las hernias retroinguinales, que es para las cuales proponemos esta nueva operación de la hernia en el tratamiento quirúrgico de las mismas.

Ante todo debemos recordar que las hernias intra-inguinales están formadas, gracias a una disposición congénita, es decir, gracias a la presencia de la permeabilidad del conducto peritoneo vaginal; luego su saco no es más que la parte permeable del mismo y todas las variedades que vamos a describir dependen del retraso en la obliteración de este conducto, o en una anomalía de su constitución que él nos presenta.

Como se especifica en el citado cuadro, debemos considerar en las hernias intrainguinales dos subdivisiones o subgrupos: 1.º Aquellas formadas en un conducto peritoneo vaginal bien construído, y 2.º las establecidas en un conducto peritoneo vaginal que presenta vicios de conformación.

Al primer grupo pertenecen: a) *la punta de hernia* de Malgaigne; es, como su nombre lo indica, una pequeña hernia cuyo saco no ha hecho más que franquear el orificio inguinal profundo; b) se llama *hernia intraparietal* si el tumor ocupa todo el conducto sin pasar de él, es también una hernia poco voluminosa que sólo llega a adquirir algún tamaño cuando el conducto se ensancha por separación forzada de sus paredes. Danse, durante mucho tiempo, ha hecho prevalecer el nombre de *intersticial* a esta variedad de hernia, pero esto es un error, pues la hernia intraparietal está contenida por entero en el conducto inguinal, sin pasar a ocupar sitio alguno entre los planos anatómicos que forman sus paredes; en cambio, la intersticial tiene un divertículo congénito (dependiente del conducto peritoneo vaginal) que está situado e insinuado entre los planos musculares que contribuyen a formar las paredes del conducto inguinal; c) a la hernia que franqueando el orificio externo del canal inguinal queda por encima del pubis y no desciende hasta las bolsas, ha recibido el nombre de *hernia funicular*, de *hernia inguinopúbica* y de *bubonocle*, por el parecido en su forma con la que presenta los bubones de la región inguino-escrotal; pero, como acaba-

mos de indicar en el capítulo anterior al hacer el comentario del doctor Corbellini, esta última denominación trae una confusión con la hernia retroinguinal, pues es ella la que presenta con más frecuencia la mentada forma de bubón; d) la *hernia escrotal u osqueocele*, es la forma más común que se nos presenta en las hernias recidivadas y está constituida por aquella hernia que desciende hasta las bolsas sin tener comunicación directa con la cavidad vaginal; e) por último, la *hernia vagino peritoneal completa* no es más que el conducto del mismo nombre conservado, permeable en su totalidad, es aquella, por consiguiente, que llega a la cavidad vaginal y se pone en contacto directo con el testículo.

Al segundo grupo pertenecen las siguientes variedades de hernias: a) la inguino superficial, es una hernia inguinal formada por dos porciones, una situada dentro del canal inguinal y la otra colocada por fuera de él, siendo, pues, una intrainguinal y la otra extrainguinal. Esta última porción es la que da la característica a esta variedad de hernias, pues ella, corriendo por el tejido celular subperitoneal, puede dirigirse a sitios diferentes, por lo cual se han descripto tres subvariedades; a saber: 1.º Crural, 2.º Abdominal y 3.º Perineal, cuyos nombres las definen. b) La *hernia inguinointersticial*, se caracteriza porque está formada por dos partes, una principal que ocupa el conducto inguinal y otra profunda que llena un divertículo congénito preformado que se sitúa entre los planos musculares de las paredes del conducto inguinal y así es

que el saco principal da una ramificación, ya sea hacia el ombligo, sea hacia la espina ilíaca anterostuperior, teniendo en cuenta que estas ramificaciones quedan siempre por detrás del gran oblicuo. Esta prolongación o saco suplementario puede situarse rechazándolos hacia arriba entre el oblicuo mayor y menor, o entre el transverso y el oblicuo menor, disociándolos en una mayor o menor extensión. c) La tercera es la *hernia inguinoproperitoneal*, muy fácil de comprender su constitución, pues ella está formada por dos sacos: uno inferior, situado hacia abajo y que puede descender hasta el escroto y el otro superior que es el que da nombre a la hernia y está formado por un divertículo que remonta hacia la cavidad abdominal y se sitúa entre la fascia transversalis y el peritoneo. d) La *hernia enquistada de la vaginal*, es aquella hernia inguinal congénita en la que un saco herniario forma relieve en la vaginal distendida por un hidrocele y en ella se encuentra libre en mayor o menor extensión; de tal manera que al abrir la bolsa se penetra primero en el hidrocele vaginal en medio del cual se encuentra el saco herniario, que según comparación de Bourquet, parece una ubre suspendida de la cavidad, un saco ceroso, que es el saco herniario incluído, vacío u ocupado por el intestino o el epiplón. e) *Las variedades raras de las hernias intrainguinales* dependen del tabicamiento del saco, de sus distintas formas, etc. f) Sabemos bien que el conducto peritoneo vaginal puede obliterarse parcialmente por medio de tabiques a cualquier altura de su trayecto, por lo cual esas porciones

persistentes pueden formar quistes por secreción de sus paredes; el intestino se pondrá o no en su contacto. Se formarán así quistes del cordón que podrán coincidir con una hernia inguinal; es a esta variedad que se le ha llamado *hernia inguinal y quistes del cordón*.

Antes de pasar a describir la anatomía patológica de las hernias retroinguinales, es menester dejar sentado un hecho muy esencial y muy importante, para distinguir y comprender bien los caracteres anatómopatológicos diferenciales que existen entre las hernias intrainguinales y las hernias retroinguinales.

Las primeras (y esto aunque parezca cargoso, no nos cansaremos de repetir), como dependen de una disposición congénita, el conducto peritoneo vaginal y como por este conducto es por donde desciende el testículo en su emigración hacia las bolsas (resulta que este órgano puede presentar algunas anomalías en su traslado del abdomen hasta las bolsas), por lo cual dejemos sentado como carácter especial de las hernias intrainguinales que *pueden acompañarse de anomalías testiculares*; en cambio, las retroinguinales (como luego nos va a demostrar su anatomía patológica) *no pueden nunca acompañarse de anomalías testiculares*.

Tres tipos se han descrito de anomalías testiculares, la más frecuente es la conocida con el nombre de ectopia testicular, le sigue por su importancia y en orden de frecuencia la llamada migración incompleta del testículo y la inversión testicular.

La anomalía testicular que se conoce con el nombre de *ectopia*, es fácil de explicar. Conociendo la direc-

ción y trayecto del canal inguinal dentro del cual corre el conducto peritone vaginal, y así es que el testículo puede ser detenido en ectopia, ya sea en la fosa ilíaca o bien en el canal inguinal o delante de dicho canal, o como sucede a veces, puede también después de haber franqueado el orificio inguinal superficial, dirigirse hacia el pliegue génitocrural o hacia el periné, esto último pasará, seguramente, cuando se una a esta anomalía testicular otra por parte del conducto peritoneo vaginal, es decir, que este canal haya cambiado de dirección.

Las distintas variedades de ectopias testiculares coinciden generalmente con las hernias inguinales complejas. En la mayoría de los casos el intestino llega al canal inguinal y tropieza allí con el testículo no descendido; lo contornea, pasa por delante de él y franqueando el orificio externo del canal inguinal, llega a las bolsas.

Broca ha descrito con detalle la ectopia testicular abdominal, coincidiendo con una hernia intrainguinal y a la cual ha dado el nombre de hernia a *canal abierto*, y la llama así, porque el intestino desciende por el conducto peritoneo vaginal preformado al fondo de las bolsas, el epididimo se desprende frecuentemente del testículo y no queda unido sino por los vasos, existiendo entonces un intervalo variable que separa la glándula de su canal escretor.

La variedad de ectopia testicular, coincidiendo con una hernia intrainguinal, que sigue a la precedente, es aquella conocida con el nombre de *migración in-*

completa del testículo, observadas con frecuencia en la primera infancia y está caracterizada, porque el testículo queda detenido en la raíz de las bolsas acompañado generalmente con la producción de una hernia que se coloca por delante y por arriba de dicho órgano; esto da por resultado que el orificio inguinal externo se ensanche y el testículo pueda entrar y salir con facilidad del abdomen a través del citado orificio.

Por último, la variedad de ectopia testicular coincidiendo con una hernia intrainguinal, menos frecuente es aquella denominada de *inversión testicular*, que consiste en que el cordón y el testículo se hallan situados por delante de la hernia intrainguinal, en lugar de estar por detrás, como pasa en la otra variedad de ectopia.

Hernias retroinguinales. — Pasemos a describir la anatomía patológica de las hernias retroinguinales, que son a las cuales conviene como tratamiento quirúrgico la operación Finocchietto Squirru.

Después de estudiar lo que anatomopatológicamente corresponde a este gran grupo de hernias, pasaremos a describir las diversas variedades de las mismas, según la clasificación vertida por el inteligente médico argentino, doctor Ricardo Finocchietto, la cual está enunciada en el cuadro que figura páginas atrás, en el capítulo Clasificación de las hernias inguinales.

Ante todo, ¿qué es una hernia retroinguinal? es aquel divertículo peritoneal formado a nivel del *punto débil* de la pared posterior del canal inguinal, por con-

siguiente, es una hernia que no tiene nada que ver con el cordón, ni con disposiciones congénitas, como es el conducto peritoneo vaginal; la hernia retroinguinal es una *hernia adquirida*, formada merced al vencimiento del sitio menos resguardado, del lugar menos defendido de la pared posterior del canal.

Por consiguiente, recordando que este punto débil de la pared posterior del conducto inguinal está comprendido entre el ligamento de Hesselbach hacia afuera y el tendón conjunto hacia adentro, pues en este espacio es solamente la *fascia transversalis*, el plano anatómico que constituye la pared, tendremos el concepto claro del sitio donde se fraguan las hernias retroinguinales.

¿Por qué, existiendo este punto débil en todas las personas, solamente en algunos individuos se presenta esta variedad de hernias? Pues bien; para contestar a esta pregunta, no hagamos sino recordar las nociones anatómicas descriptas en el capítulo correspondiente y veremos que en ellas se nos indica que este punto débil varía en extensión y dimensiones al infinito, según sea la robustez y potencia de las formaciones musculotendinosas y fibrosas que lo delimitan. Y así vemos, como aseguran los doctores Busana y Squirru, que la atrofia más o menos completa que se observa en estos casos de tendón conjunto, contrariando generalmente con el buen aspecto y desarrollo del cuerpo muscular del músculo oblicuo menor.

En condiciones normales el tendón conjunto tiene hasta dos centímetros de ancho; en cambio, en la ma-

yoría de los casos que he operado hernias retroinguinales, he encontrado siempre a esta formación anatómica muy disminuída en su potencia y anchura; quedando en algunos casos sólo vestigios representados por cuatro a seis fascículos tendinosos muy delgados que se dirigen transversal y horizontalmente hacia la línea media, dejando al descubierto la aponeurosis nacarada del recto mayor del abdomen; por lo cual hay que tener cuidado en no confundir esta formación anatómica con el verdadero tendón conjunto.

No olvidándonos entonces de la fascia transversalis, es la única túnica anatómica que constituye el punto débil de la pared posterior del conducto inguinal, comprenderemos fácilmente la constitución anatómica de estas hernias retroinguinales: dos sacos, uno *fibroso*, formado por la fascia transversalis y otro *seroso*, representado por el peritoneo parietal rechazado, son las envolturas constantes de la hernia retroinguinal.

Entre el saco seroso y el saco fibroso existe una capa de tejido celuloconjuntivo llamado *capa laminar*. Esta capa tiene mucha importancia desde el punto de vista operatorio, pues en este plano el aislamiento de la serosa se hace con toda facilidad; en cambio, si el cirujano olvida este detalle anatómico y no opera en este espacio conjuntivo celular sino que se dispone a trabajar sobre el saco fibroso de la fascia transversalis, adherente al arco, tropezará, sin duda alguna, con grandes dificultades.

Otro carácter anatómico especial es el que los vasos

epigástricos se hallan situados hacia afuera, es decir, que corren por el lado externo en el saco en plena grasa subperitoneal, mucho más próximos a la fascia transversalis que al peritoneo.

El tumor herniario es fácilmente aislable de los elementos del cordón que corren por su lado externo sin sufrir ninguna disgregación.

La forma de los tumores que constituyen las hernias retroinguinales varían con su tamaño, desde la simple convexidad ligera de las pequeñas hernias, al tumor con verdadera forma de saco, que presentan las mayores, se encuentran todos los términos medios.

Generalmente en la base del tumor herniario, que es siempre muy ancha, se encuentran fibras de refuerzo de la fascia transversalis que se dirigen horizontalmente o un poco oblicuamente hacia la parte inferior e interna del mismo. Son estas fibras mucho más frecuentes en la parte superior que en la inferior.

Además, aunque con menos frecuencia, se observa algunas veces que siempre situadas por delante de las precedentes, pertenecientes al ligamento de Hesselbach, se dirigen hacia arriba y adentro.

De acuerdo con la clasificación que ha hecho el doctor Ricardo Finocchietto, describiremos las tres variedades de hernias retroinguinales. Como asegura muy bien el mencionado cirujano, creemos que las causas que intervienen en la producción de las tres variedades de hernias retroinguinales, son de orden general y local; así, por ejemplo, la grasa subperitoneal abundante, la excesiva longitud de los mesos, los enor-

mes apéndices epiploicos, la hipertrofia prostática, etc., actúan proporcionando a las vísceras por su mayor peso y su gran movilidad, facilidades para su deslizamiento.

La variedad sacular de la hernia retroinguinal (73 por ciento) se presenta bajo la forma hemisférica, cuando es pequeña, como sucede en la mayoría de los casos, y alargada cuando ella es de grandes dimensiones.

Como toda hernia retroinguinal, está constituida: 1.º Por un saco fibroso formado por la fascia transversalis; 2.º por un saco seroso formado por el peritoneo y entre los dos una pequeña cantidad de grasa subperitoneal.

Abierto el saco, es fácil encontrar en la parte más interna la vejiga, que aparece fácilmente traccionando las bolsas serosas. Además, el dedo introducido en su interior puede explorar el estado del uraco, los rudimentos de las arterias umbilicadas transformadas en tejidos fibrosos en el adulto.

La variedad lipomatosa de las hernias retroinguinales, se caracteriza por la pequeñez del saco peritoneal y lo voluminoso del saco fibroso, ocupado por una cantidad grande de grasa; de ahí el nombre.

Ese saco fibroso, con su pelotón grasoso, está situado por dentro de los elementos correspondientes al cordón y en la parte que está en relación a su porción extra canalicular, es decir, a su porción extrainguinal,

no disociando los elementos del mismo y sólo estando unidos a él por delgados tractus celulosos.

Como es de comprender, al nivel del orificio externo del canal inguinal, este saco fibroso de la variedad lipomatosa de la hernia retroinguinal, presenta un estrangulamiento.

Abierto el saco fibroso, el dedo penetra en una cavidad y disecciona con facilidad el plano subperitoneal de las paredes pelvianas. No es necesario pensar mucho para comprender que este espacio conjuntivo celular, limitado hacia arriba y afuera por el saco seroso, no es más que un prolongamiento del espacio de Bogros.

En la parte interna e inferior se encuentra, en la generalidad de los casos, la vejiga envuelta en la atmósfera celulo-grasosa, que lo envuelve.

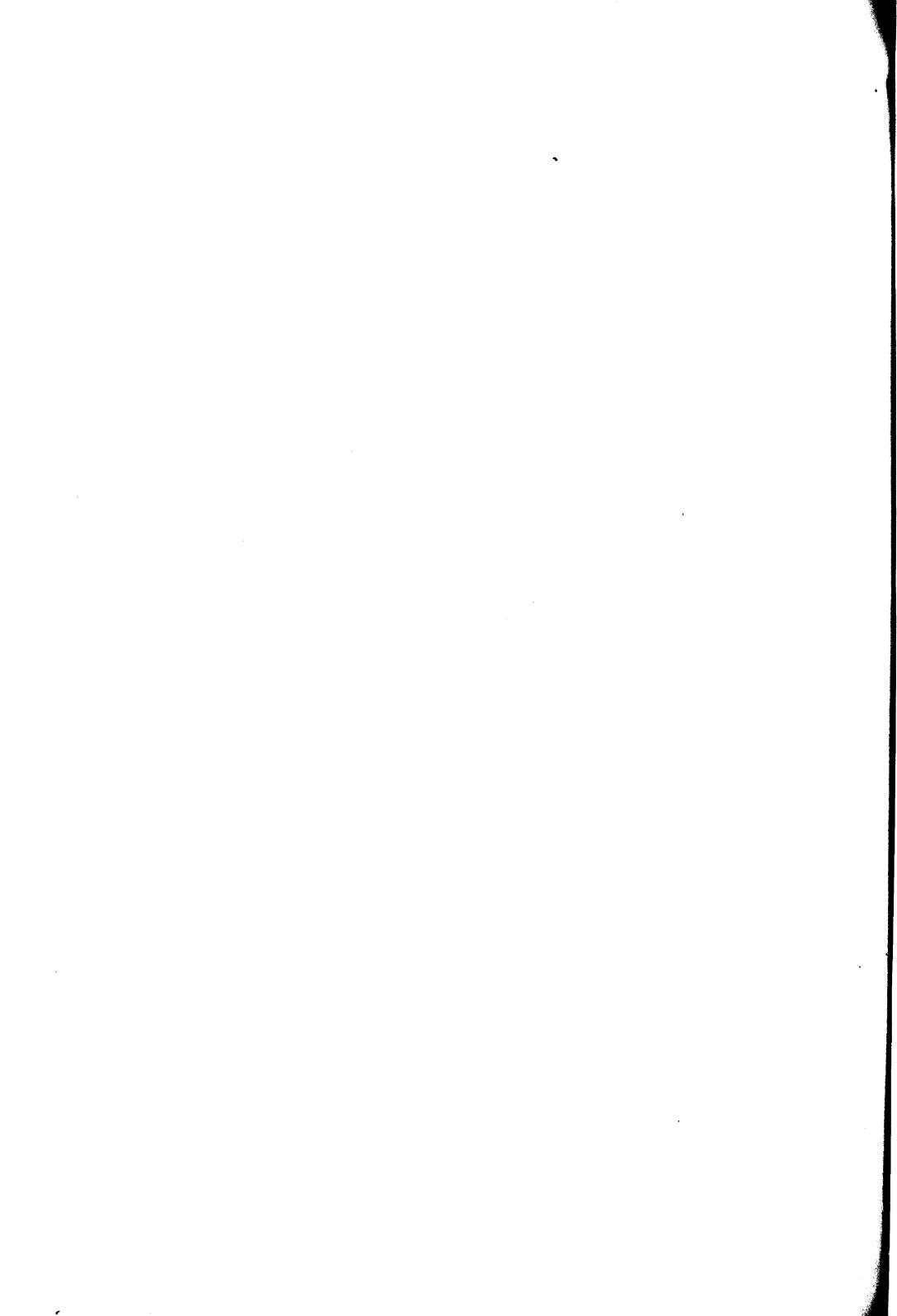
La variedad esplánica o visceral, de la hernia retroinguinal es la menos frecuente de todas (6 %) y está caracterizada, como dice el doctor Squirru, porque en su formación entre una víscera de una manera permanente. Esas vísceras que quedan en el saco herniario con caracteres de permanencia, llevan como detalle importante que están siempre modificadas en su forma y aspecto.

La vejiga es uno de los órganos que con más frecuencia se halla como ocupante del tumor herniario, ya sea en su cavidad o en sus paredes.

Cuando tengamos duda respecto si lo que se nos presenta delante de nuestros ojos es la vejiga, observemos la atmósfera celuloadiposo que la rodea y si ésta

presenta una coloración amarillo rojizo y está surcada de gruesas venas, podremos pensar con más seguridad que antes, que el órgano situado por debajo de ella es la vejiga.

Estas hernias son generalmente grandes, parcialmente reductibles y no presentan adherencias con el cordón.



CAPÍTULO IV

S I N T O M A S

Uno de los factores más importantes para el éxito de la aplicación de un procedimiento operatorio, estriba en la oportunidad y buena elección del mismo. Pero para llegar a ello es indispensable realizar un acertado diagnóstico de la afección a tratar quirúrgicamente, para lo cual a su vez es de suma importancia el conocer con todo detalle los síntomas generales, especiales y diferenciales de las afecciones homólogas y parecidas.

Es por eso que creo necesario estudiar: 1.º los síntomas generales comunes a todas las hernias; 2.º los síntomas especiales a las hernias intrainguinales y los especiales a las retroinguinales; así en esa forma quedará perfectamente hallanada la tarca para el capítulo siguiente destinado al diagnóstico.

Comenzaremos por los síntomas comunes a todas

las hernias inguinales. Ellos son de dos clases: 1.º funcionales, de escasa importancia, y 2.º objetivos, de toda nuestra atención.

1.º *Síntomas generales funcionales.* — Dependen del volumen, del contenido de la hernia y de la susceptibilidad del herniado. Así como hay hernias inguinales voluminosas que no traen trastorno funcional alguno, hay otras, por el contrario, a veces de poco volumen, como son algunas puntas de hernias intrainguinales que determinan dolores que a veces tienen todo el aspecto de cólicos, que desde la región herniada irradian a todo el abdomen.

En otros enfermos no es raro hallar trastornos dis pépticos y dispepsia herniosa. Las hernias incoersibles y ciertas hernias intrainguinales acompañadas de ectopia testicular, son especialmente dolorosas y sensibles, de una manera muy particular cuando el tiempo es húmedo.

La susceptibilidad individual, también entra en juego y como dice muy bien Champoniere, hay hernias sencillas muy dolorosas, sin que sea posible explicarse porque los pacientes no pueden soportar siquiera la presión de un modesto braguero.

2.º *Síntomas generales objetivos.* — Para proceder con todo orden, estudiaremos sucesivamente los síntomas que se nos presentan a la inspección, palpación y percusión.

a) *Inspección*: La variabilidad de forma y volumen de las hernias inguinales, imprime la misma variabilidad en los datos que nos pueden suministrar la inspección. Desde las pequeñas hernias que sólo pueden salir a la región del anillo cuando el enfermo está en pie o en cuclillas, o en ocasión de un esfuerzo, de tos, o que se reducen por sí misma en la posición horizontal, por el peso del intestino o la tracción del mesenterio; las hernias de mediano volumen que se presentan bajo la forma de tumores redondeados (hernias retroinguinales) alargado y cilíndricos (Hernias intrainguinales).

b) *Palpación*: Todo tumor herniario ofrece siempre una consistencia elástica, la cual aumenta con los esfuerzos. Toda hernia inguinal presenta como carácter propio de ellas, *la impulsión*, a saber: que con los esfuerzos y la tos, la mano percibe una sensación de choque o de expansión.

Otro dato suministrado por la palpación, es que el tumor se continúa en la profundidad con un pedículo más o menos ancho que parece hundirse en la gran cavidad abdominal.

Toda hernia no adherente *es reducible*, lo que quiere decir que, ejerciendo sobre ella presión, a veces el simple apoyo del extremo del dedo desaparece; en cambio, la hernia se llama irreducible cuando a consecuencia de adherencias con el saco no se consigue hacer entrar el tumor, o sólo se logra incompletamente.

Si la hernia no contiene más que intestino, la re-

ducción va acompañada de un gorgoteo característico, perceptible generalmente al tacto y hasta el oído; y se caracteriza este síntoma físico, porque acaba generalmente de un modo brusco, escapándose súbitamente la última porción de entre los dedos para entrar en el vientre. En cambio, si se trata de un enteroepiplocele, queda después de la entrada ruidosa del intestino un tumor blanduzco pastoso, que penetra en el vientre de ordinario con más lentitud y produciendo una especie de frote debido al rozamiento del epiplón a lo largo de las paredes del saco. Una vez reducida la hernia, el dedo puede penetrar en el trayecto herniario y reconocer las dimensiones del anillo; en ese momento ordénese al enfermo que tosa y el dedo sentirá la impulsión del intestino que tiende a descender; luego, hagamos levantar al sujeto y observamos: si la hernia es contenida por el dedo colocado en el anillo poco dilatado, se la denomina *hernia coersible*; si se reproduce sin esfuerzo, queriéndose escapar el intestino a través de una abertura ensanchada, se dice entonces que la hernia es *incoersible*.

Aunque no corresponda al título de palpación, debemos recordar que otro síntoma importante, principalmente para establecer más adelante el diagnóstico diferencial con el hidrocele, es el de que el tumor herniario es siempre opaco y nunca translucido como aquel.

c) *Percusión*: La presencia del epiplón en un tumor herniario es revelada a la percusión por una matitez:

la sonoridad en las hernias inguinales nos delata la presencia del intestino.

Síntomas particulares de las hernias intrainguinales. — Trataremos bajo este título las principales características de las hernias intrainguinales.

Las hernias intrainguinales, de acuerdo con su origen congénito son casi las únicas observadas en los niños. Luego le siguen en orden de frecuencia los hombres jóvenes y adultos; es más rara en los viejos.

Esta clase de tumores herniarios aparecen generalmente en las personas más bien delgadas que en las gruesas, es decir, en aquellas que no presentan esos vientres abollonados, que dan la impresión de una debilidad general de toda la pared abdominal.

La hernia intrainguinal, generalmente es única y en pocos casos va acompañada de otra hernia intrainguinal del lado opuesto.

Casi en ningún caso se ha observado la coexistencia de estos tumores con hernias crurales, umbilicales, etc.

La hernia intrainguinal produce siempre la dilatación cilíndrica de todo el conducto inguinal.

Otro síntoma importante es que desciende generalmente hasta las bolsas de una manera más o menos completa.

Generalmente estas hernias son voluminosas y presentan una forma más o menos piriforme o cilíndrica en correspondencia con la dilatación uniforme del trayecto inguinal.

Otro síntoma importante que presentan las hernias intrainguinales y que nos la suministra la palpación de la arteria epigástrica, es este: que *el pulso de la mentada arteria se percibe siempre en la hernia intrainguinal hacia adentro del tumor.*

Además, las hernias inguinales presentan siempre los caracteres comunes a todas las otras hernias, es decir: el de tumores indolorosos, elásticos, que aumentan de volumen con la tos y los esfuerzos que se reducen fácilmente en el decúbito dorsal o por las maniobras manuales, en un sólo tiempo y produciendo gorgoteos (enterocele) en dos tiempos, dando en un primero la sensación de gorgoteo y en un segundo la de pastosidad (entero epiplocele).

Las hernias intrainguinales son generalmente reductibles y coersibles.

Mi distinguido e inteligente Jefe de Clínica, el doctor Adolfo Landivar, ha descrito un signo muy importante para orientarse en caso de que la hernia sea pequeña si es una hernia intrainguinal. El mencionado profesor dice, que para llegar a ello se debe colocar el dedo, después de reducida la hernia en el punto de a piel que corresponde a la salida del orificio interno del canal inguinal, es decir, a tres centímetros del pliegue de la ingle y a mitad de la distancia que separa la espina iliaca anterosuperior a la espina del pubis.

Una vez realizado esto, hagamos toser fuertemente a nuestro enfermo y observaremos que si la hernia es intrainguinal, no se reproduce o lo hace con mucha

dificultad y si así lo verifica, la sentiremos deslizarse, rozar bajo nuestros dedos.

Síntomas particulares de las hernias retroinguinales. — Estas hernias aparecen particularmente en las

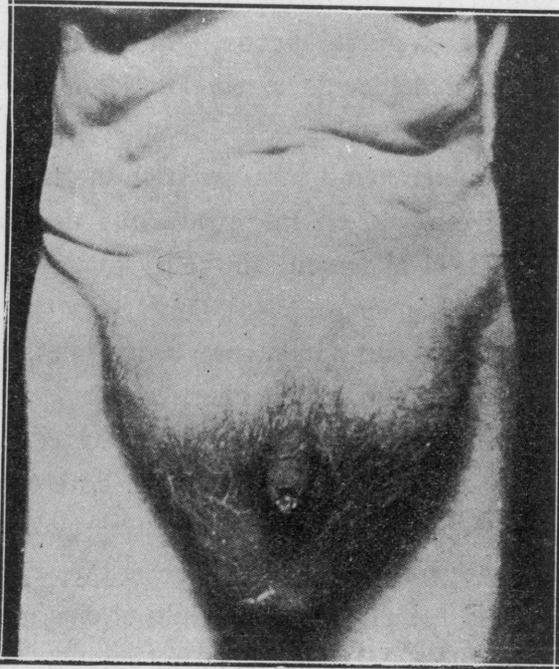


Fig. 2. — Hernia retroinguinal doble (bubonocel es). — *Squirru.*

personas de más de 40 años; en el joven son raras y en el niño excepcionales.

Estas hernias retroinguinales se observan generalmente en los individuos obesos y en aquellos sujetos cuyo vientre lleno de abollonaduras, da la impresión de un debilitamiento general de las paredes.

El volumen de estas hernias es generaln ente pe-

queño; la forma de ellas es por lo común redondeada u ovoide.

Casi siempre van acompañadas de otras hernias inguinales, crurales o umbilicales.

Estos tumores herniosos no forman nunca una dilatación cilíndrica y uniforme de todo el canal; están situadas hacia su parte interna, a la que simplemente rechazan, permaneciendo alrededor del escroto, son, pues, siempre superpubianas.

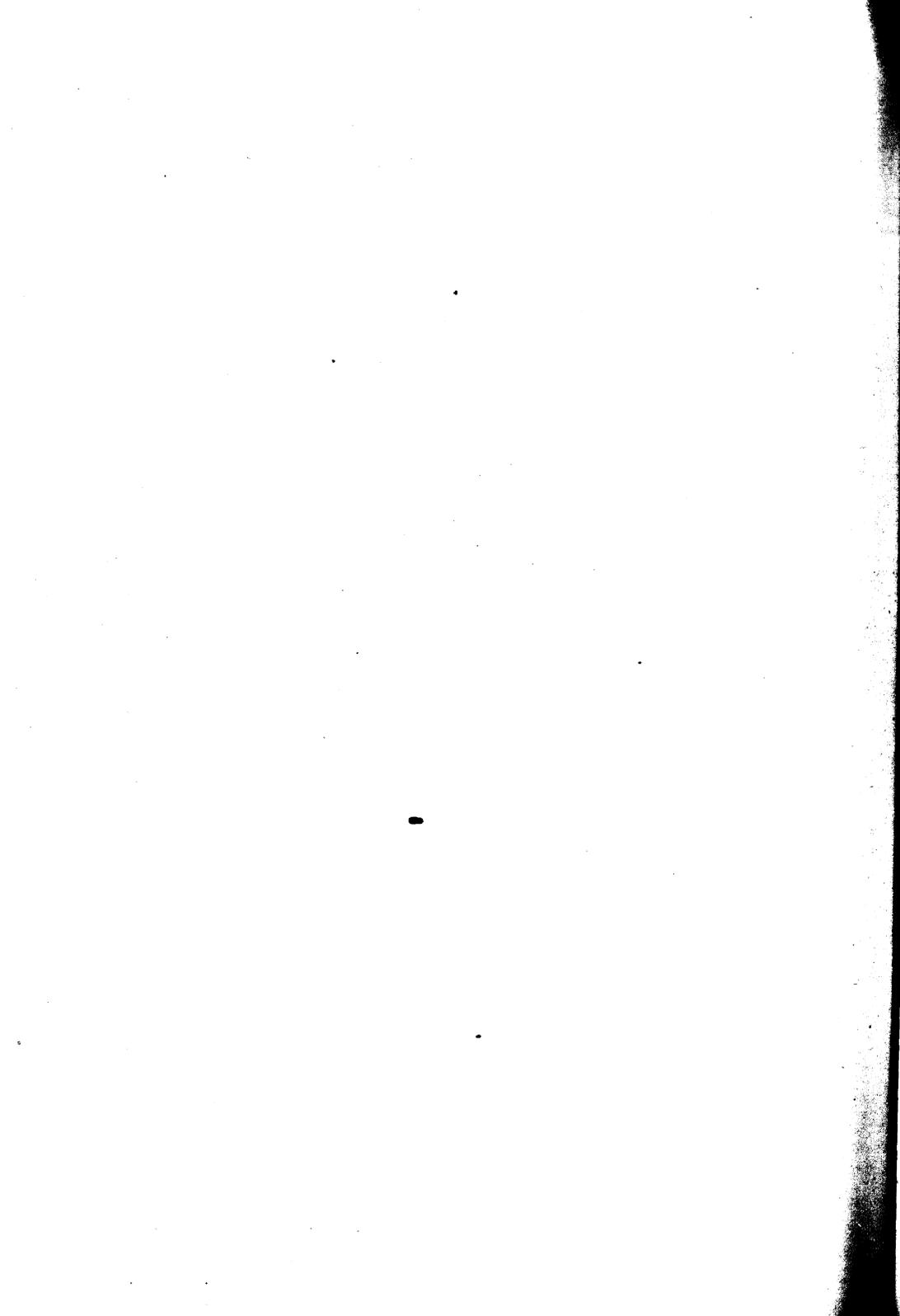
Tienen también como característica un amplio anillo inguinal externo en tal forma que uno penetra fácilmente en el abdomen, sin tener que recorrer el canal inguinal.

Estas hernias son fácilmente reductibles, pero la mayoría de ellas son incoersibles.

La arteria y la vena epigástricas se encuentran siempre situadas por fuera del tumor. Este es uno de los síntomas de certeza que describen algunos autores principalmente Felizet, que se puede estar seguro que es una hernia retroinguinal, cuando el cirujano llega a sentir por fuera del tumor el latido epigástrico. Para constatar este signo, describe la siguiente maniobra, que es siempre muy difícil de llevar a cabo, especialmente si el saco está rodeado y contorneado por un lipoma: después de haber invaginado el saco, trata de llevar el índice de atrás hacia adelante, para comprimir la arteria contra el borde del orificio profundo.

Por último, debemos saber que el signo del doctor

Landivar sirve también en este caso para establecer el diagnóstico de las hernias retroinguinales. Si una vez obturado con el dedo el orificio interno, después de reducir la hernia y haciendo toser al enfermo, ésta se reproduce con facilidad, es una hernia retroinguinal.



CAPÍTULO V

DIANOSTICO

Supongamos estar en presencia de una persona que nos presenta un tumor, situado en las inmediaciones de las regiones inguinal y escrotal, debemos, ante todo, establecer que estamos en presencia de un tumor hernioso y no de un tumor de otra naturaleza. Luego de estar convencidos de que lo que tenemos por delante es una hernia inguinal, haremos con todo cuidado el diagnóstico diferencial para establecer a cuál de los dos grandes grupos de hernias inguinales pertenece (intrainguinales o retroinguinales), para en esa forma aplicarle el tratamiento quirúrgico que más le convenga.

1.º *Establecer que es una hernia y no las siguientes afecciones:*

a) *Los lipomas, presentan el carácter esencial que*

no se continúan con un pedículo en la cavidad abdominal. ¿Por qué? ¿Porque nacen en la parte externa del anillo inguinal. La confusión se hace generalmente por la consistencia pastosa que ofrece el lipoma y que nos induce a confundirlo con una hernia con epiplocele.

Hay otros lipomas que ocupan el cordón y que es enteramente difícil, por no decir a veces imposible, establecer el diagnóstico.

Estos lipomas del cordón pueden presentárenos de dos maneras, difusos, es decir, formando cuerpo con el mismo, circunscriptos bastante diferenciables del cordón.

Pero siempre debemos tener presente los síntomas fundamentales de las hernias (tumor indoloro elástico, reductible, etc.).

b) *Los tumores ganglionarios* cuando se inflaman, pueden dar lugar a confundirlos con las hernias inguinales, porque entonces la percusión nos da un sonido obtuso que semeja al de las hernias con abundante cantidad de líquido en el saco. Otra confusión también estriba que estos tumores ganglionares congestionados e inflamados se achican y agrandan como las hernias que tratamos.

En cambio, los tumores ganglionares que no van acompañados de inflamación alguna, se reconocen fácilmente, por su situación, su volumen constante, sus relaciones con los diversos planos de la pared abdominal, las distancias constantes que lo separa del anillo inguinal externo, la sonoridad opaca que nos

revela su percusión. Al igual que con el diagnóstico diferencial anterior, debemos recordar siempre los caracteres esenciales de las hernias inguinales.

c) *Las hernias crurales* dan lugar a veces a errores de diagnóstico; sin embargo, la mayoría de las mismas son fáciles de diferenciar de las hernias inguinales. Basta trazar una línea imaginaria que vaya desde la espina ilíaca anterosuperior hasta la espina del pubis y observar la siguiente regla: todo tumor con los caracteres sintomáticos generales de las hernias que se halle situado por encima de esa línea, será una hernia inguinal; todo tumor que en igualdad de condiciones se halla situado por debajo de esa línea, será una hernia crural.

Todo esto es muy claro y muy sencillo, pero debemos advertir, sin embargo, que hay casos en que una hernia crural pueda pasar esa línea (aquellas hernias crurales que mandan una prolongación a través de uno de los orificios de la fascia criviforme y remonta por el tejido celular subcutáneo por encima de la arcada crural) y extenderse hacia arriba; como puede suceder también que una hernia inguinal pueda descender por debajo de la mentada línea, ya sea porque las paredes abdominales son flácidas o si existen demasiado distanciamiento entre los músculos rectos.

En estos casos se debe examinar al enfermo en decúbito dorsal, tomar fuertemente el pedículo del tumor herniario que corresponda a la salida del abdomen y, en una palabra, cerciorarse si dicho pedículo se encuentra por arriba o por abajo de aquella línea

ya indicada que va desde la espina del pubis hasta la espina ilíaca anterior y superior.

d) *Las ctofias testiculares* pueden dar lugar a confusión con hernias inguinales, principalmente en los niños. Para evitar esto, siempre debemos comprobar que los testículos se encuentren en su correspondiente sitio, es decir, que hayan descendido a las bolsas. Debemos tener siempre en cuenta también una causa de error capaz de cometer durante un examen clínico de uno de estos enfermitos, y es el siguiente: debido al vigor del reflejo cremasteriano, se puede observar en ellos al testículo situado muy alto, sólo por una palpación, un simple roce en la cara interna del muslo, que da por resultado llevar al testículo hasta el mismo anillo inguinal; pero en este caso el diagnóstico se aclara fácilmente, pues basta llevar, lo que es muy fácil, reconducir con la mano al órgano evadido hasta las bolsas.

e) *Los quistes del cordón*, los quistes peritoneo vaginales, dan lugar en algunos casos a frecuentes discusiones de si se trata o no de una hernia; pero hay un síntoma muy importante: la irreductibilidad que presentan, deciden el diagnóstico hacia quiste peritoneo vaginales.

f) *El hidrocele esencial*, puede dar lugar a confusión también con una hernia, pero presenta ciertos síntomas especiales que permiten llevar a cabo una buena distinción; así, por ejemplo, el hidrocele se detiene siempre frente al orificio externo del canal in-

guinal, y no se prolonga nunca como la hernia en el mismo canal, aun cuando éi sea muy voluminoso.

Esto se puede comprobar muy bien con la siguiente maniobra: apretar con el pulgar y el índice el pedículo

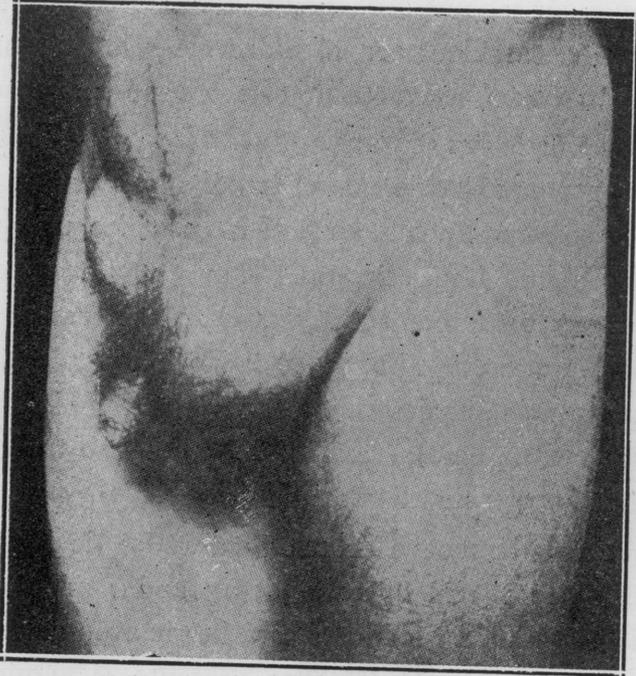


Fig. 3.—Hernia intrainguinal izquierda y retroinguinal derecha.
Squirru.

superior del tumor; una vez hecho esto, palpar con todo cuidado y tendremos, que si es un hidrocele, los dedos no sentirán más que la sensación de cuerda que da el cordón; en cambio, si se trata de una hernia, los dedos reconocerán los elementos que la forman y podrán lograr introducirse en la cavidad abdominal.

La hernia por más que contenga líquidos en gran cantidad, siempre es más opaca, es decir, menos traslúcida. Otro dato que sirve para llevar a feliz término

el diagnóstico diferencial entre el hidrocele y la hernia intrainguinal que desciende hasta el escroto es que en la hernia inguinal se distingue mejor el testículo, situado en el punto más declive o lateralmente, simplemente por los medios sencillos de inspección y palpación; en cambio, para el hidrocele sólo podremos hallar la situación exacta de este órgano cuando nos valgamos de la luz diáfana.

Una vez establecido que el tumor que tenemos por delante no es un lipoma, un testículo ectópico, una hernia crural, un hidrocele, un tumor ganglionar, etc., sino que es un tumor con todos los caracteres de las hernias, y que está situado en la región inguinal, no nos queda más que determinar con exactitud si es una hernia intrainguinal (congénita) o de si se trata de una hernia retroinguinal (adquirida).

Conocidos, como ya estamos enterados de los síntomas de cada uno de estos dos grandes grupos de hernias inguinales, fácil nos será llegar a un diagnóstico seguro, después de tener presente el siguiente cuadro:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS HERNIAS

Intrainguinales	Retroinguinales
1.º Aparecen generalmente en los niños; menos en los jóvenes y rara vez en los viejos.	1.º Aparece generalmente en personas de más de 40 años; son raras en los niños.
2.º Más frecuente en las personas delgadas de vientres planos.	2.º Más frecuentes en las personas de vientre abollado.

Intrainguinales

- 3.º Generalmente únicas; no acompañan en la generalidad de los casos ni a las hernias umbilicales ni a las crurales.
- 4.º Producen generalmente la dilatación uniforme y cilíndrica de todo el conducto inguinal.
- 5.º Descienden generalmente hasta las bolsas de una manera más o menos completa.
- 6.º Son voluminosas de forma ovóide o periforme.
- 7.º El latido de la arteria epigástrica se encuentra por dentro del tumor hernioso.
- 8.º El dedo después de haber penetrado por el anillo inguinal externo poco dilatado, puede recorrer el canal inguinal.
- 9.º Son generalmente bien reductibles y coersibles.
- 10.º **Signo del Dr. Landivar** — La hernia intrainguinal no se reproduce o lo hace lentamente.

Retroinguinales

- 3.º Son muy frecuentemente dobles y van acompañadas muchas veces de hernias
- 4.º No producen nunca una dilatación cilíndrica y uniforme del canal inguinal.
- 5.º No descenden en ningún caso hasta las bolsas, siempre se quedan alrededor del escroto, son siempre supra umbilicales.
- 6.º Son generalmente pequeñas, en forma de bubón.
- 7.º El latido de la arteria epigástrica se percibe siempre por fuera del tumor hernioso.
- 8.º El dedo después de haber penetrado en el anillo inguinal muy dilatado, entra de lleno en la cavidad abdominal sin recorrer trayecto o conducto inguinal alguno.
- 9.º Son en algunos casos reductibles, pero casi siempre incoersibles.
- 10.º **Signo del Dr. Landivar** — Se reproduce con toda facilidad.



CAPÍTULO VI

INDICACIONES

En el capítulo de clasificaciones de las hernias inguinales, hemos dividido a éstas en dos grandes grupos, intrainguinales y retroinguinales; pues bien, ahora debemos establecer cuáles son los métodos operatorios a adoptar en cada una de ellas, para así comprender el por qué de la bondad del procedimiento que vamos a describir en el capítulo siguiente para el tratamiento de las hernias retroinguinales.

Debemos tener el siguiente criterio quirúrgico, en presencia de hernias inguinales:

a) Si se trata de hernias intrainguinales, debemos siempre operarlas.

Indudablemente, hay entre las hernias intrainguinales, algunos casos que pueden mejorar mediante el

largo uso de un buen braguero. Pero, por una parte, es mayor incomodidad quizá llevar años enteros un braguero que operarse de una pequeña hernia intra-inguinal, y por otra parte, las curaciones obtenidas con bragueros son excepcionales.

Para lo que sirve habitualmente un braguero, es para hacer perder el tiempo y para permitir que la hernia, creciendo poco a poco, llegue a alterar el canal inguinal en forma tal que ya no sea posible aplicarle un tratamiento tan sencillo.

La edad no es una contraindicación operatoria. Al contrario, la operación será siempre menos cruenta y el resultado tanto mejor cuanto menor sea el desarrollo alcanzado por la hernia.

La contraindicación en los niños, por el peligro de infección por la orina, debe pasar a la historia. La incisión transversal curva, a concavidad superior, aleja el inconveniente, y un poco de colodio colocado sobre la sutura cutánea, evita que la orina contamine la herida.

De manera que el procedimiento operatorio debe elegirse en estos casos así:

Las hernias intrainguinales pequeñas y medianas de tamaño, que no hayan debilitado aun de una manera definitiva la pared posterior, deben operarse por medio de procedimientos que refuercen al máximum el orificio inguinal interno.

Entre los que tal hacen, tenemos el procedimiento de Mugnai-Aguilar. Si queremos tener una pared más

sólida aún, no tenemos sino que aplicar a dicho método la imbricación de los planos, dejando siempre el cordón por detrás. Es decir, efectuar la imbricación antefunicular de los planos o sea la operación Andrews (modificación N.º 2). Este último modelo es el mejor para estas hernias, a nuestro juicio.

b) Si se trata de hernias retroinguinales, debemos tener bien claro y firme el siguiente concepto: si a propósito de la hernia intrainguinal cabe todavía alguna discusión sobre el momento operatorio de los niños o si el braguero cura o no cura algunos casos, no cabe ya ninguna discusión cuando se trata de la hernia retroinguinal.

La hernia retroinguinal no admite curaciones por braguero: es incoersible; y en su evolución, inevitable, ella aumenta siempre progresivamente más que en tamaño, en su acción destructiva. La operación precoz es, pues, de rigor. No es posible esperar a que resulte difícil hacer una buena pared posterior.

Sin embargo, no hay que llegar a la exageración y por operar precozmente, llevar a la mesa operatoria a casos de diagnóstico dudoso.

La seguridad clínica de la existencia de la hernia no tiene solamente por objeto evitar una operación innecesaria; tiene también por objeto no dejar de hacer una operación necesaria.

Puede suceder, en efecto, que una vez anestesiado el enfermo (anestesia general), sobre todo si se opera en posición de Trendelenburg, resulta difícil darse

cuenta de la existencia de una hernia retroinguinal pequeña. La posición del enfermo facilita la ya fácil reductibilidad de la hernia y se necesita, para no desistir de operar, por una parte la seguridad clínica de su existencia y por otra parte, un poco de hábito para darse cuenta de que, aunque el tumor herniario no se ve, la separación anormal entre el borde muscular inguinal y el arco crural lo denuncian: la hernia está detrás de la pared posterior del canal.

De acuerdo con lo que acabamos de establecer, debemos dejar sentado que para las hernias retroinguinales, para aquellos intrainguinales que han llegado por su tamaño a comprometer seriamente la solidez de la pared posterior y del orificio externo del canal, para las hernias mixtas, como también para las hernias recidivadas de cualquier clase, las operaciones de elección son las que refuerzan al máximo la pared posterior y el orificio externo o superficial.

Dentro de este grupo de operaciones, tenemos las de Bassini, de Potensky y la nueva modificación que sirve de base a esta tesis.

Para que una operación de Bassini llegue a dar una pared sólida, es necesario contar con un buen músculo pequeño oblicuo y con un buen tendón conjunto. Esto es lo que no ocurre, casi siempre; porque es natural que así sea.

En efecto; cuanto más grande y más antigua es una hernia y por lo tanto cuanto más necesaria es la ejecución de una operación clásica y radical, tanto más

difícil es encontrar un músculo pequeño oblicuo y sobre todo un tendón conjunto que no estén atrofiados.

En estas condiciones no es posible pasarse sin la ayuda eficaz de la aponeurosis del gran oblicuo y de aquí nacen las indudables ventajas que, en tales casos, adquiere la operación de Potensky y de aquí también la importancia de la modificación propuesta por los doctores Finocchietto y Squirru, que consisten en aplicar la imbricación a este procedimiento de Potensky.

Esta operación fué practicada por uno de ellos en enero de 1915, y por el otro en noviembre de 1914, sin haberse comunicado los resultados respectivos hasta el primero de abril de 1916, en que hicieron una publicación en la *Prensa Médica Argentina*. En ella presentan en favor de su nuevo método operatorio, más de 100 casos que pertenecen al servicio del doctor Gandolfo en el Hospital de Clínicas y al servicio del doctor Finocchietto, en el Hospital Rawson. En ninguno de estos casos se ha observado recidiva alguna y en dos de ellos hay un hecho (como hacen notar sus autores) que tiene mucho valor como contraprueba.

Se trataba en ambos de hernias retrorringuales dobles que fueron operados de un lado por la nueva modificación y del otro por el método de Bassini; en ambos la recidiva se produjo del lado operado por el procedimiento de Bassini. Estos dos casos pertenecen al servicio del doctor Gandolfo.

Las ventajas que presentan la operación Finocchietto-Squirru, frente al método de Potensky, son las siguientes:

- a) No existe superposición de cicatrices.
- b) Cierra en tres planos en vez de cerrar en uno o en dos.
- c) Hace que el cordón deslice sobre una superficie tersa y no sobre puntos de sutura ni sobre una herida cruenta y fresca que provoca la formación de adherencias.

CAPÍTULO VII

Operación Finochietto-Squirru.

Antes de pasar a describir la técnica operatoria de esta nueva intervención Finochietto-Squirru, es indispensable describir un capítulo de generalidades, en el cual mencionaremos las contraindicaciones, la preparación del enfermo y los diferentes métodos anestésicos.

GENERALIDADES

Contraindicaciones de la operación de la hernia retroinguinal. — Sabemos por el capítulo anterior que son las hernias a las cuales conviene siempre el tratamiento quirúrgico, pues ellas son imposibles de curar y aún de contener por el método de los bragueros; pues bien; sin embargo, hay ciertas afecciones que

contraíndican formalmente el tratamiento quirúrgico en la curación de las hernias retroinguinales.

Creemos que esto está descrito con todo detalle en la tesis del doctor Carlos María Squirru, al cual seguimos en este momento.

Es una contraindicación formal para intervenir una hernia toda afección aguda, ya sea cualquiera que fuera el órgano interesado (pulmón, corazón o intestino).

No sólo las afecciones agudas graves, sino las simples, como laringitis, coriza y bronquitis, contraíndican la operación de las hernias retroinguinales y más se oponen a estas hernias, pues ellas aparecen, como ya sabemos, después de los 40 años y en los sujetos viejos las bronquitis crónicas, enfisemas, etc., es moneda corriente. Por eso no es de olvidar nunca una práctica seguida por mi distinguido jefe de clínica, el doctor Landívar, y era esta: siempre que en los meses de frío entraba al servicio un sujeto de más de 40 años, portador de una hernia retroinguinal, lo aconsejaba que volviera en los meses de más calor.

Entre las enfermedades crónicas, la que más contraíndica la operación en las hernias retroinguinales, son: la sífilis secundaria, las enfermedades de la piel, de la región inguino-abdominal y la blenorragia.

De todas, la última es a la que debemos prestar más atención y nunca operar un enfermo con gota militar o con alguna estrechez en cualquier parte de la uretra. Lo que debe hacer el cirujano en estos casos, es tratar la estrechez y luego recién ésta curada, operar al enfermo de su hernia.

Preparación del enfermo. — Haremos una breve reseña de cómo se prepara un enfermo, que va a ser intervenido de una hernia inguinal, en el servicio del doctor Gandolfo.

Ante todo, se levanta al enfermo su historia clínica y si presenta alguno de los inconvenientes indicados como *contraindicaciones*, no se opera.

La tarde antes de la intervención se hace dar un baño general higiénico al enfermo a operar. Luego se le da un purgante que no sea ni muy fuerte ni muy liviano; porque si es lo primero (Pagliano) puede debilitar mucho al enfermo, y si es muy débil, como no desagua completamente al intestino, favorece en él las fermentaciones y autointoxicaciones bacilares e intestinales.

Por eso el purgante que se da en el mencionado servicio es el aceite de ricino o el sulfato de soda.

Es indispensable que todo enfermo que va a ser sometido a la operación de la hernia siga todas las reglas generales que debe observarse cuando se va a recurrir a la anestesia general (cloroformo o éter); por consiguiente, es siempre imprescindible verificar el estado eliminatorio renal por un completo análisis de orina.

La región operatoria debe ser preparada antes de toda intervención. La mejor técnica es la siguiente: afeitar la región a operar, la misma mañana de la intervención; jabonar la misma con agua y jabón durante 20 minutos y luego colocar un apósito con una compresa empapada en alcohol; sobre ella un apósito de algodón aséptico y vendaje consiguiente.

Anestesia. — Esto es un punto que hay que poner bien en claro. ¿Se debe emplear la anestesia general o la local? Creo que la respuesta debe ser concluyente y terminante: debe siempre adoptarse la anestesia local; ahora bien, cuando el paciente no acepta la anestesia local, se puede transar y emplear como anestésico general el éter.

Mi criterio es el siguiente: siempre debe tratarse, aunque sea empezar la intervención con anestesia local y luego, en caso que el paciente sea muy miedoso y no resista, recurrir recién a la anestesia general con éter.

Debe evitarse, en lo posible, usar como anestésico general al cloroformo.

La anestesia intraraquídea está poso indicada en la operación de la hernia.

Para la anestesia local en el servicio de cirugía del profesor doctor Gandolfo, se emplea la solución novocaína-adrenalina del doctor Reclus, representada por la siguiente fórmula:

Novocaína	0.50 grs.
Solución de adrenalina al 1 por mil XX gotas	
Suero fisiológico	100 cc.

La técnica para obtener una buena anestesia local de la región a operar, es la siguiente:

Para anestesiar la piel, se deben hacer cuatro inyecciones en puntos distantes, para después reunir las por medio de inyecciones intermedias y de esta manera formar un rombo. El primer punto es el superior y

está situado a tres traveses de dedo de la espina iliaca antero-superior; allí se deben realizar tres inyecciones: una hacia abajo, otra hacia afuera y otra hacia adentro.

El segundo punto del rombo está presentado por una inyección que debe hacerse al nivel del orificio inguinal externo.

El tercero se efectuará a nivel del pubis, y el cuarto a nivel del lado interno del grande y pequeño oblicuo.

Una vez cortada la piel, debe hacerse una inyección entre las aponeurosis de los músculos oblicuo menor y mayor. Si el cirujano encuentra regiones dolorosas, hace una inyección endoneural en todos los nervios más o menos importantes que va encontrando.

Si el saco herniario no estuviera completamente anestesiado, cosa que sucede con relativa frecuencia, se inyecta la subserosa por encima y a los lados del saco. Si abierto el saco a los tironeamientos del peritoneo se produce dolor, se introduce un dedo en la cavidad peritoneal de modo a servirle de guía a la aguja de la jeringa y se inyecta en la subserosa correspondiente a la región pericervical del saco.

TÉCNICA OPERATORIA

(De la operación de la hernia retroinguinal por la imbricación retrofunicular de los planos. Operación Finocchietto-Squirru).

Esta operación consta de los cinco tiempos siguientes: Primer tiempo: Incisión de los planos superficiales; Segundo tiempo: Sección de la pared anterior del conducto inguinal; Tercer tiempo: Disección, aislamiento y tratamiento del saco y su contenido; Cuarto tiempo: Reconstitución de la pared posterior por la imbricación retrofunicular de los planos; Quinto tiempo: Sutura de los planos superficiales.

Primer tiempo: *Incisión de los planos superficiales.*
— Después de haber tratado la región a operar con tintura de yodo, alcohol y éter, bien colocadas las compresas esterilizadas que delimiten el campo operatorio, se procede a trazar la incisión, para la apertura de los planos superficiales en la siguiente forma: La piel debemos cortarla en una extensión de ocho a diez centímetros (más o menos), siguiendo la dirección de la bisectriz del ángulo formado por la línea media y la arcada crural.

Esta incisión deberá comenzar en un punto situado en la parte media de una línea que vaya desde el medio de la raíz del pene hasta el pliegue genital externo.

Las incisiones deben reunir como condición *sine qua non* el ser grandes y amplias para poder realizar un tratamiento cómodo y como es debido del saco herniario.

Con el bisturí, y sin dejar colas, cortaremos, según el sitio y dirección que acabamos de indicar, piel, tejido celular subcutáneo y fascia superficiales. A medida que vamos efectuando este corte, es claro que iremos seccionando los vasos que encontremos a nuestro paso (subcutánea abdominales), los pinzaremos y dejaremos colocadas las pinzas en ellos.

En este momento es conveniente que el cirujano abandone el bisturí y empuñe la tijera cerrada a mano llena para de esta manera, con unos cuantos golpes en semicírculos llevados sobre ambos labios de la herida, conseguiremos disecar y separar todo el tejido célu-lograsoso que está situado sobre el oblicuo mayor y dejar en esta forma perfectamente al descubierto su anacarada aponeurosis de inserción, y perfectamente notable y libre el orificio externo del canal inguinal.

Ahora bien; antes de seguir adelante, es conveniente que procedamos con trozos de catgut fino, que habremos preparado de antemano, a ligar los vasos que durante nuestra diéresis de los planos superficiales hemos seccionado y pinzado. Procediendo de esta manera, tenemos la ventaja de seguir trabajando con el campo operatorio completamente desembarazado de pinzas que, sin duda alguna, el dejarlas obstaculizaría nuestras maniobras quirúrgicas.

Hecho esto, se colocan las compresas de campo operatorio circunscripto, las cuales mantendremos en su correspondiente sitio por medio de cuatro pinzas de compresas modelo Doyen, a cierre elástico. Verificado todo lo que antecede, pasaremos a realizar el

Segundo tiempo: *Sección de la pared anterior del canal inguinal.* — En este momento tomemos una pinza de Kocher o insinuémosla dentro del canal, introduciéndola por el orificio externo del canal inguinal.

Una vez en su interior, abramos la pinza y en esta forma nos dispondremos a seccionar la pared anterior del conducto inguinal, sin temor a lesionar órgano alguno de importancia.

Ya todo preparado en esta forma, se corta la aponeurosis del gran oblicuo inmediatamente por fuera del pilar interno, abriendo ampliamente la pared anterior del canal o trayecto inguinal, con lo cual vamos a estar en condiciones para ejecutar nuestro tercer tiempo operatorio.

Tercer tiempo: *Disección, aislamiento y tratamiento del saco y su contenido.* — Una vez incindida la pared, nos allamos en presencia del saco, para descubrirlo cuando se trata de una hernia retroinguinal, no tendremos más que levantar el cordón con los elementos que lo componen.

Ahora bien, si siguiendo en un todo (porque nada mejor se ha escrito a los doctores Ricardo Finocchietto, R. Rodríguez Villegas y Squirru, estudiaremos por

separado el tratamiento de cada variedad de hernias retroinguinal; es decir: saculares, lipomatosos y esplánicas.

a) *Tratamiento del saco en la variedad sacular de las hernias retroinguinales.* — Reconozcamos, ante todo, el saco fibroso, es decir, el saco formado por la fascia transversalis e incindámosla a bisturí circularmente en todo el contorno del tumor a una distancia de unos dos a tres centímetros de su base.

Tomemos con unas cuantas pinzas de Kocher los bordes libres de este saco fibroso seccionado. Una vez hecho esto se ligan las venas que corren por la grasa preperitoneal. En este momento, con todo cuidado, hay que ir en busca del saco peritoneal, para ello hay que ir disociando, ya sea con la pinza o bien con el dedo envuelto en gasa esterilizada la atmósfera célula-grasosa que lo envuelve. En cuanto se llega a divisar su cúspide, se le toma con una pinza de Pean y se sigue adelante su disección, aislándolos de la grasa que lo une al saco fibroso.

Es necesario tratar de ligar y resecar todos los pedículos adiposos de la grasa preperitoneal que estorban.

Una vez libre el saco, se corta a nivel de su vértice, revisamos su cara interna e introducimos el índice enguantado en plena cavidad abdominal, con el objeto de comprobar o no, la coexistencia bastante frecuente, por otro lado, de la hernia intrainguinal con la hernia retroinguinal. Efectuamos el examen detenido del cordón espermático y podremos llegar a presumir esta

coincidencia, en la cual en una misma región inguinoabdominal existen las dos variedades reunidas, pues en estos casos el cordón está más desarrollado y más grueso y mucho más adherido que en las hernias retroinguinales simples, en las cuales, como hemos ya repetido, es más libre.

Una vez hechas todas estas maniobras, debemos proceder al cierre del peritoneo, lo cual lo podemos verificar de dos maneras distintas: a) por una ligadura doble colocada bien alta, siempre que el saco lo permita; b) por un surjet o una jareta interna, como aconseja el doctor Adolfo Landívar. Este último modo de suturar el peritoneo se lleva a cabo en los casos en que la serosa es muy débil y se rompe con facilidad, o en aquellos en que el saco presenta una amplitud muy grande que dificulta enormemente su atadura.

Una vez realizada la ligadura o surjet del saco, se reseca a cielo abierto la parte de saco que sobra, a contar a un centímetro por encima de la ligadura.

Cuando uno ha realizado todas estas maniobras operatorias, puede pasar a reconstituir la pared, pero se puede todavía agregar a todo esto otro plano de sutura, representado por un surjet hecho en la fascia transversalis que reuna los delgados bordes que expresos se han incidido a tres centímetros de la base sacular.

b) *Tratamiento del saco en la variedad lipomatosa de la hernia retroinguinal.* — Para el tratamiento de esta variedad de hernias retroinguinales deben realizarse todos los tiempos que hemos mencionado en la

variedad anterior; lo único que lo caracteriza es que ya sea un gran lipoma o pequeño lipoma que se encuentran por delante del saco seroso deben ser perfectamente ligados y resecaados. No debemos alvidarnos que el saco seroso de estas hernias es casi siempre pequeño y que en la mayoría de los casos no requiere tratamiento quirúrgico alguno y basta entonces seccionarlo convenientemente, explorar la cavidad abdominal y luego ligarlo a la altura que lo permite.

c) *Tratamiento de la variedad esplánica de las hernias retroinguinales.* — Según que se hallen en el saco el intestino, la vejiga u otro órgano contenido en la gran cavidad abdominal, esta variedad de hernia retroinguinal se ha subdividido en tres subvariedades; a saber: vésicosaculares, intestinosaculares, hernias complejas.

1.º *Vésicosaculares.* — Para el tratamiento de esta variedad de hernias, debe procederse con mucho cuidado, porque si la disección entre el saco y la vejiga no se lleva a cabo con delicadeza, hay gran peligro en cortar el mencionado órgano y entonces las consecuencias serían muy graves.

Se empieza por incidir transversalmente la fascia transversalis desde los vasos epigástricos, contorneando todo el tumor hasta llegar al pubis. La vejiga, situada en la parte interna, forma la mayor parte del tumor, es blanda, fácilmente depresible de paredes gruesas y grisáceas, recorrida por dilatadas venas y rodeada por una atmósfera grasosa que en algunos

enfermos llega hasta constituir un lipoma de color amarillo claro muy irrigado y muy adherido a la vejiga.

El cirujano aísla en este momento el saco peritoneal por todas sus caras, disecando la superior externa e inferior, y aísla de la interna al lipoma antes mencionado. Se abre, entonces, el saco, yendo desde el vértice hasta su base y se va separando su cara interna de la cara correspondiente de la vejiga, teniendo cuidado durante esta fina disección de no herir las gruesas venas que ascienden verticalmente, pues, como consecuencia, quedaría comprometido en su vitalidad un órgano tan importante como la vejiga. Hecho esto, se aísla, liga y reseca el lipoma prevesical.

Falta todavía terminar con la reparación del peritoneo vescical lo más lejos que sea posible, por detrás del pubis y del músculo recto, y esto lo haremos en tal forma que la cavidad de Redzius tome su volumen primitivo y reciba holgadamente la vejiga herniada. Con todo esto se llega al momento en que mientras el ayudante reduce la vejiga en la cavidad abdominal, el cirujano sutura la fascia transversalis por delante de ella.

Las subvariedades intestinosaculares y hernias complejas, llevan, más o menos, el mismo tratamiento que acabamos de indicar. Ahora bien; debemos estar de acuerdo con el doctor Squirru, que no se ha dicho aún la última palabra sobre el tratamiento quirúrgico de las hernias intestinosaculares. Para algunos, el mejor procedimiento consiste en hacer una disección general

de la hernia, cerrar la serosa con un surjet y luego invaginar todo dentro del abdomen.

Cuarto tiempo: *Reconstrucción de la pared por la imbricación retrofunicular de los planos.* — El cirujano debe en este momento tomar con una pinza de Kocher los diferentes planos musculotendinosos que va a suturar. Lo primero que se debe efectuar es lo

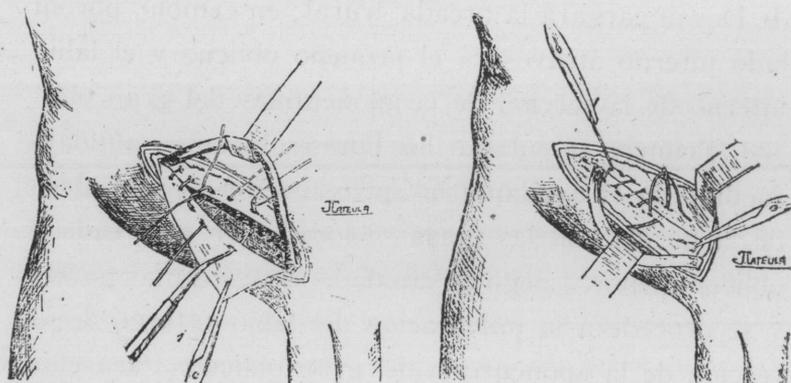


Fig. 4. — Primer plano, profundo, de suturas.

Fig. 5. — Segundo plano, de suturas.

siguiente: llevar el cordón hacia el ángulo superior de la herida y se le saca hacia afuera, manteniéndolo con un separador de Farabeuf.

Esto lo debe hacer el ayudante sin tironear, porque pudiera lastimar los elementos que componen el cordón. Dos pinzas de Kocher deben de colocarse sobre el labio interno de la aponeurosis del oblicuo mayor, otras dos sobre el labio externo de la misma.

Reconocida la arcada, será a su vez tomada con dos pinzas sin brusquedad de ninguna especie; pues po-

dríamos herir los vasos femorales en el momento que pasan por debajo de la misma. No nos queda en este momento más que pinzar el oblicuo menor.

En esta forma ya estamos listos para realizar nuestra sutura. El material de sutura debe ser la seda, el tendón de Reno o bien el catgut cromatizado; pueden hacerse puntos separados o puntos en U. Los elementos a unir son los siguientes: por el lado externo la aguja de Doyen cargará la arcada crural; en cambio, por su lado interno atravesará el pequeño oblicuo y el labio interno de la sección de la aponeurosis del gran oblicuo. Primero se colocan los puntos, luego se anudan, facilitando el ayudante la aproximación de los labios de la herida con las pinzas colocadas en la arcada y oblicuo menor. Luego de anudado se retiran las pinzas y se procede a la imbricación del labio externo de la sección de la aponeurosis del gran oblicuo. Para ello, teniendo siempre el ayudante levantado el cordón en el separador de Farabeuf, se rebate siempre por detrás del mismo, esta hoja de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor y por medio de un surget de catgut de tamaño mediano se fija en la misma aponeurosis del gran oblicuo sobre la cual desliza como una hoja de un libro sobre otra, sin mayores tiropeamientos. Luego se abandona el cordón, el cual, de esta manera, viene a estar colocado sobre un plano aponeurótico y nunca sobre una cicatriz, como pasa en otros métodos operatorios.

Quinto tiempo: *Sutura de los planos superficiales.*— Luego, con dos o tres puntos de catgut, se reúnen los dos labios de la grasa subcutánea para no dejar espacios muertos. Después se procede a la sutura de la piel con puntos separados de crin, sin drenaje alguno.

Colocado un apósito aséptico seco se procede al vendaje en la forma corriente.

Ahora bien; debemos advertir que todos los casos no se presentan tan sencillos. Principalmente en aquellas hernias de grandes dimensiones, algunas veces recidivadas, es imposible realizar este procedimiento en la forma que acabamos de describir, y por eso se han creado la:

Variante N.º 1. — Dicen los doctores Finocchietto y Squirru, que cuando la hernia es muy grande, no debe obstinarse el cirujano en sacar el cordón por la parte superior de la hernia. No hay necesidad de hacerle sufrir inútiles tironeamientos; basta, para salvar esta dificultad, aplicar la variante N.º 1, que consiste en colocar varios puntos de sutura por arriba de la salida del cordón.

Variante N.º 2. — Es todavía más sencilla: consiste en hacer una pequeña incisión transversal en el colgajo externo del gran oblicuo a la misma altura de la

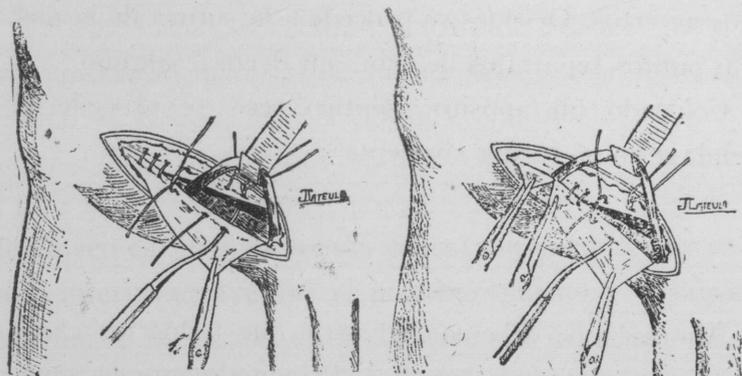


Fig. 6. — Variante N.º 1.

Fig. 7. — Variante N.º 2.

salida del cordón; de tal manera a formarle en ella un verdadero ojal al mencionado cordón.

Luego se cose la hoja externa de la herida aponeurótica por medio de un surget, como hemos dicho anteriormente.



Buenos Aires, Junio 15 de 1918

Nómbrase al señor Consejero Dr. Marcelo Viñas, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Jorge Leyro Diaz, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario

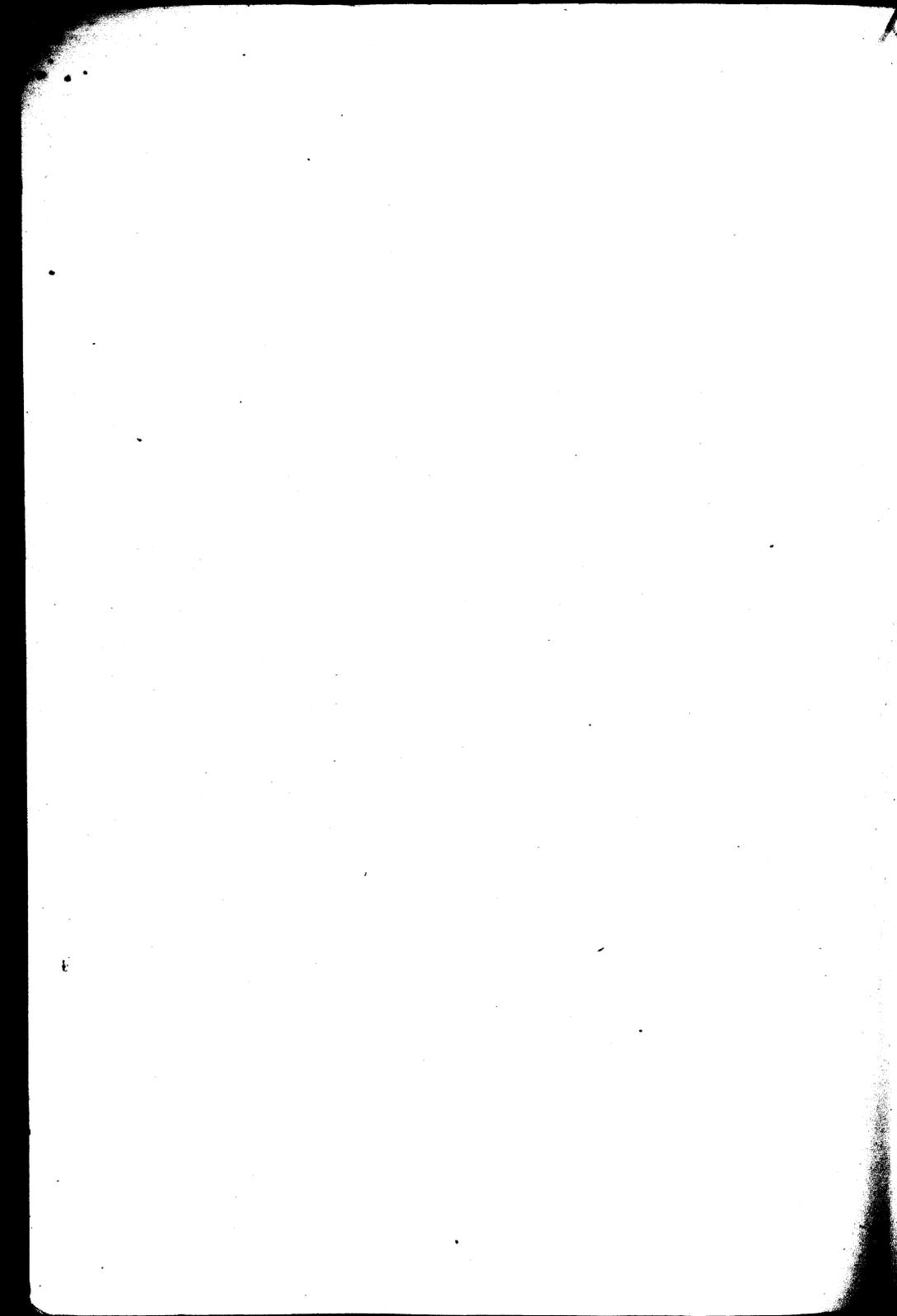
Buenos Aires, Junio 28 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3462, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

De los recidivas en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal.

Marcelo Viñas.

II

Ventajas de la imbricación de planos sobre el método de Mugnay Aguilar, en el tratamiento de la hernia inguinal.

Avelino Gutiérrez.

III

Los flemones tardíos por las suturas no reabsorbibles.

J. Leyro Díaz.

30557

