BIBLIOTECA MEDICEA ROMA
MISCELL.
B 38
11

Misc. B. 38.11

N.º 2791

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS HERNIAS RETRO-INGUINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO D. BUSANA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson
Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Alvear
Ex-practicante mayor de la Casa de Socorro Las Heras

BIBLIOTECA MEDICEA ROMA

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junín — 863
1914

LAS HERNIAS RETRO-INGUINALES

Año 1914 N.º 2791

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS HERNIAS RETRO-INGUINALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO D. BUSANA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson
Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Alvear
Ex-practicante mayor de la Casa de Socorro Las Heras

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junín — 863
1914

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CÈNTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» J. T. BACA
» J. Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTÓN
» J. M. RAMOS MEJÍA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y 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	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
Patologia interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva	» PEDRO BELOU
Zoología médica	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
» oto-rino-laringológica	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Quirúrgica	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
» Médica	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
» Pediátrica	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
» Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal	» JOAQUIN V. GNECCO

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	» PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	DR OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año	» LEON PEREYRA
3er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR RICARDO FINOCHIETTO

Cirujano del Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MI MAS QUERIDO PADRE

A LA MEMORIA DE MIS HERMANOS

OLGA Y BARTOLO

A MI MADRE Y A MI ESPOSA

A MIS HERMANOS

A MI TIO DAVID Y A LOS DOCTORES

RODOLFO PASMAN
RICARDO RODRIGUEZ VILLEGAS
J. AGUSTIN GATTI
OSCAR GERDING
DOMINGO BRANDI

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar á vuestra consideración este modesto trabajo, quiero dejar constancia de la gratitud que os debo y el respeto que os profeso, á vosotros mis maestros, que con celo y perseverancia habéis tratado de inculcarme el mayor número de conocimientos; sea, pues, esta primera página que os dedico, fiel testimonio de mi agradecimiento.

Al Dr. Santos Vivot, á quien tanto tiempo acompañé en su clínica, y de quien tantas enseñanzas prácticas en la cabecera del enfermo he recibido, mi más sincero reconocimiento.

Al Dr. Ricardo Rodríguez Villegas, á quien debo tantos provechosos consejos, mi cariño y amistad.

Al Dr. Ricardo Finochietto, quien me honra acompañándome en este acto, mi eterna gratitud.

INTRODUCCIÓN

Llaman los clásicos hernias directas á aquellas que, abandonando el abdomen por la foseta inguinal media por dentro de los vasos epigástricos y por fuera de los restos de las umbilicales, se hacen subcutáneas después de un «trayecto directo».

Llamando á las otras clases de hernias inguinales, oblicuas interna y externa, según salgan por dentro de la umbilical ó por fuera de la epigástrica. Esta es la clasificación adoptada, si no aceptada por casi todos los cirujanos.

No por ello gana en exactitud, y es inexacta porque las grandes hernias oblicuas externas son á trayecto directo, lo mismo que todas las oblicuas internas.

Otros autores llaman *externas* á las oblicuas externas, ó *internas* á las directas y oblicuas internas, basandose en la relación que tiene el cuello ó la base del saco con los vasos epigástricos.

Tillaux emplea esta terminología; Mantelli llama vésico-púbica á las oblicuas internas.

Villette las denomina á las internas hernias juxtafuniculares.

Pero si bien estas clasificaciones son un índice de progreso sobre la clásica, no nos parece que la verdad esté en ninguna de ellas.

El Dr. Enrique Corbellini, en el año 1907, publicó en la *Revue de Chirurgie* un artículo titulado: «La guerison radicale des hernies inguinales».

En su clarovidente escrito hace un estudio sintético de las hernias inguinales, proponiendo y adoptando una nueva clasificación de ellas después de rebatir las empleadas hasta entonces.

El Dr. Corbellini divide á las hernias inguinales en: *intrainguinales*, *retroinguinales* y *transinguinales*.

Las *intrainguinales* son las oblicuas externas de los clásicos, las externas de Tillaux.

Penetran en el canal inguinal por fuera de los vasos epigástricos, recorren este canal en toda su extensión, siguiendo su trayecto ya oblicua ó ya directamente, y salen á la raíz de las bolsas por el anillo externo, rodeadas por los elementos del cordón, envueltos en la fibrosa común.

Las *retroinguinales* (directas de los clásicos, internas de Tillaux, juxtafuniculares de Villette) no penetran en el canal; para salir por el anillo externo

empujan por delante de ellas la fascia transversalis y la grasa preperitoneal, apartan los elementos del cordón sin penetrar en su envoltura fibrosa, aplastan al canal en el sentido ánteroposterior, estrechan el anillo interno, en lugar de dilatarlo.

Las hernias *transinguinales* tienen un trayecto parecido, pero en su constitución falta la fascia transversalis, pues á traves de una abertura de esta formación se producen.

El citado autor parece no dar mayor importancia á esta última variedad, lo mismo que á las hernias oblicuas internas; y con justa razón, puesto que, si es que existen, deben ser sumamente raras y difíciles de comprobación irrefutable durante las intervenciones.

Aceptamos ampliamente los estudios del Dr. Corbellini y adoptamos su clasificación y nomenclatura.

El material de esta tesis proviene exclusivamente del servicio del Dr. Arturo J. Medina (sala X del Hospital Rawson), y lo compone un total de unas doscientas hernias operadas, casi en su mayoría por los doctorss Ricardo Finochietto y Ricardo Rodríguez Villegas, quienes con su habitual gentileza pusieron á mi disposición el producto de sus observaciones, las que modestamente he tratado de transcribir en el presente trabajo.

Casos en buen número y provenientes de un úni-

co servicio, escrupulosa observación y anotación de la anatomía patológica de cada caso: he ahí las cualidades que indiscutiblemente dan valor á nuestra estadística.

Parecerá superfluo é irrisorio publicar datos estadístico escribiendo sobre hernias; pero cuando un Lucas Championiere nos dice que: «Je n'ai jamais rencontré, de hernie inguinale directe, avec le caractéres clasique indiqué, artére epigastrique en dehors et en avant du collet de la hernie...»

Los autores que se han ocupado del asunto, llegan á distintas conclusiones:

ESTADÍSTICA DEL SERVICIO DEL DR. ARTURO J. MEDINA

Sala X, Hospital Rawson

Hernias inguinales	141
Hernias retroinguinales	15

Hernias retroinguinales: un 10.63 %.

Hernias retroinguinales

Derechas	4
Izquierdas	4
Dobles	2
Coexistencia de hernia directa y oblicua del mismo lado derecho	2
Doble mixta (retroinguinal á izquierda é intrainguinal á derecha)	1

Edad media, 40 años.

Broca, 46 %.

Broca, sobre 289 inguinales, 86 directas, es decir, 29.7 %.

Berger, sobre 10.000 observaciones, 249 directas, es decir, 3.1 %.

Forgue, sobre 840 intervenciones, 21 directas, es decir, 2.5 %.

Macready, sobre 18.000 observaciones, da un 7 %.

GENERALIDADES ANATÓMICAS

El cordón espermático en el hombre, el ligamento redondo en la mujer, atraviesan la pared abdominal anterior en su parte infero-interna, dando lugar á la formación del canal inguinal; canal á recorrido irregular, de límites mal definidos y de una arquitectura anatómica muy pobre. No se trata, en efecto, de una adaptación de la pared hacia dicho elemento, sino más bien del pasaje imprevisto del cordón por esta región, originando puntos débiles que aprovechará el peritoneo para hacer hernia á través de la pared.

Canal inguinal. Trayecto.—Situado arriba de la arcada de Fallopio, el canal inguinal se dirige oblicuamente de arriba hacia abajo, de afuera hacia adentro y de atrás hacia adelante, desde la parte media del arco de Poupart hasta el pubis. Mide en

el hombre de 4 á 5 cms. Su amplitud varía según el contenido, chico cuando el cordón es pequeño, aumenta enormemente cuando da paso á una hernia, llegando á desaparecer por completo en las hernias intra inguinales antiguas.

Pared anterior.—La pared anterior está formada por la aponeurosis de inserción del gran oblicuo, cuyas fibras se separan al nivel del pubis, dando lugar á la formación de un anillo oval: el anillo inguinal externo, la porción más importante de la pared anterior del canal iguinal y destinado al pasaje del cordón. Está limitado: hacia afuera por el pilar externo, cuyas fibras se insertan en la espina pubiana; hacia adentro, por el pilar interno que va á insertarse sobre la sínfisis; adelante, por las fibras arciformes oblicuamente dirigidas hacia arriba y adentro y hacia atrás por fuertes fibras tendinosas que provienen del músculo gran oblicuo del lado opuesto, formando el llamado ligamento de Colles.

En la vecindad de este anillo se encuentran siempre algunos orificios accesorios, dos de ellos constantes que dan paso á los vasos y nervios de la región, y á veces también (cuando son muy amplios), al tejido célulo-grasoso retro aponeurótico. De los dos constantes, uno, anterior, da paso al nervio espermático externo, rama del génito femoralis, y á una vena; el otro superior, á los filetes terminales

del nervio íleo-hipográsticus (gran admómino-genital) y también á una pequeña vena. El aspecto y la consistencia de la aponeurosis del gran oblicuo varía muchísimo, según los sujetos, encontrándose todos los intermediarios, desde las gruesas aponeurosis nacaradas, tensas, hasta las delgadas friables, relajadas á fibras arciformes muy separadas, dejando ver por transparencia los músculos profundos.

Pared posterior.—Está formada por la *fascia transversalis*, varía de aspecto, de constitución anatómica y propiedades fisiológicas en su parte externa, media é interna. En su parte externa, en el espacio comprendido entre el anillo inguinal interno y los vasos epigástricos, está formada por la fascia transversalis, reforzada por el ligamento de Hesselbach. Hacia adentro está formada por la fascia, reforzada por el ligamento de Henle, el tendón conjoint, y el ligamento de Colles. Examinaremos con detalles el *tendon conjunto* por considerarlo de una importancia capital en la etiología de las hernias directas.

Formado por la unión de las fibras tendinosas terminales del pequeño oblicuo y del transverso, forma un amplio arco que limita hacia arriba y adentro, esta porción de la pared inguinal posterior á través de la cual salen las hernias directas. Tiene una forma triangular á base inferior y vértice supe-

rior, la base se inserta en el pubis y en una pequeña porción del arco de Poupart, vecinos á la espina del pubis, su vértice se confunde insensiblemente con las fibras musculares del pequeño oblicuo. Su borde externo cóncavo, rodea el «cuello» de las hernias directas, y su borde interno se confunde con la aponeurosis vecinas del gran recto del abdomen.

Como muy claramente lo establecemos más adelante (ver anatomía patológica) las modificaciones que sufre el tendón conjunto en los tejidos portadores de hernias directas, son frecuentes y más ó menos pronunciadas, según el grado de desenvolvimiento de la hernia. En las hernias directas saculares y escrotales, el tendón se encuentra rechazado hacia arriba, siendo á veces imposible seguirlo hassa el pubis, otras veces desaparece por completo, en cuyo caso el borde inferior del pequeño oblicuo y transverso se dirigen transversalmente de la mitad del arco de Fallopio al borde externo del recto; unido en la gran generalidad de los casos, pueden estar separados, como hemos tenido la oportunidad de ver en una hernia intra-inguinal.

Ligamento de Henle.—Es una dependencia de la fascia transversalis y está situado contra el borde externo del recto, entre el tendón conjunto que está delante y el tejido pre-peritoneal que lo limita por detrás. No es siempre constante.

Entre la zona externa é interna de la pared inguinal posterior y que acabamos de estudiar, se encuentra la zona media, formada únicamente por la fascia transversalis, limitada hacia afuera por la arteria epigástrica y hacia adentro por el borde externo cortante del tendón conjunto, no posee como las otras zonas, elementos fibrosos que la refuerzen, de ahí su debilidad tan pronunciada y la razón de la frecuencia de las hernias en este punto (hernias directas).

Bordes del canal inguinal.—El superior está formado por la unión del pequeño oblícuo con el gran oblícuo y que se hace por medio de un tejido celular laxo. El borde superior, mejor limitado, por la unión de la fascia transversalis al labio interno de la arcada crural.

Vasos y nervios de la región.—Al hacer la incisión de Bassini, se secciona constantemente la arteria sub-cutánea abdominal (epigástrica superficial de Kocher) con su vena correspondiente, así como algunas venas pubianas. En un plano más profundo se encuentra la arteria epigástrica, importante en las hernias directas y á doble saco, y en algunos casos su anastomosis con la obturatriz pasando por debajo del cuello de la hernia.

Nervios.—El gran abdómino-genital que corre entre el gran oblícuo y el oblícuo menor y atraviesa la

aponeurosis superficial á unos dos centímetros por encima del canal inguinal, inervando la piel en este punto.

Génito-crural.—Su rama genital atraviesa como ya lo hemos dicho, el gran oblícuo inmediatamente hacia afuera del anillo inguinal externo y se coloca en el borde externo del cordón al que acompaña hasta las bolsas. Es este nervio el que dificulta siempre la maniobra de «cargar el cordón sobre el índice», siendo indispensable aislarlo para no romperlo por tracción.

Pequeño abdomino-genital.—Su rama genital forma el nervio espermático interno, su investigación en el enfermo es bastante delicada, no encontrándose siempre.

ETIOLOGIA

Anque algunos quieren hacer notar la poca frecuencia con que se presentan estas clases de hernias, podemos decir sin embargo por las estadísticas publicadas que son relativamente comunes.

Siendo hernias pequeñas y que generalmente quedan al estado de bubonocele ó inguino-pubianas, pasan hasta cierto punto desapercibidas para los enfermos que, dicho sea de paso, son generalmente personas de edad avanzada atacadas de una enfermedad general: bronquiales crónicos, prostáticos, etc.

Ahora bien, varias son las causas que intervienen en su formación, comprobándose que el hombre es más atacado que la mujer y esto se explica por cuanto aquél está obligado en sus quehaceres á esfuerzos contínuos é intensos; de ahí que los obreros

obligados á llevar fardos pesados son los que nos dan mayor porcentaje.

En la mujer, el embarazo y el parto que estiran los músculos y ligamentos del abdomen, la determinan. Se ha querido incriminar como factor etiológico la herencia. Parece ser, según algunos autores, que hay verdaderas familias de herniosos, personas que son generalmente artríticos, obesos, etc. Aquellos individuos que tienen el vientre en «triple salida», fenómenos que indican simplemente debilidad en las paredes abdominales, son más fácilmente atacables.

Estados patológicos especiales en que el individuo se encuentra.—Prostáticos, bronquíticos, caquécticos, obesos, tuberculosos, etc. etc.

La obesidad como lo ha demostrado Lucas Championiére, estrechando la capacidad de la cavidad abdominal y sobrecargando de grasa el epiplón y el mesenterio, aumenta la presión al nivel de los orificios herniarios, y entonces la grasa puede formar esos verdaderos lipomas sub-peritoneales que se encajan en los orificios llevándose consigo un divertículo del peritoneo.

En la mayor parte de los casos se producen por idéntico mecanismo á saber: un aumento de presión interna en la cavidad abdominal que se encuentra cerrada trata de dirigir el intestino hacia los puntos

más declives, y que son menos resistentes á su empuje, por cualquier causa la tensión se exagera y según el estado de resistencia de las paredes, la hernia puede exteriorizarse, pues reaccionan de una manera diferente: á paredes plácidas, caídas, y a orificios dilatados la hernia se produce, pues son incapaces de sostener á las vísceras.

Para algunos autores ésta debilidad local no es sino la consecuencia de una debilidad general, estando los mesos y los repliegues alargados, y existiendo una verdadera «aplasia generalizada» de que nos habla Tuffier, por lo que la hernia se produce sin esfuerzo (hernia de debilidad, que es más bien una enfermedad que un accidente).

En cambio puede suceder que la pared sea resistente, entonces, se necesita un aumento grande de presión abdominal, y que esta ceda al esfuerzo que interviene, para dar salida en uno de sus puntos débiles á la víscera. (Hernia de fuerza).

Por lo que vemos intervienen dos factores importantes en la etiología de estas hernias: uno representado por todas las causas que disminuyen la resistencia de la pared, y el otro accidental que responde al aumento de presión abdominal.

En cuanto á lo que se refiere al elemento múscular intervienen causas de orden anatómico verdaderas deformaciones de los planos musculares y fibrosos. Relajándose el gran oblicuo, su aponeuro-

sis de inserción que forma la pared del canal inguinal se distiende, deja separar los pilares inguinales, y no sostiene más el punto débil de la pared posterior.

La insuficiencia del pequeño oblicuo y el transverso, se nota por la dimensión exagerada del arco músculo-tendinoso, que encuadra un punto debil excesivamente ancho.

El relajamiento del músculo transverso, cesando de sostener la fascia transversalis y el ligamento de Hesselbach: el debilitamiento del recto ensancha por adentro las dimensiones del punto débil, y permite además el relajamiento del ligamento de Henle. Además el desarrollo de la grasa sub-peritoneal que siempre se encuentra en estas hernias, al rededor del saco.

ESTUDIO ESPECIAL DE LAS HERNIAS RETRO-INGUINALES

Presentándose generalmente en los individuos de más de cuarenta años; pertenecen á la clase de las hernias adquiridas, y se desarrollan á raíz de esfuerzos repetidos.

Intervienen además otros factores y tenemos que se las ha visto aparecer como recidiva de una intervención anteriormente efectuada. Esto lo podemos explicar, ya sea por la preexistencia de una punta de hernia que no ha hecho más que desarrollarse, ya sea que ha aparecido por su propio mecanismo.

Como conclusión de este capítulo, nos permitiremos hacer la siguiente observación, deducida de la coexistencia bastante frecuente en un mismo individuo de hernia retro-inguinal en un lado y oblicua externa en el otro, La misma presión abdominal (hernia de esfuerzo) la grasa preperitoneal (hernia por deslizamiento) han actuado en ambos canales inguinales á un mismo tiempo y con presión equivalente. ¿A que se debe, pues, que un canal inguinal de paso á una hernia retro-inguinal, y que el vecino sometido, repito, á la misma presión abdominal de paso á una hernia oblicua externa?

Es en la constitución anatómica del canal inguinal y especialmente de su pared posterior, en la que debemos buscar la causa de tan curioso fenómeno. Generalizando se puede decir, que en un individuo predispuesto, sus canales inguinales darán paso á tal ó cual variedad de hernia, siempre en relación con su constitución anatómica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Caracteres comunes á todas las hernias retro-inguinales.—Por regla general el panículo adiposo sub-cutáneo es, en esta clase de hernias, más abundante que en las intra-inguinales.

En la aponeurosis del gran oblícuo y en el anillo inguinal externo, aparte de una mayor convexidad por la relajación de aquélla, no se encuentran alteraciones particulares.

Siempre nos ha llamado la atención, la diferencia entre la atrofia enorme (ó tal vez ausencia) del tendón conjunto, y el cuerpo muscular del pequeño oblícuo y transverso, la mayoría de las veces de buen aspecto.

Normalmente, el tendón conjunto es una formación anatómica blanco-nacarada, unida, tersa, de unos dos centímetros de ancho, que descendiendo hacia abajo, hacia sus inserciones pubianas, cubre completamente al músculo recto.

En la mayoría, por no decir en todos los casos de hernia retro-inguinal, el tendón está representado por unos cuatro ó seis fascículos tendinosos, filiformes, que se dirigen transversal y horizontalmente hacia adentro, hacia la línea media.

Esta disposición, deja á descubierto los dos centímetros superiores del recto, cubierto por su aponeurosis, lo que puede dar la impresión errónea de la existencia del tendón.

Willian Hessert, ha insistido últimamente sobre la ausencia del tendón conjunto, y describe un triángulo. fácil de constatar, formado por dentro, por el borde externo del recto; por arriba, por el borde inferior del pequeño oblícuo y transverso; y por la arcada crural, por debajo.

Menor importancia atribuimos al triángulo descripto por Mac Zelan, formado por: afuera, los vasos epigástricos; adentro, por el borde del recto y por debajo, el arco crural.

Respecto á la existencia ó ausencia del cremaster los autores opinan de una manera diferente; por nuestra parte lo hemos podido encontrar una vez, por lo que creemos que esta formación anatómica por lo general no existe. (En las hernias intervenidas por el Dr. R. Finochietto ha sido encontrado en un solo caso). Sobreentiéndose que en hernias retro-inguinales, hablar de cremáster es referirse únicamente á su haz pubiano ó interno.

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

Su forma varía con su tamaño, desde la simple ligera convexidad de las pequeñas hernias, al tumor con verdadera forma de saco, que poseen las mayores. Está formado por fascia transversalis, grasa peritoneal y peritoneo, con el frecuente agregado de la vejiga con su atmósfera adiposa.

En la base del tumor que es siempre muy ancha, se encuentran fibras de refuerzo de la fascia transversalis que se dirigen horizontalmente ó un poco oblícuamente hacia abajo y adentro. Estas fibras son más abundantes y fuertes en la parte superior que en la inferior.

Con menos frecuencia se ven fibras que por delante de las precedentes se dirigen hacia arriba y adentro. Ellas pertenecen al ligamento de Hesselbach, más ó menos modificadas en su dirección y aspecto; en algunos casos se ven fácilmente.

Hacia afuera de ellas en plena grasa peritoneal más cerca de la fascia que del peritoneo, corren los vasos epigástricos que como es sabido, son supero-externos con relación al tumor. Siempre están en las vecindades del anillo externo.

Cuando hay super-abundancia de grasa, es difícil y á veces imposible descubrirlos.

Variedades de hernias retro-inguinales.—El doctor Ricardo Finochietto, basándose en sus constataciones operatorias, divide las hernias retro-inguinales en tres clases, á las cuales adjetiva según el elemento predominante en ellas, en:

Hernia retro-inguinal. Variedad.....	Lipomatosa.	(Ver fig. 1).
	Sacular.	» » 2).
	Esplánica.	» » 3).

La primera variedad se presenta así: por dentro del cordón, en su porción extra-canalicular, asoma un lóbulo de grasa amarillo-clara, solo unido á él por débiles tractus conjuntivos. Este lipoma perfectamente encapsulado presenta un estrangulamiento que corresponde al anillo externo. Extiéndese después de nuevo como formando la base de un cono, en cuyo sitio presenta los mismos caracteres que las otras variedades. Incindido el lipoma, en su plano sagital, desde su punta hacia su base, apenas sobrepasando su cuello, presenta una cavidad limitada por una lámina conjuntiva lisa, que le da un parecido al interior de un saco herniario.

El dedo se introduce fácilmente en esta pseudocavidad y diseca el plano sub-peritoneal, de las paredes pelvianas. En un caso pudimos insinuar sin el menor tropiezo toda una tijera.

Este espacio conjuntivo, que está en plena grasa

sub-peritoneal, limitado arriba y afuera por el saco, no es sino un prolongamiento del espacio de Bogrós.

El saco es siempre pequeño, un simple infundíbulo peritoneal, de paredes sumamente delgadas, recubiertas por una delgada capa de grasa. Para descubrirlo hay que incindir la base del tumor herniario en su parte supero-externa inmediatamente adentro de los vasos epigástricos.

La vejiga precedida por su lipoma vascular, se presenta en su lado interno, cuando se insiste demasiado en esa parte de la disección.

Este marcado predominio de la grasa es el que ha hecho llamar á esta variedad con el nombre de lipomatosa, y no adiposa, para diferenciarla de una variedad de hernia inguinal externa: «la hernia adiposa».

La segunda variedad se denomina sacular (ver figura 2).

El tumor se presenta por dentro del cordón y sin adherencias á él; se diseca lo mismo, muy fácilmente, del piso de la pelvis, pero en la parte superior de su base se continúa con la pared abdominal.

Su forma es, en la mayoría de los casos, hemisférica, pero en las hernias grandes es alargada. Está constituido por la fascia transversalis la grasa preperitoneal que, á la inversa de la variedad precedente, es escasa, y por debajo de ella fácilmente aislable el saco peritoneal. Cuando, separado el saco

de la fascia transversalis, lo traccionamos hacia nosotros; junto con él y en el sitio de costumbre, viene la vejiga.

Abierto el saco, y examinando interiormente, se ve en su lado interno la grasa prevesical haciendo protusión en la cavidad peritoneal. Si con el dedo se exploran sus alrededores, nos informaremos respecto al estado de la foseta inguinal externa, de la existencia de rudimentos de vasos umbilicales, del estado del uraco, etc. En dos casos de nuestra estadística se encontró coexistencia de dos sacos, uno por fuera y otro por dentro de la epigástrica.

La tercera variedad se denomina *esplánica*, porque en la constitución del tumor toma parte una víscera en forma permanente (ver figura 3).

Son hernias grandes, parcialmente irreductibles.

Tampoco en esta variedad el tumor presenta adherencias con el cordón. Abierto el saco, delgado, á pesar de su tamaño, aparece en su interior una masa grasosa que tiene todo el aspecto del epiplón afectado de epiploitis crónica. Como éste, es una masa bastante uniforme, amarillo claro, cuyo apelotonamiento impide ver los vasos. La adherencia al saco, completa la impresión; esta masa grasosa adhiere como por un meso á la parte interna del peritoneo. Yendo á buscar dentro de la gran cavidad un sitio en que este seudo-epiplón no esté adherido, no se le

encuentra; con el dedo se sigue el tumor hacia atrás del pubis.

Estos caracteres nos permiten diferenciar los lipomas látero-herniarios, vistos por transparencia á través del saco del epiplón, inflamado y adherido á él en una gran extensión.

Seccionado el peritoneo perpendicularmente á la superficie y al gran eje del lipoma, se lo diseca de él con suma facilidad. Debajo de esta capa de grasa, poco espesa y avascular, se encuentra la vejiga ú otra víscera pelviana móvil ó movilizada. Toda víscera que yace con caracteres de permanencia dentro ó en las paredes de un tumor herniario, está modificada en su forma y aspecto.

La vejiga es el órgano que sale casi exclusivamente en las hernias internas. La grasa que está á su lado interno y en las vecindades de su punta es amarillo-rojiza y surcada por venas de grueso calibre.

En el espacio de Retzius no hay sitio para la porción herniada; para reducirla, debemos construírselo previamente por divulsión de los tejidos.

Ahora bien: «¿Son estas tres formas patológicas tres entidades diferentes, ó no son sino una sola en distinto momento de su evolución?» *A priori* parece la última hipótesis la verdadera.

La hernia comenzaría siendo lipomatosa; la atrofia de la grasa, unida á un progresivo crecimiento

del saco, la convertirían en sacular; si el saco continúa en su progresión, arrastra una víscera y nos daría la variedad esplánica. Sin embargo, el estudio de nuestra estadística nos conduce á conclusiones bien diferentes.

Se cuentan en la variedad lipomatosa hernias que no dejaron de ser tales á pesar de contar con 7 y 8 años de existencia, sin que en ese lapso de tiempo haya intervenido tratamiento alguno. El caso de variedad esplánica es una hernia de desarrollo rápido; en un año había adquirido respetables proporciones, habiendo tenido desde el principio idénticos caracteres.

Por este desacuerdo que existe entre la variedad de hernia retro-inguinal y su época de aparición, es que creemos que las hernias retro-inguinales: lipomatosas, saculares y esplácnicas, son tres entidades distintas y definitivas, no los sucesivos estados de un solo fin, la variedad esplácnica. Creemos que las causas que intervienen en la constitución de las variedades son de orden general y local.

Los herniosos de la primera variedad tienen, por lo general, un canal menos resistente, su anillo externo no es muy grande, sus tejidos en general son menos relajables. Por el contrario, reúnense en las de variedad esplácnica todas las condiciones que favorecen el desarrollo de las grandes hernias.

La aplasia y relajación general de los tejidos, el vientre flácido y la super-abundancia de grasa.

El canal inguinal no existe, el anillo externo es enorme.

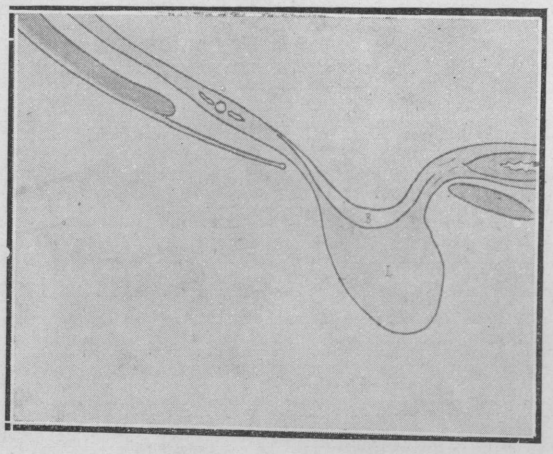
La grasa preperitoneal, la longitud de los mesos, los enormes apéndices epiploicos, la hipertrofia prostática, actúan proporcionando á las vísceras facilidades para el deslizamiento, peso mayor y movilidad más grande.

ESTADÍSTICA

LIPOMATOSA 20 %		SACULAR 13 %		ESPLÁCNICA 6 %	
Número de historia	Epoca de aparición	Número de historia	Epoca de aparición	Número de historia	Epoca de aparición
320	3 meses	454	3 años	551	1 año
325	10 años	559	2 »		
429	7 »	559			
		634	15 »		
		638	7 meses		
		638			
		653	11 años		
		44	4 »		
		36	20 »		
		26	4 »		
		89	15 »		

Fascia transversalis.
Grasa preperitoneal y vasos epigástricos.
Peritoneo.

Músculos anchos del abdomen



Vejiga

G.-Recto
B.-Espacio bogros
L.-Lipoma

FIG. I.—VARIEDAD LIPOMATOSA

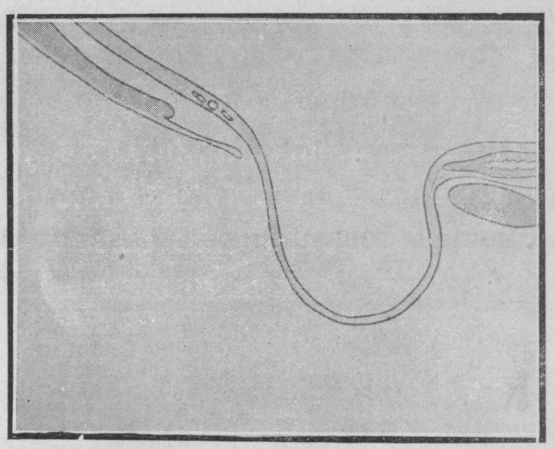
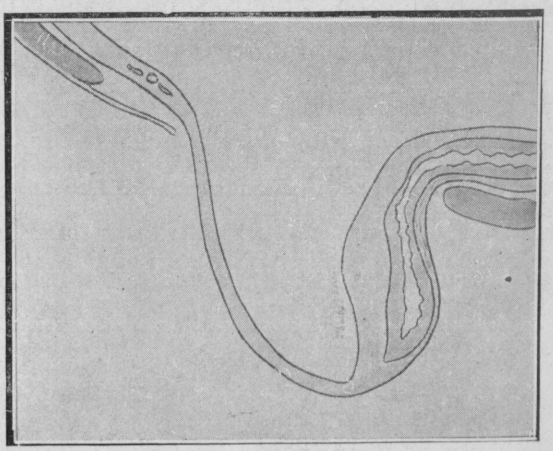


FIG. II.—SACULAR



Vejiga con una parte de ella en el tumor herniario

FIG. III.—ESPLÁCNICA

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

Los síntomas están encuadrados, con poca diferencia en los comunes á todas las hernias.

Aunque algo difícil poder llegar á un diagnóstico preciso en el enfermo, poseemos algunos signos que contribuyen á ello.

SIGNOS DE PRESUNCIÓN

Edad.—Por las estadísticas publicadas resulta que son individuos generalmente de más de 40 años, en los chicos es muy raro encontrarlas.

En los individuos obesos, en los que tienen el vientre en forma de triple salida etc.

El volumen es generalmente pequeño quedando al estado de bubonocele, se ha constatado la frecuencia de la coexistencia de otras hernias: oblicuas externas, crurales etc.

El sitio de la hernia en la parte interna del canal inguinal.

La hernia directa no forma una dilatación cilíndrica de todo el trayecto inguinal; simplemente rechaza su parte interna permaneciendo alrededor del escroto. Es super-pubiana.

Al insinuar el dedo se reconoce un anillo ampliamente abierto penetrando en el vientre sin recorrer al canal inguinal. Es facilmente reductible sin gorgoteo; cuando se retira el dedo se reproduce sin esfuerzo sintiéndose el pubis abajo, el gran recto adentro, y arriba el borde inferior de los músculos pequeño oblicuo y transverso.

Respecto á los signos certeza son difíciles de constatar. Como único signo tendríamos el buscar el latido de la epigástrica por fuera del tumor herniario.

Felizet procede de la siguiente manera: después de haber invaginado el saco en el abdomen, trata de llevar el índice de atrás hacia adelante para comprimir la arteria contra el borde del orificio profundo. Maniobra muy difícil de ejecutar si el saco está contorneado de un lipoma.

TRATAMIENTO

Siendo la alteración de la pared posterior del canal inguinal un hecho anatómico constante y de gran importancia en la producción de las hernias retro-inguinales, es lógico suponer que sea su reconstrucción el tiempo más importante de la cura radical, corrigiendo ampliamente la posición viciosa de los músculos pequeño oblicuo y transverso, no solamente por dentro de los vasos epigástricos (sitio de salida de las hernias directas), sino también *en toda la extención del canal inguinal.*

Nos parece supérfluo la enumeración de todos los procedimientos operatorios actuales por lo que nos limitaremos á analizar ciertos métodos que como el de Bassini, Ferrari, Muñay, Andrews, Postempsky, tienen una indicación especial en la hernias directas, y que por otra parte son los que hemos

seguido en las observaciones clínicas que publicamos.

Para reconstruir convenientemente la pared inguinal posterior, es indispensable incindir la aponeurosis del gran oblicuo, dejaremos pues á un lado aquellos métodos que como el de Kocher, Felizet. Le Dentu etc., se limitan á la resección alta del saco, y plegamiento de la pared; el procedimiento de Doyen lo creemos ineficaz por corregir únicamente la parte interna del canal inguinal, mediante dos puntos colocados á través del anillo inguinal externo.

Cualquiera que sea el método que se siga la operación debe ser siempre anatómica, deben aislarse claramente todos los elementos de la región, para poder hacer una reconstrucción prolija de la pared, y evitar la recidiva desgraciadamente tan frecuente.

Describiremos con detalles los principales tiempos de la operación de una hernia retro-inguinal·

La incisión es longitudinal ó transversal según las nocesidades del caso.

El aislamiento del saco no tiene ninguna dificultad, el cordón espermático situado sobre su cara externa es siempre libre, de fácil disección. El saco es grueso y generalmente sin adherencias con los planos vecinos.

La sección de la aponeurosis del oblicuo mayor, se hace paralelamente á la arcada crural, partiendo

del vértice del anillo inguinal externo; al hacer esta sección es necesario respetar el nervio espermático externo.

En las hernias lipomatosas el aislamiento del saco suele ser un tiempo difícil y largo, pues es pequeño, se encuentra rodeado de lipomas, á veces muy desarrollados que deben ser ligados y seccionados.

Las hernias saculares van siempre acompañadas de un segundo saco, saco fibroso, saco externo, que no es sino una dependencia de la fascia transversalis debe ser incindido circularmente á unos 3 centímetros del cuello, ó mejor aún del borde libre del oblicuo menor, se cae en la atmósfera célulo-grasosa prepreritoneal.

Abierto el saco se aislan los elementos vecinos, vejiga en la mayoría de los casos, cuya presencia se reconoce en la existencia de gruesas venas, por la facilidad con que sangran los tejidos perivesicales, y su color grasáceo-típico. Abierto el saco se introduce el dedo índice dentro del abdomen y hacia el anillo inguinal interno, por si hubiera una hernia oblicua externa, fenómeno que no es raro. Por fuera del saco, y en el tejido grasoso preperitoneal se encuentran los vasos epigástricos.

Ligadura bien alta del saco.

Punto de Barker.—De utilidad discutible en esta variedad de hernias, ha sido muy poco empleado en

nuestros enfermos. Los clásicos aconsejan anudar los cabos de los hilos del muñón sacular, después de haber atravesado los músculos abdominales, antes de suturar la pared inguinal posterior. Procediendo en esta forma, al decender el oblicuo menor y el transverso, desciende también la ligadura y el efecto del punto, levantamiento del muñón y adosamiento properitoneal, son nulos; creemos más conveniente pasar los hilos á través de la pared y no anudarlos, sino cuando esté obturada.

Las hernias esplácnicas, casi siempre acompañadas por la vejiga; el peritoneo sacular está muy adherido á la pared vesical, su disección extrasacular es difícil, da abundante sangre, no siendo raras las perforaciones del saco.

Creemos más lógico disecar este saco como si se tratara de una hernia congénita en que la adherencia íntima entre el saco y el cordón obligan á incindir circularmente el peritoneo sacular por dentro del saco.

Con un golpe de tijera se hace en el tejido preperitoneal retro-pubiano un espacio destinado á recibir lo parte herniada de la vejiga Esto suele ser complicado, sobre todo cuando la mayor parte de la vejiga ha perdido derecho de domicilio.

Reconstrucción de la pared. Bassini.—Por un surget fija el borde del arco que forma el oblicuo me-

nor y el transverso, á la cara profunda del arco crural, desde la espina del pubis hasta el anillo inguinal interno.

El descenso de estos músculos, sobre todo hacia adentro, es á veces muy difícil, y sólo se consigue traccionando fuertemente y con peligro de romper el arco crural.

Ferrari, Muñay Andrews, métodos que suprimen el canal inguinal, colocando por detrás el cordón espermático, la sutura de la pared inguinal posterior es incompleta, se deja un orificio interno para el pasaje de dicho elemento. El orificio debe ser lo suficientemente estrecho para impedir la salida del peritoneo, y lo suficientemente amplio para evitar la éxtasis venosa.

Postempsky.—Suprime también el canal inguinal, pero coloca el cordón en el tejido celular subcutáneo, sutura el músculo gran oblicuo, que ha sido incindido, con un surget de catgut fino. En algunos enfermos, en los que parece sobrar la aponeurosis del oblicuo mayor se pueden superponer sus hojas á la Delagenière.

HISTORIAS CLINICAS

Observación I

HOSPITAL RAWSON.—SERVICIO DEL DOCTOR A. J. MEDINA

Sala X. n.º 26

Criole Lurrazi, 52 años, casado, italiano.

Ingresó Enero 20 de 1914.

Hernia retro-inguinal derecha, coexistencia de hernia oblicua externa izquierda (recidivada).

Observaciones.—Fué operado de su hernia izquierda hace 95 años, era de tamaño de un huevo de avestruz.

Recidivó á los diez años.

La derecha hace cuatro años que la tiene, es del tamaño de un huevo de ganso, la recidivada es del tamano de un huevo de gallina.

Además tiene un varicocele á predominio testicular.

Operacion.—Incisión. Se diseca la hernia (peritoneo envuelto por fascia transversalis). Ligamos del modo habitual; pero, al rato la ligadura deja zafar la fascia, y la grasa comienza á dar sangre, que se insinúa al abdomen, haciéndonos la impresión como que viniera de él. Volvemos abrir de nuevo el muñón, se exploran los alrededores del vientre; ya no da nada, en vista de lo cual se vuelve á ligar.

Entre los elementos del cordón se encuentra otro saco en forma de dos conos opuestos, y cuyas paredes son gruesas. Se liga y se reseca, encontrándose los vasos epigástricos entre ambos sacos.

En la base del saco interno, sobre todo hacia arriba, se vieron muy bien las fibras nacaradas de la fascia transversalis horizontales y algunas oblicuas hacio arriba y adentro; el tendón conjunto está reducido á pocas fibras.

Se rehace la pared á lo Andrews.

El plano profundo pasa en puente sobre el hueco que queda al nivel del muñón, á pesar de que con el catgut se levanta una parte de grasa vesical. El colgajo inferior apenas si alcanza á tapar el cordón á nivel del anillo interno: como sale sangre, se coloca el rodillo con puntos percutáneos.

Observación II

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 89

Alberto Dikof, 62 años, holandés. Ingresó el 25 de Febrero.

Hernia retro-inguinal derecha y oblicua externa.

Observaciones.—Hace 15 años que tiene la hernia.

Ingresó al hospital con el tumor á las tres horas de un estrangulamiento. Fué reducido, aplicando compresas empapadas en éter y con suave taxis. Saco inguino-escrotal. El anillo está grande. La pared es flácida.

Anestesia.—Se inyecta un litro doscientos gramos de una solución de éter en diez minutos; á los cuatro minutos se siente olor de éter en el aliento, excitación á los veinte minutos. A la media hora de comenzar la anestesia, el sueño es profundo y tranquilo. No hay reflejos. Al principio de la anestesia hubo expulsión de 20 gramos de líquido: 75 pulsaciones.

Terminada la operación, que duró una hora y treinta minutos, en perfectas condiciones, se saca el aparato y se deja salir el excedente de solución anestésica. Se hace un enema de un litro de agua esterilizada y se deja salir.

Operacion.—Tumor herniario fácilmente aislable del cordón. El tendón, conjunto, está atrofiado. El resto de la pared, buena. Se abre el canal. Abierto el saco, se introduce un dedo en la cavidad peritoneal y se explora la foseta inguinal externa. Se encuentra un saco de 4 centímetros. Se diseca. Se disecan, ligan y seccionan los vasos epigástricos. El saco directo hay que disecarlo, de la fascia transversalis, que está muy engrosada y en cuya grasa subyacente corren gruesos vasos. Se hace un solo pedículo y se liga y secciona como habitualmente. Se rehace la pared por detrás del cordón á la Postempsky, con dos puntos en V. Por fuera del cordón se hace un surget de catgut en la sección del gran oblicuo. Surget en el tejido celular, puntos percutáneos. El colgajo de fascia transversalis, que quedó formado por la parte superior é interna de la base del saco, fué comprendido en la sutura de la pared como parte integrante del labio superior. Durante la operación fué necesario poner en Trendelenburg; á los pocos minutos respira mal, cianótico, el pulso se acelera. Se pone en horizontal. Hay abundante secreción brónquica.

Observación III

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 36

Trino Agudore, 67 años, español. Ingresó el 25 de Enero de 1914.

Hernia doble oblicua externa (derecha) retro-inguinal izquierda.

Observaciones.—La hernia derecha data de 36 años, siendo voluminosa, del tamaño de un huevo de avestruz; la izquierda data de 20 años.

Las dos son dolorosas, con anillos grandes, y cuyo contenido es intestino.

Operacion de la izquierda.—Anestesia clorofórmica. Se hace una incisión por el método de Bassini, se encuentra abundante paniculo adiposo, se abre el canal, se ve un grueso saco escrotal (hernia retro-inguinal). Aislado el saco, disecado hasta el pequeño oblicuo y aislado el cordón, se incinde circularmente y á unos 4 centímetros del cuello la fascia transversalis, que ha descendido conjuntamente

con el peritoneo; se cae entonces en un abundante tejido grasoso preperitoneal, con algunos lipomas más externos, que se extirpan, previamente hecha una ligadura. Recién se alcanza á ver los vasos epigástricos; separado el peritoneo del segundo saco fibroso, se liga muy bien.

Luego, con un surget de catgut, se procede á cerrar la fascia transversalis por encima del muñón sacular.

Sutura de la pared á lo Ferrari; el músculo pequeño oblicuo y el transverso son gruesos y muy grasosos.

Con un surget de catgut muy fino se afronta el abundante panículo subcutáneo. Sutura de la piel sin drenaje. Cura *per primam.*

Observación IV

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 559

Manuel Alonso, 52 años, español. Ingresó el 4 de Mayo de 1913.

Hernia doble retro-inguinal.

Observaciones. — (Estovaina, 0.08 gr.) Anestesia intra-raquídea. Al final, una hora veinticinco minutos. Cloroformo.

Lado izquierdo.—Quelotomía radical. Hernia retro inguinal, grueso lipoma y saco herniario que fué aislado y ligado en la base. No se vió la arteria epigástrica. Se hace Bassini; la arcada crural débil. Se rompe en los dos puntos internos; se colocan 4 puntos separados. A pesar del cierre de la pared posterior, la grasa prevesical sale á través de los puntos.

Sutura de la pared anterior con un surget de catgut.

Lado derecho.—Hernia igual á la anterior. Se vió la arteria epigástrica. Se hace un Bassini, 4 puntos

en el plano profundo, el gran oblicuo suturado con puntos separados de catgut; la piel con crin. Se deja un pequeño dreno de gasa en ambos lados; se toca con tintura de yodo la piel y tejido celular en el lado derecho.

Observación V

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 44

Antonio del Río, 56 años, español. Ingresó el 29 de Enero.

Hernia retro-inguinal izquierda.

Observaciones.—Hace cuatro años que tiene esa deformación. El anillo es pequeño.

Operacion.—Es un sujeto obeso, con abundante panículo adiposo; arriba del pilar interno hay una fisura por donde hace hernia la grasa retro-aponeurótica. Se diseca fácilmente un saco de base amplia; no se consigue ver los vasos epigástricos á pesar de buscarlos. Por fuera y abajo del saco, se ven grandes lipomas, uno de ellos acompañado por un ganglio; previa ligadura, se extirpan.

Se abre el saco, se reseca bien alto. Del tendón conjunto no quedan más que unas fibras horizontales muy débiles. Se abre la vaina del recto, se desgarra. Se resuelve hacer un Postempsky, con el arco

crural de un lado, gran oblicuo, oblicuo menor y transverso. Sutura de piel con crin. Puntos percutáneos con rodillo de gasa.

Observación VI

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 653

Rufino García, 42 años. Ingresó Octubre 23.

Hernia retro-inguinal derecha.

Observaciones.—Hace once años que está enfermo, relata que con motivo de un esfuerzo notó un pequeño tumorcito en su ingle derecha. Indoloro en su comienzo, aumenta de volumen haciéndose doloroso y sus micciones son frecuentes. Ingresa al Servicio y al examinarlo se nota en la raíz del pene (lado derecho) un tumorcito que aumenta al hacer toser al enfermo, que se reduce en parte y que es poco doloroso. Se puede introducir el dedo hacia el abdomen por el anillo inguinal. Las paredes son bastante resistentes.

Operación.—Cloroformo. Se hace la incisión de práctica, se encuentra el saco adherido á un lipoma pre-herniario. Se constató la hernia retro-inguinal, se desprende el lipoma y se reseca. Estando la

vejiga adherida al saco se la desprende, se reseca el saco y se reconstruye la pared á lo Bassini, dejando drenaje de gasa.

Observación VII

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 454

Francisco Sarmiento, 30 años, argentino. Ingresó Marzo 4.

Hernia retro-inguinal izquierda.

Observaciones.—Hace unos tres años tenía una pequeña «bolita» en el sitio que hoy tiene un tumor del tamaño de una nuez.

Se vé por delante del anillo externo una tumefacción hemisférica á dos centímetros de la línea media. Independiente del cordón que está á su lado infero-externo. Aumenta poco en el esfuerzo. Es coercible á través de un anillo enorme con pilares fuertes.

Operación.—Incisión Bassini. Disección del saco con cistocele por tracción. Se liga.

Hacemos punto de Barker interno. Cierre de la pared y el pequeño oblícuo al arco crural; superposición del gran oblícuo.

Observación VIII

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 320

Jose Soane, 41 años, español. Ingresó Abril 1.º de 1913.

Hernia retro-inguinal derecha.

Observaciones.—Hace tres meses que notó la enfermedad. Hoy presenta durante los esfuerzos un un tumor que apenas sale del canal, reductible, coercible, con impulsión.

Operacion.—Anestesia clorofórmica. Incisión. Se busca el saco y antes de encontrarlo el operador se desvía en un gran espacio conjuntivo que existía por delante del saco y de la vejiga en pleno espacio pre-peritoneal. Se liga alto el saco. Punto de Barker. Se abrió el canal. Sutura habitual. Drenaje. crin en la piel.

Observación IX

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 634

José Daladoide, 36 años, italiano. Ingresó Octubre 8 de 1913.

Hernia retro-inguinal izquierda. Varicocele izquierdo.

Observaciones.—Hace unos quince años que tiene la hernia. El tumor herniario es externo y superior con relación al cordón, es reductible con gorgoteo; coercible, el anillo es grande, la pared bastante débil.

Operacion.—Cloroformo. Incisión de Bassini. Aparece una hernia supero-interna con relación al cordón y que no está adherida á éste. Se abre el canal y se cortan las adherencias que unen la base del cono herniario al pubis. Se incide transversalmente en losange la fascia transversalis conservando su parte fibrosa.

Observación X

HOSPITAL RAWSON

Sala X

Manuel Hernández, 27 años, argentino.

Hernia retro-inguinal derecha. Hidrocele del lado izquierdo.

Observaciones.—Hace once meses al caer de un caballo sintió un dolor en toda su pierna derecha, dolor que aumenta con los esfuerzos. Hoy persiste

solamente éste, habiendo desaparecido el de la pierna.

Operacion.—Se procede por el método habitual. Se ven perfectamente los vasos epigástricos por fuera de la hernia. (Hubo que disecar la grasa prevesical en una gran extensión.

Observación XI

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 33

José Lentrun, 48 años, español. Ingresó el 27 de Enero de 1914.

Hernia retro-inguinal izquierda.

Observaciones.—Hace un mes y medio le apareció un bubonocéle típico, de reducción difícil, parece estar formado únicamente por grasa. Anillo pequeño y fuerte. Impulsión herniaria reducida.

Operacion.—Incisión de Bassini. Se aisla facilmente un pequeño saco herniario, rodeado por pequeños lipomas que se ligan y extirpan. Sutura de la pared á lo Ferrari. Piel con crin; sin drenaje.

Observación XII

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 638

Antonio Serracino, 48 años, italiano. Ingresó el 11 de Noviembre de 1913.

Hernia doble retro-inguinal.

Observaciones.—Hace 7 á 8 meses que nota la enfermedad. Se ven á los lados y por encima de la raíz del pene los clásicos bubonocéles, que aumentan con el esfuerzo. El dedo se va directamente al abdomen á través de un gran anillo. La pared es plácida. Reductibles, salvo una parte del lipoma.

Operacion. Lado derecho.—El anillo es enorme. Pared muy debil. Se abre el canal. El saco está si relación con el cordón. Lipoma pequeño. La fascia transversalis dividida en dos «bandeaux transversalis» el superior e interior. Se abre el saco se liga alto. Se rehace la pared á lo Medina.

Izquierda.—Igual á la anterior. Saco bicorne, el cuerno interno más pequeño. Se ligá en la base. Se rehace la pared lo mismo.

Observación XIII

HOSPITAL RAWSON

N.º 429

Cándido Suarez, 36 años, español.
Ingresó Septiembre 3 de 1913.
Hernia retro inguinal izquierda.

Observaciones.—Hace siete años que el enfermo ha notado su deformación, siéndole desde un año á esta parte dolorosa.

Operacion.—Estovaína (0,08 gr.) Nos encontramos con una hernia retro-inguinal. Se reseca el saco y lipoma. Punto de Barker.

Se cierra la pared á lo Andrews.

Observación XIV

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 325

Joaquin Carballido, 42 años, argentino.
Ingresó Octubre 13 de 1913.
Hernia retro-inguinal.

Observaciones.—Hace diez años que data la afección. Se constata pegado al cordón un tumor del

tamaño y de la forma de una avellana, reductible en masa, sin impulsión con la tos y renitente.

Operacion.—Cloroformo. Se procede como habitualmente, con punto de Barker.

Cerró «per priman».

Observación XV

HOSPITAL RAWSON

Sala X, n.º 551

Pedro Herzández. de 58 años.

Fecha de ingreso, Julio 7 de 1913.

Hernia retro-inguinal derecha. Cistocele paraperitoneal.

Observaciones.—Hace un año que tiene la hernia. Se palpa un tumor, de consistencia pastosa, que no tiene impulsión con los esfuerzos y que desciende casi hasta el testículo. La pared al nivel del anillo interno muy depresible, ahí hay impulsión. El tumor es irreductible. El enfermo es un sujeto que pasa los 100 kilos. Ha usado braguero que ha producido dos zonas de necrosis en la piel.

Operacion.—(Estovaína 0,08 gr.) Amplia incisión que llega casi hasta la raíz del pene. El anillo externo que permite el paso de dos dedos, está bastante arriba.

Se abre el canal por debajo del pilar interno, se diseca el saco lleno de grasa, fácilmente aislable en todo su contorno. El cordón por detrás y afuera. Abierto el saco, se encuentra dentro un grueso rodete de grasa con una superficie muy lisa y brillante, con manchas lechosas. El saco desaparece para confundirse con ella, en la parte antero-interna y postero externa. En el cuello se observa una disposición análoga. No es epiplón. Dentro de esa grasa se palpa un elemento cuya consistencia es la de cuero blando mojado.

Se diagnostica un lipoma para herniario, haciendo protusión dentro del saco.

MEDICA ROMA

Buenos Aires, Abril 27 de 1914

Nómbrase al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Roberto Solé, 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.

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

Buenos Aires, Mayo 15 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2791 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

30668

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Hernias inguinales y ectopias del testículo.

M. Herrera Vegas.

II

Hernias inguinales en la mujer, sus particularidades.

R. S. Gómez.

III

Hernias inguino-abdominales en la infancia.

R. Solé.