

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Tratamiento de las hernias inguinales : su estudio crítico y
ventajas de la cura radical por el procedimiento de Bassini-
Barker**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Agustín de Irigoyen Pérez-Rendón

Madrid, 2015

Tratamiento
de las
Fernias minerales:

en estudio crítico y ventajas de la cura ra-
dial por el procedimiento de Bassini-
Barkley

Memoria presentada para optar al grado de
Doctor en Medicina

por
Agustín de Trigo y Pérez = Rendón

Exmo Señor.; Señores:

Mu deber oficial ineludible al aspirar el ho-
 noroso grado de Doctor, me obliga á presentar á
 Vra señoría una memoria, en
 forma para mi difícil y enabrosa que mucho
 vez he intentado anular y que apenas au-
 nado algunos materiales eran destru-
 do por mi escasa experiencia y por la torpe-
 za de mi pluma =
 Muchos han sido los aciertos

que he pensado, pero siempre encontre en el
 alguna deficiencia que me habia desistido de
 mi proposito, hasta que en un examen y exami-
 nando los libros que mas habia observado de
 ante mi limina y esta fragmenta hospitala-
 rios, aferto como interno a la clinica de mi
 noble maestro y habil cirujano el Catedratico
 de Anatomia Topografia y Operaciones de la
 Facultad de Medicina de Cadix, Dr. Aleina, su-
 pio en mi la idea de elegir como tema el
 tratamiento de las hernias infernales y hacer
 un estudio critico de los distintos medios ter-
 apeuticos propuestos para su curacion, sen-
 tando las ventajas de la cura radical por
 el procedimiento de Bassini-Barthelemy que,

parte de ser el que más hemos empleado, es el que en la actualidad se emplea en casi todas las clínicas tanto Españolas como del Extranjero.

Iniciada mi tesis y antes de entrar en materias, no puedo por menos de manifestar que aunque conoedor de las deficiencias que integran mi trabajo, a riesgo no obstante la causa de que esta pobre Memoria será aceptada por los sabios profesores que han de juzgarla y a quienes en debido homenaje se les ofrece por la materia de que se ocupa, siempre en actualidad; que los defectos de fondo y forma que este demerado escrito adolezca serán amablemente disimulados por vuestra habitual benevolencia y que en el transcurso de mi

mal libradas papinas, no seas más men-
to que el que pueda forestale el haber dedicado
á él toda mi voluntad y mis esfuerzos todo
posibles esfuerzos sean las que los in-
habiles tenemos que disimular nuestra na-
tura incompetencia

Caroidas desde la más remota antigüedad
las herencias infernales, pero mal observadas
pero interpretadas, pues tratadas empíri-
camente casi siempre por charlatanes au-
burantes, faltos de ilustración en la ma-
teria, la mayoría de vez con resultado
empírico, frementos parados y en ocas-
ion verdaderos desastros para el enfermo

San las hernias infernales, procesos prec
 tisimos que no respetan edad, sexo, raza, ni
 nación; son transitorias siempre notables
 que restan energías al organismo, dolorosas
 ocasionales y que á veces se complican con a
 cidentes de tanta importancia y grave
 que ponen en peligro la vida de los pacie
 tes =

El conocimiento que actualmente se
 tiene de la Anatomía normal, descripti
 va y topográfica y después de la patología
 ca! contribuir en mucho á la buena in
 terpretación de este proceso, á su diagn
 tico y á que llamado el Médico. Cirujano

para paliar las molestias ó para intervenir cuando radicalmente una hernia, sea lo suficientemente ilustrado y práctico para alcanzar el resultado apetecido =

Por otra parte los nuevos procedimientos de asepsia, hemostasia y anestesia de que disponemos, hacen que una intervención que siempre ha sido mirada con respeto por los enfermos, sea en la actualidad totalmente inocente, como lo demuestra la estadística que he llevado á mi sabio maestro, Dr. Alina, durante mi permanencia como interno en el Hospital de Niños de Ormaiztegui, donde he forestado mis se-

7

vicios hasta mi licenciatura en la clínica de Operaciones =

Para mayor claridad en la exposición, clasificaré los medios terapéuticos en cuatro grupos: 1.º Terapéutica filantropía; 2.º Terapéutica paliativa; 3.º Terapéutica radical; y 4.º Terapéutica de los accidentes herimónicos =

1.º Tratamiento profiláctico = Este medio terapéutico (profilaxis) muy recomendado por los doctores Grassi y Bonini, merece ser atendido por los médicos muchísimo más de lo que la actualidad; las medidas profilácticas tienen extraordinaria importancia y

es especialmente en los forimera año de la vida donde tienen un vasto campo de acción.

El médico debe siempre en la forimera ocasión que se le presente para tratar en sea bien nacido, procurar orientarse respecto al estado en que se encuentren las llamadas puertas hernias y tener presente las distintas causas predisponentes para la producción de las hernias, pues por disposición anatómica especial, son las hernias infernales, y estas las oblienas externas, las que en un considerable número de casos surgen en un ofen con ferito. Teniendo en cuenta la posición alta del testículo en los varones en desarrollo y en parte, para descender

9

escrito hacia el septimo mes, por el conducto infernal, se comprenderá como sucede en este trayecto, por la no obliteración del pítano a nivel de su orificio interno, ser engarzado por un asa intestinal, por el ciepo por el apendice ó por cualquier otra causa abdominal y dar así lugar a la formación de una hernia conferita =

Favorecen la producción de estas hernias en la infancia, todas aquellas afecciones que producen trastornos digestivos, to, fenómenos nerviosos, convulsiones, fúto, & & y que aumentan, por tanto, la presión intra-abdominal

por conveniente si teniendo en cuenta estas
 circunstancias dirigimos nuestra atención
 a tratar prematuramente en niños con
 ferido, si prevenimos los trastornos digesti-
 vos, si suprimimos las to y sobre todo, si
 petamos la exploración de la región inguinal
 en aquellos en que existen esas causas
 determinantes, habremos conseguido evi-
 tar una hernia de la adolescencia y quizá
 de la edad adulta, dando las instruccio-
 nes convenientes a la madre o perso-
 nas encargadas de la asistencia del niño
 y aplicando un tratamiento apropiado.

do desde el momento en que notemos algo anormal en la acción.

Si todos los médicos en presencia de un niño tuvieran en cuenta estas consideraciones expuestas y repetirán metódicamente la exploración de la acción infirmitad, las lesiones en la misma serían muchísimo raras de lo que son en la actualidad y muchas otras consecuencias ya combatidas al principio.

Pero no es solo en los niños donde las medidas profilácticas tienen importancia, es también

en edades más avanzadas donde se de
 ja sentir su benéfica influencia. En
 un gran número de casos nuevos tras
 toros digestivos y numerosas molestias
 de origen céntrico, son producidas por una
 hernia en sus comienzos (Grasser) y es en
 ellas de grandísima utilidad el uso fr
 fitante de un braquero, pues para a
 enfermo al obrar de una posible com
 plianción por la salida brusca del in
 testino con ocasión de un golpe de tra
 de un esfuerzo, ó de cualquier otra ca
 sa ocasional que aumente la presi

intra-abdominal =

Por otra parte, en aquellos individuos que han padecido enfermedades que distienden y debilitan las paredes abdominales y por consiguiente las puertas herniarias, tales como los que padecen ascitis, los antiguos portadores de tumores intra-abdominales, los que experimentan embarazos X^{e} X^{e} , con otras tantas circunstancias en las que, evitando el medio el ejercicio de profesiones en las que el sujeto está obligado á hacer esfuerzos ó menos violentos, como sucede al lab

do, al mas de merceda siempre cuando
 de francos feros, a los caballistas, francos
 franco X^o, habra conseguido ejercer una
 verdadera profilaxis =

Si la hernia está ya a
 desarrollada, la constante profilaxis y
 consejo del médico, por medio de la fr
 acción de estas influencias per
 las, encontrará múltiples oportunidades
 para formular reglas profilácticas en
 caminando a prevenir lo posible y
 francos accidentes y a dar las instruccio
 nes debidas para un buen tratamiento
 to =

2.º: Tratamiento paliativo: Si se abandona una hernia a sí misma, aumenta de volumen, ensancha cada vez más su anillo y haciéndose irreversible, cumple con adherencias. Estas hernias crecientes (Relaton) y en particular las que no pueden nunca reducirse completamente, impiden al enfermo hacer cualquier esfuerzo y le colocan siempre en peligro de estrangulamiento. Además, según ha demostrado Louis Champierrière, en sujetos afectos de hernias voluminosas,

antifueras estan expuestas á un desarrollo
to agónico particular cuyo termino más
frecuente es la diabetes ó la albuminuria.
Sostenidas pues convenientemente estas
hernias por medio de un bragues, no
pasa de ser una incomodidad bastante
tolerable y en ocasiones puede provocar
una peritonitis adhesiva local que, en
los casos de hernias conperitonas, conduce
se á una curación definitiva:

Recordemos aqui que se trata
de una terapéutica paliativa, á aquella
que durante el tiempo de su acción ali-
via y previene determinados trastornos.

y accidentes debido a la hernia pero sin
 tratar la hernia misma =

Como al principio
 decíamos, las hernias conocidas por los
 médicos más antiguos, siempre han sido
 el objeto de estudio por parte de los cirujanos
 que siempre han tratado de encontrar
 medios para paliar las molestias
 inherentes a la misma: los cirujanos
 de Alejandría, proporcionan el empleo
 de sustancias aglutinantes y un
 vendaje contentivo. Durante el período
 árabe fueron aplicados de preferencia
 los medios empíricos, cataplasmas, estr

fentos, emplastos, linaduras de hierro =
 exterior é interior & &. En la
 Edad Media prevalecieron charlatanes abundantes
 tanto los dedicados á tratar las hernias
 y prevalecieron tanto los abusos que cometieron
 y los desastres que ocasionaron á los enfermos,
 que llamaron la atención de los Profesionales
 y prevalecieron castigados, muchos de ellos,
 con prisión y azotes =

El tratamiento paliativo no es el ideal de la época actual; es un recurso, en ocasiones una necesidad por las circunstancias especiales del enfermo ó de la hernia, ó para dar tiempo.

que el enfermo se decide a operarse = (Entiéndase que hablamos de la hernia en el supuesto que si tratáramos de ella en el momento de formarse de opinarse de modo distinto profesando, como profesando, el criterio es que muchas hernias infantiles se curan a las quizás mejor que con el uso de aparatos y que no deb en ser operado hasta que el niño tiene determinada edad) =

Este tratamiento comprende de dos partes: la reducción y la contención de los visceros =
 La reducción, en los casos sencillos, se hace simplemente por las fricciones pues hay

hernias que se reducen espontáneamente el enfermo se pone en decúbito supino y la reducción se hace por sí misma. En otros casos basta aplicar la mano sobre el tumor y reducir la hernia á la cavidad abdominal. Esta maniobra la ejecutan, por lo general, los mismos enfermos; pero si las reducciones ofrecen algunas dificultades, entonces se hace necesaria la intervención facultativa para que por medio de ciertas maniobras, llamadas taxis, sea reducida la hernia =

La taxis del friego "tassein", coloco es una operación manual y metódica

que se ejerce sobre un tumor herniario para reducirlo en contenido =

Para la taxis es necesario tener en cuenta algunos preceptos generales, como es colocar al enfermo en una posición tal que se relajen los músculos; dar al tumor la posición más favorable á la reducción de la hernia y por último, las fuerzas se dirijan de modo que las partes que se oponen fueran las últimas en salir del conducto herniario, sean las primeras en entrar =

Colocamos al enfermo sobre una cama ó camilla, en decúbito dorso

con la pelvis algo más elevada que el tronco
 el fémur en ligera flexión sobre el abdomen
 y los muslos en flexión y abducción. El Dr.
 Anzaguirre considera la posición en el
 sillón como la más favorable para la
 producción de las hernias y por
 tanto, que es esta la que debe preferirse en las
 hernias estranguladas o en las que haya
 dificultades para hacer la reducción.
 Efectivamente en esta posición se en-
 sambra lo más posible el orificio exter-
 no del conducto inguinal, pero tiene
 inconvenientes de que se hacen más

difíciles las maniobras de reducción por la incomodidad que experimenta el enfermo, así es que solo en casos excepcionales debe darse la preferencia á esta posición =

Puesto pues el enfermo en decúbito supino, se le recomendará que no haga ningún esfuerzo, que respire con la boca abierta y si apesar de esto las contracciones musculares fueran lo bastante energicas para constituir un obstáculo, se recurrirá á la anestesia. Y tambien debe procurarse examinar la vejiga y el recto para que así aumentará la

capacidad del abdomen y por lo tanto se
rá más fácil la reducción =

El manual operatorio para la
taxis ordinarias, ha sufrido muchas va-
riaciones. Distinguiéndose que se reduce
con el tumor con los dedos y se comprime
suavemente. Ledrán, y el primero, el
que aconsejó rodear el pedículo de la he-
mia con la mano izquierda mientras
que con la derecha se roba el resto del
tumor. J. L. Petit, Goursaud, Riccio y otros
consejaban abarcar el tumor entre las dos ma-
nos y moverlo en todo sentido y por último, co-
municarla lateralmente, dirigiendo en la

dirección del conducto por donde salió. Por
 los estos procedimientos no son más que
 niobras empíricas y preceptos teóricos; lo mi-
 mo ocurre con los procedimientos de Sabatier,
 Boyer y Velpeau, hoy totalmente abandonados.

La técnica que ordinariamente se sigue
 para la taxis, es sencilla: colocado el cir-
 jano inmediato á la región herniada, ap-
 lica su mano derecha sobre el tumor
 y con la izquierda abarca el pedículo ó
 cuello de la hernia. Al principio debe en-
 tarse algunas ligeras tracciones del tumor
 á fin de que el cuello se separe del anillo.

sostenido el cuello, como antes decimos, con
 la mano izquierda, se hacen con la
 derecha ligeras presiones en la dirección
 del eje del orificio de salida para que el
 testículo herniado se vacie por completo y
 solo entran, como dice Malpaigne, resul-
 tarán útiles las maniobras enamina-
 das á reducir la hernia =

Las presiones deben hacerse
 con los pulpejos de los dedos y procurando
 siempre que las inserciones más próximas al
 orificio de salida sean las primeras en
 entrar pues, como antes decíamos, se su-
 pone que estas presen las últimas en

salir =

El efecto de la taxis se reversee por la disminucion del volumen del tumor y por un modo especial de frotetes que induce el restablecimiento de la cir intra-intestinal =

La fuerza desarrollada para la taxis debe ser muy moderada y sin auxilio de ninguna clase; las violencias dan lugar á complicaciones (desgarros de la mucosa, desprendimientos del mesenterio, raspaduras del caso X^o) que agravar mucho el pronóstico y en ocasiones causar la muerte del enfermo =

La taxis se hará durante uno minuto, una más de diez ó quince días, como dice muy bien el Dr. Malgaigne, nada dice que continuando la taxis durante diez minutos más se lograría el resultado deseado =

Esta opinión no era antes admitida por la generalidad de los cirujanos. Arnaut y Lisfranc, aconsejaban la taxis prolongada y precoz; Lisfranc decía, que debe emplear toda la fuerza posible y continuar durante una, dos ó más horas; Arnaut decía, que cuando el cirujano se cansara puese relevado por un colega

apuntamientos. Es fácil comprender los primeros resultados de estas maniobras, sobre todo cuando la vitalidad del intestino está comprometida; por eso Arnalgaigue se declaró adversario de la taxis. Hay que hacer sin violencia y como antes hemos indicado:

Primariamente propone la persona continua valiéndose de una venda de cautchouc, dando dos ó tres vueltas alrededor del pedículo de la hernia y aplicando la venda sobre el cuerpo de la misma hasta el fondo, apretando cada una de las vueltas; con este procedimiento, que

por lo demás se emplea algunas veces en el
tratamiento del atasco, se obtienen efectos
análogos á la taxis forzada. Lo mismo
puede decirse del proceder de Lamelo
que; propicia este cirujano comprimir
con sus dedos de los peroligeros, pero tiene
el grave inconveniente de que así resulta
la taxis muy irregular =

Stembel y Heller, han tratado
cielos sobre el pedículo hasta haber sa-
lido una cantidad considerable de in-
testino, lo que tiene el gravísimo in-
veniente de que si se han formado y
adherencias, se desgarse el intestino =

promoviendo así al enfermo a su eruir a' ex-
 remos de una infección peritoneal ge-
 neralizada =

Por último, no es menos peligroso
 proceder en Delatan, Gosselin y Lennart,
 aumentaban pronunciando el asa herniada pa-
 ra disminuir su tensión y traer así mal
 fácil la taxis; con este procedimiento se
 comprende, los accidentes infectivos afortunados tan
 terribles que obtuvieron

Una vez reducida la hernia
 convenientemente, según el método or-
 dinario que antes indicábamos, hay que
 explorar la región, para ver si el anillo
 está libre y si el saco ha quedado dentro.

lo que se afirma por la facilidad con que se deslivan las paredes del conducto, una vez que hemos comprobado esto, se procede a la contención =

Esta contención puede haberse provisoriamente con una almohadilla de algodón, sostenida con una cinta de iugle; pero para que la contención firme se hace necesario la aplicación de un braquero que en ocasiones, como luego veremos, puede conducir a la curación.

Los braqueros son aparatos constructivos antiquísimos. En tiempos de Celso ya se conocían, aunque su construcción

era defectuosa por falta de elementos y resultaban, como se comprende, más bien perjudiciales. En el siglo XV, se hacían con pelotas formadas de corcho, madera ó cuero las envolturas, cubiertas con una chapa de hierro, se sujetaban con cordeles ó correas para hacer la compresión; resultaron ineficaces, tanto que se recomendaba la aplicación, al mismo tiempo, de emplastro adhesivo y astringente como medio enervante:

Se utilizaron, también al principio, las pelotas de hilas cubiertas de cuero ó enero y se sujetaban con un re-

dase errando. Godania aplicaron estos remedios a los erranderos, que tanto abundan en nuestra región practicando lo que llaman ligar la quebradilla, con lo consiguieron únicamente disminuir la entumecimiento de la región y exponer al enfermo a nuevos accidentes, entre otros, a la estrangulación, como hemos tenido ocasión de comprobar en un buen número de casos =

Goceño fué el primero que, en 1306, empleó el hierro en la construcción de los bragues. Más adelante Fabricio de Hilblen profuso el cinturón rip

do. El aereo fué utilizado, en 1663, por
 colas de quin; pero el progreso más esen-
 cial que se ha logrado en su confección
 debe atribuirse al médico holandés Cas-
 per, quien introdujo, en 1785, el empleo
 en resorte elastico; su invento fué pronto
 especialmente en Francia, de universon
 empleo rasón por la que aún es bastante
 general calificar como francés á este
 fuero de resorte. En 1761, Oliphant ideó
 el braquero doble =

El llamado braquero inglés e
 fetotas articuladas, fué inventado por
 Salviou, siendo muy diversos los mode

los que luego se han presentado aunque todo tienen el mismo fundamento que el primitivo del autor =

Pueden pues emplearse para sostener una hernia inguinal, dos clases de braqueros: el llamado modelo francés y el inglés =

En todo braquero hay que distinguir cuatro partes esenciales: primero, el muelle ó resorte que hace de prensa constante; segundo, la fetola que se aplica sobre el orificio de salida para reducir la hernia; tercero, la correa de unión del muelle con la fetola, y la

museras ó correas de sosten; y enanto, y
 fuarriencias =

El resorte ó muelle del braquero
 parafís, es una lamina de acero de uno
 dos milímetros de grosor que aplicada se
 rodea las tres cuartas partes del cuerpo, en
 rodea sobre sí misma y en sus bordes es
 como si fuera una costilla = El resorte inf
 del Salmón, forma una elipse y se adaj
 ta al tronco en el lado opuesto a' la he
 anis; de tal manera, que en una her
 mia infernal derecha, pasa por en
 una del pubis, rodea el lado izquier
 y se une en la región dorsal con una

pelota que constituye el punto de apoyo en
 tanto de este modelo =

La pelota, medio de contención e
 más antiguo, se ha hecho de multitud
 de substancias; lienzos y partes blandas
 madera y chapa de hierro; pelotas de l
 na ó cuero, cubiertas con cuero fino ó fana
 ra. Ya en época más reciente, se ha in
 tentado darle cierta elasticidad intro
 ciendo en la misma un muelle en esp
 ral ó llevándolas de agua, aire ó flicerina
 modelo de esta última clase es el de
 Loewy cuya pelota, llena de flicerina
 puede ponerse en mayor ó menor ten
 sión por medio de un resorte especial y

que impide el líquido traspasar la superficie
externa de la fetota =

Esta fetota ó escudete, se fija mediante
dos tornillos al extremo del muelle; el
tornillo más externo permite variar la
presión de la fetota que fija sobre una
muesca que hay en el resorte =

La forma de la fetota es sumamente
variable: elíptica, triangular ó escudo-
da según convenga á la hernia, pero las
dimensiones deben, en todo caso, ser su-
periores, en todo sentido al diámetro de
orificio externo del conducto herniario.
Por la cara de presión, pueden

planas ó más ó menos convexas para que se adaptasen y comprimiran perfectamente aunque con el tiempo y el uso se endurecen y deformadas, se adaptan mal:

En el braquero francés la petate une al extremo anterior del resorte mediante dos tornillos, como hemos dicho más arriba, y el extremo posterior mediante correa, proveyendo de la franquicia, á unirse á un botón existente en la clípea de la petate:

En el caso de una hernia de sostener y á fin de evitar que el borse desprendida hacia afuera, puede proveerse el resorte hasta el nivel de la ey,

una iliuma anterior superior del lado opuesto á la hernia y hasta un poco por dentro de dicha espina; este es el llamado resorte de Camper; en este caso se comprende que la correa de fijación ha de ser muy corta:

En el braguer inglés, cada extremo del resorte se une á una pelota; la pelota anterior contiene á la hernia y el resorte cubre la semi-circunferencia del cuerpo en el lado opuesto, por eso se llama braguer inglés á lado opuesto. Este braguer no tiene la tendencia que hemos señalado para el desprenderse hacia afuera, de mantenerse sin correa de fijación es imposible en el francés. Su fijera es de

bida á que el resorte abarca más de la se-
circunferencia del cuerpo y á que la pelota
portemos cae siempre en la depresión sacra.

Afirmar la pifera del braguero al-
redor del cuerpo, no es lo bastante; los mi-
crujidos de flexión del muslo tienden
á hacerlo subir sobre todo en aquellos in-
dividuos delgados, que no pueden oponerle
la elevación del vientre, como sucede en
los obesos. Para evitar esto hay que añadir
le unas correas, llamadas musleras, que
se fijan por una parte á la pelota ó á
cinturón y por la otra al resorte á nivel de la
axila del trocánter, pasando por debajo

has malgas =

El braquero inflé lo tiene generalmente
 musleras, pero si notamos que se sube, no
 hay ningún inconveniente en añadirse
 las, sobre todo en las hernias escrotales; e
 este caso y a fin de dar más fuerza al aparata
 to, puede fortalecerse el resorte algo más
 incluso terminarlo con correa de fijación
 como en el modelo francés =

La fijación es lo mismo en un
 que en otro modelo, suele ser de cuero p
 ó farsa por ser más suave y tiene por
 feto evitar las escoriaciones y molestias.
 proclina el contacto directo del mué
 con la piel á más de excluirse y det

44

riorarse por el uso =

Quando existe la hernia en ambos lados entonces se emplean los braqueros dobles siempre conservando el modelo de unipiel si el franés los dos resortes se remen en la parte posterior mediante una correa y si el flís que es el que en tales casos se prefieren, los dos resortes se remen en una misma parte que vá á fijarse en la región sacro-lumbar.

El braquero infernal para mujer difiere ligeramente del braquero infernal para hombre. A causa de la forma de pelvis, el orificio del cordón infernal un poco más hacia afuera y algo más bajo en relación á la cresta ilíaca; el o

este debe ser por consiguiente más corto que el del hombre. El esmalte ó plana de la pelota estará un poco más inclinado hacia el cuello (extremidad anterior del) de manera que se avergue hacia el sur y al ser á causa de estas diferencias, quizás la dificultad de abarcar con el resorte el centro anillo de la pelis de la mujer es ventajoso alargar el resorte hasta dos las dimensiones de once doce y cinco partes del centro del cuerpo (Linas Ch première)

A mediados del siglo pasado se citaron numerosas discusiones sobre las ventajas del braquero francés ó en

fls'. En nuestra opinión el braquero en fls', a más de ser más elegante, tiene la ventaja de aliviar el cinturón de cuerpo y las musleras que siempre resultan molestos; por lo demás en cualquier modelo no puede ser bueno con tal que no se mueva que se adapte bien y realice una buena contención =

Todo buen braquero es preciso que no moleste nada al enfermo en la actitud de reposo; pero debe mantener bien reducida la hernia en los distintos movimientos del cuerpo, en el acto de ponerse rápidamente de pie, al subir una escalera, en los esfuerzos en

tensos y en los otros de la tra y el estromado.
 Esto se consigue con cualquier modelo
 con tal que esté bien perfeccionado, por
 merced al resorte elástico, la pelota está
 inmovil sobre el constructo hermiado =

La elección del braquero debe
 ser el medio que conoce la esfera,
 hermas y las circunstancias individuales
 del del paciente. Debe ante todo tenerse f
 presente, la fuerza del resorte; los de adultos
 deben tener de 1200 á 1800 francos; los de
 adolescentes de 1000 á 1200 ó 1500 francos y
 los destinados á niños de 500 á 1000 fran
 apreciados con un dinamómetro. No
 debe olvidarse que pasados algún tiempo,

es necesario reparar el aparato pues la fuerza del resorte disminuye con el uso:

La fetola, como antes decimos, forta es que sobrepase en todo sentido el tamaño del orificio y que por su forma, ya sea plana ó convexa se adapte perfectamente. Las fetolas cuya cara de aplicación, son en extremo perjudiciales, distienden el orificio de salida y debilitan más la acción. En contra de esto que por lo demás es la de la mayoría de cirujanos, dice el braqueroista Genif, de Halle, que por medio de una fetola que el llama de redete arde el globo y que penetra á modo de dedo en el

Jareta herniaria, jamás ha determinado
 de una cicatriz en el anillo sino que
 en muchos casos ha obtenido una me-
 jora notable, y que esta mejora ha sido
 tan esencial, en determinadas ocasiones,
 que se ha hecho superfluo el empleo del
 rodete =

Al elegir el braguero hay que tener
 en cuenta las circunstancias de edad,
 sexo y profesión del paciente. Así en el
 niño conviene que la franquicia sea
 impermeable mediante una cubierta
 de caoutchouc, de mull de para pre-
 sa, que se ataste bien, evitando así los
 ef y ulceraciones de la piel. Es conb

niente tener siempre dispuestos los braqueros, con objeto de hacer cada vez la limpieza exemplarosa de uno de ellos. Si se viera el forriente, se puede en un año curar definitivamente una hernia. En la mujer debe el braquero, á más de las variaciones que antes hemos indicado, tener en cuenta el cinturón y medio auxiliares para poderlo fijar al corsé. Por último, para los hombres y sobre todo para aquellos en profesión les exige antes de pensarse en elegir un braquero de potencia máxima =

El braquero para que resulte firme debe ser aplicado directamente sobre la pi

desnuda. Algunos enfermos hacen pocas
 tentativas para aplicárselo sobre la car-
 ra, pero esto debe desaconsejarse, puesto que
 con suma frecuencia tiene lugar la
 lesión del braquero y por consiguiente
 la no adaptación al orificio herniario,
 lo en un considerable número de casos
 lugar á accidentes de mucha importa-
 ción. Si al principio resultara insopor-
 table y molesto, todo lo que puede hacerse
 es colocar un trozo de fasa en los puntos
 en que la presión es mayor hasta que
 enlucida la piel, pueda soportarse
 sin molestia =

Debe recomendarse mucho, en

cráblemente en verano, los lavados de la
 hernia practicados con regularidad á
 de evitar el estancamiento de las secre-
 ciones de la piel y las escoriaciones y ul-
 ceraciones que de ello resultarían; pe-
 además, puede tambien darse resist-
 encias á la piel, mediante lavados con t-
 quido astringente, como el alumbre, e-
 ácido tartárico ó el alcohol fuerte =

Durante la noche, si la hernia
 se mantiene reducida, podrá suprimir-
 se el empleo del braquero ó bien ser
 reemplazado por otro de resorte más débil.
 Sin embargo, en esto no puede estable-
 cerse un criterio general; al principio

es siempre más aconsejable hacer llevar
bragueros durante la noche, sobre todo
en aquellos, bronquíticos crónicos, que
con frecuencia ó a veces otros trastornos
obligan al paciente al esfuerzo de la
voz al dormir, resulta perjudicisimo
frustrarlo por la facilidad con que puede
presentarse una estrangulación =

Con el uso continuo de un
braguero, se contiene y á veces cura radicalmente una hernia; tal ocurre en
primera edad, que como sabemos, to-
pamente son las hernias inguinales
conferidas =
Las personas acomodadas

se alimentan bien y pueden usar los
bragüeros, lofran en ocasiones ser curados
sus hernias. No ocurre lo mismo con
pobres, los obreros, siempre haciendo fuerza
esfuerzos, con anillos dilatados, cataratas
y que usen bragüeros de mala es-
pecie; estos empeorarán con ellos y sinden
en mayor tributo á la estrangulación =

La curación con un bragüero
más de ser excepcional, exige mucho tie-
po más el preciso, que, cubriendo el conducto, a-
tenua la presión por un proceso de hiper-
plasia cosa que, con el uso del aparato, es
el fácil obtener. Lo único que se consigue y
normalmente, como decíamos al fin

es poner al enfermo al abrigo de cualquier
 enfermedad y dar tiempo á que se decida á ope-
 rarse que, digámoslo de paso, es el ideal
 de la época actual =

Esto es cuanto creemos que puede he-
 cerse en braquero, aún cuando diariamente
 se ven pequeños anuncios de nuevas
 llozas inventadas con nuevo aparato, y
 en ocasiones más que medidas terapéuticas
 son solo para enfamar á los cándidos
 clientes que se presentan. En la época
 y dando los medios de que disponemos, es la
 operación cruenta la necesaria y sepa-
 ra, aún cuando el industrial braquero
 Sr. Benfreso en un libro publicado

en 1907 dice, que con su braquero se obtiene infaliblemente la curación de las hernias en todas las edades en 80 por ciento de los casos y califica la operación de innecesaria y de lujo =

3º Tratamiento radical: la curación radical de las hernias inguinales por medio de una operación eminentes, es el ideal de los cirujanos actuales. Sin embargo en todos los tiempos se han pretendido alcanzar estos resultados, si bien es verdad que los medios y procedimientos empleados fueron defectuosos. Ya en el tiempo de Celso se practicaba la extirpación del saco; lo que le significó un fracaso, pero más radical, la castración mediante el uso de la castración y muy combatido por

palmente por Heister. En 1833, Vonel resectó
la antefra interna y desde entonces por
son los cirujanos que han dejado de propo-
ner una modificación operatoria =

Entre la multitud de medios empí-
ricos que con objeto de obtener la cura radica-
l se han propuestos, solo haremos me-
ción de los que tienen algún carácter quí-
mico. La cauterización, como antes de-
mos, es medio absurdo e irracional, au-
tematizado ya desde el tiempo de
Pareo y que sin embargo, ha sido practica-
da después por algunos cirujanos. La he-
ctica del seno, el cordón y los vasos espí-
matos con un alambre de ~~br~~, conocida es

el frecuente membrado de punto dorado, produce
 se la mortificación y atrofia del testículo y en
 uno dice muy bien el dr. Victor Paulets, debe
 ser muy conservador y no privar á
 individuos, sin absoluta necesidad de
 un órgano tan importante como es el
 testículo. La cintura real, así llamada
 la ligadura del corno pero respetando el
 dón y los vasos, es operación expuesta a au-
 mentos y difícil de realizar; no porque no dete-
 mine la obliteración del corno, sino porque
 no pasa del anillo externo y por
 es incompleta; sin embargo puede,
 en algunos, obtenerse la curación,
 cuando el corno por encima del punto en

que se verificó la construcción. La introducción del estímulo en el anillo, es procedimiento desfavorable =

La contención, ora con los cañales, ora con el termo. cauterio debe reducirse como feliforme, pues siendo acción ilimitada destruye tejidos y órganos exponiendo así al enfermo á una inflamación abundante y persistente, conduciendo así á debilitar más la región =

Más adelante se propuso la inflamación por Bannet, de Lyon, el cual atravesó el canal, después de reducir la hernia, por tres alfileres uno encima de otro y á distancia próximamente.

un centimetro; el primer alfiler atraviesa el
 caso por delante del cordón, el segundo por
 el este y el tercero, se coloca en medio de los dos
 anteriores; comprime el caso, una contra
 otra sus paredes, mediante trozos de costura
 elos fijados a los alfileres. Con este procedimiento
 han obtenido, los que lo han empleado, una
 número de fatales consecuencias por lo que
 no debe emplearse. Y aunque dá resultado
 poro con la inflamación por medio de un
 sedal, como aconsejaba Moseley =

Más adelante se propuso para
 ro con la inflamación, la inyección con
 líquido irritante que, al decir de los que
 lo emplearon, cause de pelifro. Velpear

produjo una inflamación intrabur
 valiendo de inyecciones de tintura de yodo
 por analogía con el tratamiento del hidrocele.
 Con el mismo objeto, Linton en 1875, inyecta-
 ba X gotas de una solución acuosa saturada
 de cloruro de sodio en diferentes puntos
 alrededor del cuello de la hernia. Schwann
 en 1876, después de reducida la hernia y to-
 pado con el índice izquierdo el anillo, in-
 yectaba, mediante una jeringa de Pravaz,
 un centímetro cúbico de alcohol de 70 ó 90
 grados junto á los pilares del anillo externo
 y en dos ó tres puntos distintos; repetía es-
 ta operación durante dos ó tres sema-
 nas, cada día ó en días alternos, debien-

el enfermo permanecer en cama durante este tiempo. Este método, que ha sido ensayado por muchos cirujanos, tiene el inconveniente de producir presto dolor y abceso en respuesta á la inyección que, superando, contribuyen á debilitar más la pierna herida por esta circunstancia no es empleado por ningún cirujano.

Otro procedimiento muy semejante y que se practica en menos tiempo, es el propuesto por Lannelongue en 1896 y conocido con el nombre de método esclerófero. Este autor hace una serie de inyecciones en una solución de cloruro de zinc al 10 por 100, inyectando X gotas en distintos puntos

alrededor del anillo y conduciéndolas lo más profundamente posible; previamente la hernia y tapa el anillo y aíslalo el corazón el oleo. Las inyecciones las hacemos en una sesión y bajo anestesia general; dice su autor que, salvo en casos de aumento de temperatura, no ha observado ninguna complicación y cita una estadística de 44 casos tratados de los cuales 41 alcanzó un éxito satisfactorio. Nosotros con nuestros casos de experiencia del método para hacer su crítica, pero creemos que algunas variaciones alcanzadas no son suficientes para preferir este procedimiento a la operación radical tal como hoy se practica.

Las operaciones directas, freira hernia
 hernia, son antiguas pero modernizadas
 los actuales medios de asepsia, hemostasia
 y anestesia =

Antes de entrar en los distintos me-
 dios directos para la curación radical
 las hernias inguinales, se recorda que
 llama cura radical, á la operación que
 hace desaparecer la hernia y cierra el or-
 ificio de salida reforzando la región á fin
 evitar las recidivas. El primero que realizó
 es esta intervención fué Sefus, en 1883, lo
 do á vencer el caso mediante su tesis "Cura
 radical de una hernia inguinal" =

El problema de la cura radical

el hombre lucha con el inconveniente de tener que dar paso para el coito espermático y sus elementos, sin alterarlo y sin que este espasmo sea causa de resistencias. No ocurre lo mismo en la mujer, la uretra vaginal está siempre inclinada y resulta también de mayor facilidad y comodidad; el coito espermático está acostumbrado por el movimiento natural que no hay, porqué no limitaremos pues, á la operación vaginal en el sexo masculino, puesto que en la mujer, como acabamos de ver, es siempre más sencilla =

Suponiendo la idea de alfiler circunferencial, y arreglados entre ellos, de aplicación

tapones mecánicos en el orificio de salida de
 la hernia, tras oífen en 1880, el procedimiento
de invaginación de Serdy. Este autor, una
 vez reducida la hernia y después de invaginar
 con el dedo la piel de la región infrinaal e
 introducir en el conducto a la mayor profun-
 didad posible, diseña una aguja de mango
 entrehurada con un cordónete fuerte hasta
 fondo de como así formarlo y la hace salir
 por delante; cogido uno de los cabos del hilo,
 tira la aguja, que sigue entrehurada en el otro
 cabo, para introducir la de nuevo en el
 mismo conducto y hacerla salir a corta distan-
 cia del punto anterior; cogido este hilo, se au-
 da con el otro sobre un tubo de goma. Al

principio, en las operaciones que se hacía Gerdy con su procedimiento, inflamaba el exterior del fondo de saco por el amoniac pero anunció más adelante a ello; se limitaba a establecer adherencias de las partes prestas contacto sostenidas con una presión metódica dice el autor, que el mecanismo por el cual verifica la curación, no es por una obliteración mecánica por lo que la piel invaginada tiene las vísceras, sino por un fenómeno inflamación retractiva del conducto =

Basado en la idea de Gerdy, modificando los procedimientos de Valette, Wurtze y Robinson que muy pronto cayeron en desuso por ir seguidos de curativas por un

y algunos casos de muerte =

Un procedimiento análogo y que me
queremos de par de mencionar, es el del Dr. Efe
de Madrid (Sifto médico 1874). Este autor em-
plea el siguiente instrumental: unas a-
fupa de marfil ligeramente curvada y
en su base cerca de la punta; un dedo al medio
es cilindrico, con un orificio en el centro de
fondo; dos botones de madera cuyo diámetro
no sea mayor que el del dedal (uno de e-
con un orificio y el otro con dos); finalmente
un trocito de madera torneado, con un
estructura hacia la mitad. Introduce
la aguja con un hilo doble y fuerte, se pa-
sa el cabo doble por el orificio del dedal y

el botón de un agujero, fijándolo con la sutura
 tilla de manera. Puesto el paciente en
 cubito supino, en flexión los brazos,
 el operador la hernia é invagina con el
 dedo izquierdo la piel de escroto; cuando el
 dedo llega á ponerse en contacto con la
 red anterior del conducto inguinal, con
 mano derecha se pasa la aguja de ma-
 fo, ya preparada, á lo largo de la cara pe-
 nor del dedo invaginado y una cer-
 da al punto atravesado los tejidos de dentro
 fuera; toma entonces el cabo del hilo, se se-
 tira la aguja y tirando de aquel, el dedo
 constituye al dedo y pasando los dos extre-
 mos del hilo por el botón biperforado, se anuda

fuertemente. Aplicado en vendaje continti-
no y dejando en reposo al paciente, puede qui-
tarse el vendaje á los 10 ó 12 dias, para lo cual
basta cortar el vendaje que lo sujetas. El
Dr. Egea aconsejaba que después de cicatri-
zados los tejidos involucrados, se continuara
durante algún tiempo la compresión por me-
dio de una espira de injli. Este procedi-
miento, al igual que sus similares, esta
hoy totalmente abandonado no solo por no
resistir á la crítica sino por ser mejores y
más completos, los resultados obtenidos con
la operación directa =

Los ensayos de oclusión directa
la prueba herniaria por sutura según

la técnica moderna, empezaron con Douleb en
 América y John Wood en Inglaterra hacia el
 año de 1858; el primero mediante una sutu-
 ra subcutánea, con hilo de plata, construye
 los pilares del anillo inguinal externo; el se-
 gundo practica una incisión hasta poner
 al descubierto el orificio anillo, reduce la he-
 rnia y sutura los pilares, juntos con el cuello
 del saco herniario, con el cordónete meta-
 lico.

Muchos han sido los cirujanos que han
 propuesto distintos métodos, a partir de 1874.
 en que Ricardo Steele, de Londres, practica la
 cura radical de una hernia poniendo en
 practica los medios conocidos de asepsia y aut

sepsis = Czerny en 1877, Kiister en 1878 y d. Chau-
 ffernière en 1881, dieron á conocer sus proceder-
 mientos que si bien en muchos de sus autores,
 al decir de sus estadísticas, daban satisfactorios
 resultados, no media lo mismo en muchos
 otros cirujanos, no obstante haberse empleado
 el mismo en aquella época, sobre todo el
 Czerny. =

Este autor después de descubrir y lib-
 el sans hemisario, fractura en ligadura lo
 más alto posible y reduce á la cavidad a-
 derivatal el intestino resultante; inmedia-
 tamente después, hace la sutura del a-
 nillo anterior ó externo del conducto intes-
 tinal, separando previamente sus bo-

del para facilitar su coaptación ulterior. Kiister se aparta algo del método anterior y fractura la sutura de toda la pared del duto por puntos entrecruzados alrededor de cada espermático, evitando así, que el fondo de saco resultante con el método anterior, sea causa de rendijas. Por último, de cas Champagnière, secciona por completo toda la pared anterior del conducto infero-anal para buscar el anillo de saco hemisférico y poder hacer en longitud lo más alto posible, a nivel del anillo posterior o interno a partir de este anillo fractura la sutura todo el conducto, previniendo así contra las rendijas =

Todos estos procedimientos tan empleados en su
 época, sobre todo el de Cenny, están hoy total-
 mente abandonados más aun procedimi-
 eno empleado y que no producen curaciones
 permanentes, tanto que la mayoría de
 enfermos empezó a dudar de la posibil-
 dad de curar radicalmente las hernias
 inguinales, porque las estadísticas daban
 una proporción de curación ó. cincuen-
 ta por ciento de curas. El entusiasmo
 empezaba más a dudar, cuando en 1889 y
 1890 respectivamente, publicaron sus pro-
 cedimientos Halsted y Bassini cuya tec-
 nica es la misma, (salvo ligeras modifi-
 caciones, si bien los resultados son com-

pletamente distintos =

Habíase hecho la trasplanteación
 cordón espermático colocándolo entre la
 piel y la aponeurosis superficial; á más
 práctica la resección de una ó dos nervos
 cordón y secciona el músculo obliquo in-
 ternos antes de suturarlo al ligamento de
 panto. Por este procedimiento, que por lo
 no es empleado por algunos cirujanos, se obtie-
 nen sensaciones prementisimas pues la sección
 del músculo obliquo interno, á más de ser
 necesario contribuye en mucho á debi-
 tar la región; por otra parte, la implanta-
 ción del cordón espermático inmediata-
 mente debajo de la piel, exponiéndolo así

á frentes traumáticos y la resección de algunos de las ramas del cordón, nos conducen casi necesariamente, á una atrofia del testículo que debemos á toda costa evitar, pues no estamos autorizados, sin absoluta necesidad, á privar á un individuo de un órgano de tan extraordinaria importancia =

El método de Bassini tiene por fundamento, la restauración del conducto epididymario desaparecido en las hernias antiguas y trasplante del cordón espermático =

La técnica del método es la siguiente después de rasurada y perfectamente anestesiada la región, se hace una incisión que partiendo del lado interno de la espina ilíaca

ca anterior superior, paralela al difameto de
 Pampante, va a terminar a nivel del anillo in-
 fernal externo; esta incisión comprende
 todo el tejido hasta la aponeurosis del mus-
 culo oblicuo externo. Esta incisión que, según
 un autor alemán, es la demostración po-
 sible de los conocimientos y condiciones que
 surgen del operado, requiere, para la in-
 formación en la intervención, estar colo-
 da en un determinado sitio =

Como quiera que los principios
 principalmente, se desvanecen algo al trazar la
 línea oblicua del determinado sitio a donde
 esta corresponde, utilizamos el siguiente
 procedimiento que cumple dos indicaciones
 muy precisas y útiles: una, proteger el ca-

po operatorio no depende más que el ser
 las para la intersección; otra, promueve en
 anula del cual su bisectriz es la línea
 de diéresis. Se fractura del suficiente modo
 una servilleta doblada en su mayor longitud
 que se apoya por uno de sus extremos en la
 espina ilíaca anterior superior y una punta
 del trayecto de dicho doble se sujeta en el
 punto de confluencia del esvato con el plie
 que de la ingle; otra servilleta avanza desde
 el mismo punto superior que la anterior
 hasta la raíz del pene (cordón interno); una
 tercera une los dos puntos inferiores; los pun
 tos de unión de estas tres servilletas se
 sujetan mediante pinzas de Kirrminson

ó Doyen. De este modo el campo queda perfectamente circunscrito y la bisectriz del fula superior es la línea indivisible de división, dando que los bordes de estas dos servilletas simulan, sin duda alguna, los pilos del, externos e internos, del anillo inferior.

Para el descubrimiento, mediante incisión, la aponeurosis del obliquo mayor se introduce bajo ella una sonda manual y sobre la cual se incinde con el bisturí. Se diseca la cara posterior de esta aponeurosis por dentro y por fuera y mediante disección manual, ponemos á la vista el tejido que constituye el seno. Inmediatamente por detrás de este se encuentra el cordón

espermáticos y sus elementos los cuales hay que separar y que están íntimamente unidos al saco por una tenue aponeurosis, que no es más que la fascia infundibuliforme que les forma una envoltura común. Copio el saco con unas pinzas se procede a separarlo del cordón y sus elementos lo que se consigue con facilidad mediante los dedos pulgar e índice de la mano derecha ayudando con una compresa faja; esta operación resulta fácil y el cordón queda libre sin peligro. En este momento abre el saco para ver si está vacío y cuando contrario resultar en contenido; hecho esto se diseca perfectamente hasta más allá del cuello ó hasta donde el saco se abre

en la gran cavidad peritoneal. Se procede
enseguida a ligar el caso lo más alto posible
con catgut, haciendo una sutura de los lla-
mados en bolsa de tabaco; se corta por delan-
te de la sutura y queda el muñon en con-
dicionel de ser reducido =

En vez de reducir el muñon, como
hace Bassini, nos apartamos algo de su método
y adoptamos la modificación de Barker, que
consiste en hacer pasar los hilos que anudan
el cuello del caso, a través de la pared abdo-
minal de dentro hacia afuera (mediante
una aguja de Ney fijada por el dedo índice
dentro en el anillo), anudando los hilos en
la aponeurosis del obliquo mayor. Precede

así el número del caso junto a la pared abdominal y lo suficientemente elevado para evitar que puesto en contacto con el hueso ducto sea, como dice Grassier, una especie camina para las vísceras que empujan. Una vez reducido el número del caso, se levanta el cordón valiendo de una compresión de faja y se procede a la sutura de los pilares del anillo, con catgut bastante resistente entebreado con aguja curva de Hagedorn haciendo los puntos necesarios hasta cerrar completamente el orificio externo del conducto, de fondo, como el natural, espacioso suficiente para el paso del cordón. Hecho esto se cierra la aponeurosis por medio de

una sutura continua, con calfit fino, dejando el cordón espermático debajo de esta capa a penetrativa. Se procede enseñando a suturar la piel por punto entrecortado de enis de Bassini, o lo que es mejor y el lo que emplean casi siempre, por medio de farros-finos.

En conformidad con el procedimiento de Bassini, describe Feodor Kocher en su obra de operaciones un procedimiento que en su parte esencial concuerda con el de L.

y que, como el de este último, se emplea muy poco por la premencia de las reindias. Más recientemente, el mismo Kocher, ha ideado otro procedimiento que llama de dislocación lateral del saco herniario; mediante una incisión entanea, paralela al ligamento de P.

post, pone al descubierto la aponeurosis del
 musculo obliquo externo y hecho esto aisla por
 flecto el ramo hemisario; por arriba después una
 incisión sobre la aponeurosis del obliquo in-
 terno, algo por fuera del punto donde correspon-
 de el anillo inguinal interno; por esta abertu-
 ra intro ducé una pizarra larga y curva que
 pasando por debajo de la pared anterior del
 conducto (facias del obliquo externo y musculo
 obliquo externo) y por delante del cordón espe-
 rmatico, vá á salir por el anillo anterior ó ex-
 terno; coge con la pizarra el fondo del canal
 y a aislado y tirandolo hacia atrás, lo hace
 salir por la abertura donde penetró la pizarra
 luego ser terminado esto se sutura el canal

a' los bordes de la abertura hecha en la aponeu-
 rosis del oblicuo, cuidando de dar algún punto
 más profundo para mayor fijera; se
 la operación cortando el caso al ras y poniendo
 los puntos de sutura análogos a' el método de
 Champsonnière (sutura del anillo externo).
 Nuestros conocimientos de la experiencia sufi-
 del método para hacer en cirugía, pues solo
 hemos visto emplear una vez; lo que si no
 tenemos á asegurar que sus indicaciones son
 muy limitadas que las del método
 todo de Bassini pues, aparte de que este último
 no es aplicable á todos los casos, el de
 no puede usarse más que en las hernias
 crónicas; tampoco puede usarse en aquellas

más voluminosas y antiguas en las cuales la pared posterior del conducto ha desaparecido y finalmente, nada nos garantiza la reproducción y algunos casos eliminados como los nos indican que las reintivas son bastante frecuentes =

Finalmente, en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en 1903, presidió el Dr. Otis de la Torre en medio de un caso de luxación del conducto infernal, en aquellos casos de gran laxitud de la pared anterior del conducto; para ello toma un pliegue de la aponeurosis del obliquo mayor, el cual sujeta entre sus dedos, quedando por consiguiente disminuido el calibre del conducto = Limpieza del

la idea de este sabio Cirujano Español y como su continuación es el llamado por el Dr. L. Borel, procedimiento Argentino y descubierto en 1911 por la "Revista del Cirujano Argentino" = El primer tiempo de dicho procedimiento consiste en la incisión, disección exploratoria y extirpación del seno, del mismo modo que en el procedimiento de Bassi el segundo tiempo, que es el esencial del método consiste en el plegamiento de la pared adyacente; se comienza por la parte más alta del canal infernal poniendo puntos en V ó en U que afronten el arco de Ponsart a el plano mucoso. aponeurotico espeso y resistente colocado por dentro del canal

queda así húmedo hacia adentro todo el espacio comprendido por el puente de hilo y que no otro que la pared anterior del conducto =

Estos dos procedimientos reducen, doblemente, el calibre del conducto inferior pero con tanto sus inconvenientes que creer se emplean muy poco = Ambos procedimientos confían en el pliegamiento de la pared anterior del conducto para evitar las reindivisiones y esto á nuestro juicio es muy aventurado, por el tejido que forma la pared anterior del conducto, como fibroso que es, tiene poca elasticidad e impedirá, seguramente, la formación de una cicatriz firme y resistente; por otra parte ambos procedimientos suponen la in-

fridones del conducto infernal y este, con
 raberos, desaparecerá completamente en
 hernias antiguas y voluminosas, quedando
 solamente en ahillo, por consiguiente ni
 son aplicables á todos los casos y unicamente
 podría recurrirse á ellos en hernias peque-
 ñas y muy recientes =

El Carbo se desprende de todo lo anterior
 mente expuesto, ninguno de los procedi-
 mientos es aplicable á todos los casos, más
 el de Bassini; mediante este se restituye
 más el conducto infernal, dejando
 suficiente para el paso del cordón, en aque-
 llas hernias en que el conducto había
 desaparecido; no previene contra las ser-

90
vas y finalmente, traumatizando lo men-
sible la refiéndose facilitando de este modo
cicatrización ulterior por primera intención.

Por otra parte la incontestable supe-
rioridad del método de Bassini sobre los
demás procedimientos, se demuestra por
en la actualidad el método de elección en
casi todas las clínicas españolas = tal o cu-
tambien en las clínicas extranjeras según
me ha manifestado mi maestro el Dr.
cino al haberme historia de los distintos
procedimientos referidos, y por el observado
en las clínicas de Paris (Hospital Broca-
ker, Hôtel Dieu & S.) y en los hospitales ale-
nes (Berlin Friedrich Krankenhaus, Charité

Krankenhäusern y Virechow Krankenhäusern) en el año 1914 =

Este método de Bassini con la modificación de Barker, lo hemos empleado en todos los casos tratados, siempre con satisfactorios resultados y muchos de los operados trabajadores del campo, hemos tenido ocasión de verlo después de más de un año de estar dedicado a trabajos fuertes, propios de su profesión, sin que ausen la menor molestia que haya pensado en una recidiva =

La eficacia de la operación está relacionada con la intervención precoz, antes que las hernias se hayan viejas, voluminosas, mal reducidas y poco contenidas en

desnutrición y falta de fuerzas del paciente.

Hasta hace algunos años la mayoría de los cirujanos practicaban la cura radical solo en aquellas hernias en que había una indicación en cualquiera que llevar; como cuando una hernia era irreductible; cuando ocasionaba notables molestias; cuando siendo reductible no bastaba un bragua á contenerla; cuando, aún empleando bragas, la hernia daba lugar á francas molestias, en forma de inflamación, de colico doloroso y otras semejantes; etc., como operaciones consecutivas á una herniotomía por estrangulación =

Y relatamos las indicaciones

la cura radical en las siguientes palabras: "Una
 hernia que no esté completa, constante y per-
 ciblemente contenida por un trapero, requie-
 re la cura radical". Hoy el campo de las in-
 dlicaciones está muy extendido por los proce-
 sos medios de asepsia, hemostasia y anestesia
 de que disponemos, hacen totalmente in-
 cente la intervención; excluyendo aquellos
 casos en los cuales, según enseña la ex-
 peria, existen peligos considerables ó bien ser-
 peras las esperanzas de una curación def-
 nitiva, creemos, que solo el deseo de un pa-
 ciente de verse libre de las molestias in-
 sentas á toda hernia, constituye una in-
 dlicación más que suficiente para llevar á

efecto la operación =

Contraindicaciones absolutas no existen
 más que las hay para esta intervención.
 Entre las contraindicaciones relativas, he
 que señalar la primera infancia, pues
 frente a la que la resistencia osfaria de los
 niños muy pequeños es deficiente, la técnica
 perfectamente aseptica no es facil por lo
 frecuentes infecciones que, no siendo el apo
 to, ponen en peligro de una infección; como
 no pues esperar hasta que tengan 5 ó 6 años
 salvo los casos, en que no sea posible una b
 na intervención, en que haya estopía test
 entar dolorosa ó una indicación vital
 en cualquiera; en estas circunstancias, la

operación debe hacerse aun en los primeros
años de la vida =

El éxito de la cura radical depende
de la rapidez con que se opere y del cuidado
de diseñar los tejidos para no modificarlos por
se comprende, se favorece notablemente la
contracción por primera intención. Tan
bien contribuye en mucho al buen resul-
tado de la operación, la fricción de la as-
eja y antisepsia más rigurosa; el empleo de
fruentes de forma es un elemento importan-
te, en empleo, no alarga la operación con-
pretenden algunos cirujanos y en cambio
hace que disminuyan notablemente las
probabilidades de infección. El fruento de

nicans, que es el que ordinariamente
 nos, es delgado, poco resistente y se adhiera per-
 fectamente á la mano; no entrafese el ta-
 to entanes, si bien tiene el inconveniente
 que se rasga con facilidad al contacto de
 los instrumentos; con su empleo siempre
 hemos visto cicatrizar la herida por prim-
 ra intervenci6n =

La elecci6n del material de sutu-
 ra tiene tambien extraordinaria importa-
 cia en esta intervenci6n. Mi maestro de
 operaciones Dr. Alcino, de quien tengo el
 honor de ser aprendiz, emplea siempre catgut
 la casa Kufz Rosenberg, de Berlin, lo mismo
 para el cierre en bolsa del saco, que para

en fijación a la pared abdominal según el
 proceder de Barker; con catgut cromado y
 como tambien la sutura del anillo y ap
 nervosis, así como las ligaduras de vasos
 habiendo obtenido en todos los casos adinm
 bles resultados. La piel la fijamos, como a
 hemos dicho, con cinn de Florencia ó con f
 orras finas y habiendo observado con esem
 bridad todas las reglas asepticas, lo mismo
 en el material utilizado para la operaci
 que en el de cura, hemos levantado el ap
 sito a los ocho dias encontrando siempre
 la herida en franca cicatrización, sie
 do dado de alta a los quince ó veinte dias
 totalmente curado =

Los resultados lejanos de la operación se cumplen o difícilmente, pues la mayoría de operados desaparecen, siendo por tanto imposible, hacer una verdadera estadística; no obstante algunos, como antes decíamos, hemos visto ocasiones de verlos después de algún tiempo de estar destinados a trabajos fuertes, sin que hayamos notado el menor indicio que les haga pensar en una recidiva =

Anestesia = Un asunto muy discutido en la cirugía radical de las hernias inguinales, es la clase de anestesia á emplear; muchos son los cirujanos que emplean la anestesia general, el éter ó el cloroformo y algunos, como el Dr. W. Keen, dicen que la anestesia local debe ocupar un lugar importante en las operaciones

de hernia, pero que su empleo debe limitarse
a los casos en que el éter ó el cloroformo esten p
malamente contraindicados =

La anestesia general ha sido recien
nada, en casos, de producir múltiples acc
dentes. Los rómulo, que si bien en muchos ca
no arrojan complicaciones, pueden en in
circunstancias especiales ocasionar la muerte
por asfixia ó al menos por congestión pulm
nar algunos dias despues. El síncope car
co, la parálisis de la respiración y otros
accidentes hacen, al menos á nuestro juicio
peligros el empleo de estos anestésicos gene
les y por consiguiente, solo justificado su
en aquellos individuos neurosténicos ó en

momentos impresionables, en los que no se puede recurrir á la anestesia local. Por otra parte, si en el momento de tener abiertos los vasos aparece el cólico ó en cualquier otro accidente que obligue al enfermo á realizar esfuerzos, ¿cómo evitaremos la salida brusca de una gran cantidad de intestinos?

Dejando á un lado estos accidentes que podríamos llamar inmediatos, pueden observarse acentuados tardíos: como cólicos insoportables; albuminuria, fruscinia é hipertensión consecutivas á la irritación de la aorta y del bazo; congestión pulmonar, degeneración grasa del corazón, otras complicaciones que hacen, como Frusseau, que en ciertos casos, que

apaga la sensibilidad y el dolor, privando
propio tiempo de la voluntad y el consen-
timiento, enierre en el seno mismo de su
mananilloras propiedades un principio de
trunción y una amenaza de muerte.

El empleo de la anestesia local por
la cocaina, ó sus similares, estovainas, alife-
na, norocaina &c, es en igual á que todo
niño debe tener si bien necesita mu-
habilitad y más frantia que la anestesia
ria general. En tiempo en que no se cono-
mas anestesia local que el pio y las me-
clas piquifias, deia prauscar que seria
siempre preferible llevar el anestesia á la
extremidad perifera, mucho meno pel

pro, que atañer el arbol nervioso en sus
 cel y anodias: ¡dichos los enfermos, si
 dieran disfrutar del beneficio de la ane-
 tesia, sin que disminuyeran los inconv-
 nientes, los recelos y sobre todo, los peli-
 gros a la inhalación del cloroformo y de
 otros agentes análofos, que en el fondo solo obra
 por intoxicación! =

El cirujano que hace uso de la a-
 nesia local, debe tener presente que la pro-
 cedencia de la anestesia, constituye el periodo
 operatorio más importante y el que
 se mayor cuidado y paciencia =
 La cocaína obra como veneno paralizante
 sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, a

quiere por consiguiente, por parte del cirujano un conocimiento exacto de los filetes nerviosos para sobre ellos tener llegar en acción; es dudable, que para la cura radical de una hernia inguinal, será necesario abarcar con anestesia todo los filetes nerviosos que dan sensibilidad a la región =

La asociación a la vejiga de la adrenalina ó suprarenina, aumenta el poder anestésico de aquella y produce, al mismo tiempo, una vaso constricción lo que permite tener la intervención casi ex anfibio. Algunos autores dicen que la vaso dilatación compensadora que pone á hemorragias; nosotros nunca h

nos observado tal accidente, pues las pequeñas
mas hemorragias en sabanas que suelen
presentarse, solo la compresión del apor-
to es suficiente á contenerlas =

Hay que tener presente que la co-
caína, no coína χ : no están exentas
de inconvenientes, si bien en menor escala que
los anestésicos generales. Las soluciones que
se hacen del uno por ciento, causan algunas
veces sofocación, disnea, angustia, excitación
y más raras vez vómitos, colapsos y a
las muertes; por nuestra parte no hemos ob-
servado nunca el menor accidente, en más
de dos mil intervenciones llevadas á efecto

105

con anestesia local, no obstante emplear a
ocasiones, soluciones al 1'25 y 1'50 gramos de
novocaina por 100 de suero fisiológico =

La fórmula que empleamos ordinariamente para la cura radical de una
hernia inguinal, es la siguiente:

R/ Suero fisiológico 100 gramos.
Novocaina 1 gramo.

Soluciones al milésimo de adrenalina XX got

Son muy útiles los comprimidos de novocaina - suprarenina que la casa Merck
Luzern expende en tubos de dos; los resultados son admirables y la preparación de la
solución muy rápida. Cada comprimido
contiene 0'125 gramos de novocaina, por
0'000125 gramos de adrenalina, bastando

para su empleo, disolver en agua fisiológica
 las pastillas necesarias, siempre en la
 proporción de uno por ciento, lo que se
 sigue con mucha facilidad, estando en
 fuido la solución en condiciones de ser
 empleada =

Modo de practicar la anestesia = El primero en es-
 tablecer una técnica útil y beneficiosa para
 las intervenciones de las hernias inguinales
 ha sido el Dr. Braun, aunque más tarde
 Kats-Koll y von Listemberge introdujeron
 algunas variaciones. Fundase la anestesia
 en la conducción nerviosa de la región
 inguinal; como se desprende de los estudios
 anatómicos, fisiológicos, patológicos, tres son los nervios
 que nos interesan: abdominal-femoral mayor,

el abdominal-fenital menor y el nervio er
ral =

Aquel, el abdominal-fenital mayor, procediendo del plexo lumbar, corre lateralmente en las proximidades del abdominal-fenital menor, atravesando la porción fibrosa del músculo transverso del abdomen, por encima de la parte posterior de la cresta ilíaca y se dirige hacia adelante, entre los músculos abdominales, hasta llegar debajo de la aponeurosis del obliquo mayor. Antes de salir a través del anillo inguinal externo, por la parte antero-superior del cordón umbilical, da ramas sensitivas al pene y otras ramas musculares propiamente d

chual; á más de estas, dá ramas anastomóticas al feñito-abdominal menor, otras á la porción superior del muslo con anastomosis al nervio spermático; dá por último, ramas envoltales laterales y anteriores =

El abdominal-ferital menor nace del duodeno por dorsal y del primer lumbar; es más grueso que el anterior y se dirige de atrás adelante á la porción tendinosa del transversal del abdomen, hasta pasar á la vaina del recto anterior. Su principal función es la inervación de la región infernal =

El feñito-enval procede del plexo menor y se funda por lumbar, marchando

entre el foros y el peritoneo havia abaxo el
 oliendo en los rammas: el lumbos-infimo
 y el spermatico externo; el primero man
 dra por fuera de la arteria elica externa
 saliendo por la lamina vasorum hasta la
 for a la for ovalis; el segundo, el nervio
 spermatico, penetra en el conducto infim
 oval por su orificio interno y sale por el ex
 terno, distribuyendose por el cremaster, d
 tos y piel del escroto. Excusado es decir, que
 las multiples anastomosis de estos nervios
 entre si, son suficientes a suplir la atten
 cion patologica funcional de alguno de
 ellos y vemos se desprende de lo antes exp
 to, en las hernias que nos ocupan no ha

buenos de ponerlos en contacto con la parte inferior del fémur - femoral, ni con el humero - infernal =

Antes de proceder á la aplicación del anestésico, haremos la asepsia de la mano con tintura de iodo (15 gramos de alcohol de 90° y un gramo de iodo metálico) tamente preparada, según nos enseña la práctica del profesor Reclus en el Hotel-Dieu ó utilizando, lo que es sumamente útil, las pastillas de iodo como el dicho profesor aconseja á utilizar, con el fin de que la solución sea totalmente sérica y que la acción de iodo no vaya alterada por descomposición del mismo. Y útil nos parece decir, que la

III

región estará previamente rasurada y que es
fractura de asepsia evita, lavado alguna
terro de la región para el mejor efecto anti
septico del producto empleado, así como la
moj de rasar con la tintura, todas las
fines limítrofes, especialmente la región
umbilical y el pliegue de la ingle, sin ol
vidar escroto y peniné =

Así las cosas y con una aguja flexible
de 8 á 10 centímetros de longitud, de las co
respondientes á las ferropos de Record con
piera av donde y esterilización completa di
do el material (hevido con agua y lavado
de rosa, durante 20 ó 25 minutos), proceden
á fracturar la anestesia =

Tres traveses de dedo por dentro de la
 ilíaca anterior superior y a nivel de la mi-
 ona, infiltramos mediante una puntura
 con la aguja, la piel, dirigiendo después la
 punta, directamente, desde el dicho punto
 hacia la línea alba teniendo cuidado de ir in-
 filtrando en distintos pisos los planos que in-
 terfran la región. Hecho esto, retiramos la a-
 guja sin llegar a sacarla, dirigiendo enton-
 ces la punta hacia la espina ilíaca an-
 terior superior e infiltramos de igual modo.
 Mediatamente después se retira la aguja
 sin sacarla, dirigiéndola oblicuamente ha-
 cia abajo y hacia la línea media de modo
 que vayamos anestesiando en una línea

que sepa a' terminar en la raíz del pene, y
 olvidando de tomar distintas profundidades
 con el fin de que todas las capas queden
 filtradas; del mismo modo tracemos otras
 líneas de anestesia, desde el punto primitivo
 no hacia el pliegue inferior - escrotal =

En el método de Braun, en las hernias
 reducibles, termina aquí la anestesia
 empujando los puntos inferiores que acabamos
 de indicar, mediante dos líneas anestésicas
 que convergen en el centro de la cara antero-
 superior del escroto. Nosotros, tanto en las
 hernias reducibles como en las irreducibles
 hacemos la anestesia completa de la se-
 fero y por tanto continuamos como sigue

desde el punto supra-peneano, se traza una línea anestésica hacia el pliegue inferior-escrotal del lado opuesto a la región abierta y desde este punto, y rodeando el escroto, se traza otra que termine en el centro del periné, punto á donde viene á terminar á su vez (alrededor, por tanto, toda la línea anestésica), otra traza desde el punto inferior-escrotal del lado abierto =

Estas líneas de anestesia no son totalmente rectilíneas sino que la aguja, al ir variando los distintos planos, va cambiando de dirección tanto en profundidad como de un lado para otro, en el fin, de que todos los filetes anatómicos, ramos musculares,

y filete principal nervioso, pueden quedar
 librados en la solución anestésica

En las corrientes intermisionales para
 el tratamiento de hernias infernales reduc-
 tibles, empleamos 100 francos de solución
 anestésica (1 franco de novocaina) y en las
 de intermisiones y por lo tanto, en las irre-
 ducibles, empleamos 150 francos (1'50 francos
 novocaina =

Es práctica tanto en las reductibles
 como en las irreductibles, haber llegado la
 aguja a nivel de los pilares, externo e interno
 del anillo infernal con el fin de hacer más
 profunda la anestesia; varía la técnica
 sólo en los casos de hernias irreductibles

en los encefalos hay que separar con la mano el saco herniario con su contenido, hacia la derecha ó hacia la izquierda, según el pilar hacia que se dirige la anestesia, con fin de no puncionarle ni herir las partes contentas en el mismo =

Alta vez terminada la anestesia del modo que hemos visto, procediendo a la operacion del modo que ya antes hemos indicado =

4.º Tratamiento de los acciéntes herniarios = El primer autor que describió los acciéntes de las hernias fué Proxaporas, el cual atribuyó su causa á caídas de un intestino lleno de materias, caídas en el escroto. Esta teoria, que se encuentra en las obras de Celso, se vio durante n

ellos años hasta que Frano en el siglo XVI
 po, ante la irreductibilidad de una he-
 mia, que el contenido del intestino no eran
 materias concretas, sino una pequeña
 cantidad de materias fecales, mezcladas
 con fases =

En el siglo XVII, se atribuiron las con-
 pliancias, según Roussel, á un aprisionamiento
 to del intestino designado con el nombre
 de incarceration. Más adelante en 1769
 señaló Courcaud dos categorías de acciden-
 tes: la estrangulación por atascamiento
 y la estrangulación por inflamación, con-
 siderando á esta como un efecto de la for-
 mera y no como su causa. En 1840, pré e

batidos esta teoría energicamente por M. Faigue y la reemplazó, en la mayoría de los casos, por la teoría de la inflamación, por la de la peritonitis herniaria. Finalmente, en 1845, demostraron Kirwisse y Gosselin que la estrangulación es el accidente primitivo y que por consiguiente, el tratamiento debe encaminarse á combatir y á prevenir la reducción lo antes posible.

Los principales accidentes que se observan, aparte de la serie de trastornos más ó menos acentuados que presentan la mayoría de sujetos afectos de una hernia, son el atascamiento, la inflamación y la estrangulación. Hemos de advertir sin

embargo, que una limitación precisa de estos estados entre sí y con respecto a la fulminación, no resulta posible en la inmensa mayoría de los casos; no obstante, existen indubitablemente casos de atasco y de infarcción, en los que no es posible hablar de estrangulamiento =

I = Atascamiento = La falta de síntomas agudos, la lentitud en su producción, el carácter patético del contenido herniario y muy especialmente los datos que nos suministra el interrogatorio del enfermo, no conducirá con facilidad al diagnóstico del atasco =

La terapéutica es, en términos generales, la misma del atascamiento en general =

Es indudable, que las probabilidades de éxito son
 aún mucho mayores, si logramos reponer el
 intestino á la cavidad abdominal, pues
 se favorece notablemente el curso de las ma-
 terias contenidas en la visera herniada. De-
 mos pues intentar la reposición del intestino
 recurriendo, en caso necesario, á la anestesia

En este accidente estar postre-
 mente indicado los medios mecánicos; el
 safe hace moribles el contenido del asa he-
 niada, aplastando y empujando las mate-
 rias contenidas, hasta conseguir la reducción
 de la hernia. Si esta maniobra manua-
 no es suficiente á conseguir el objeto, puede
 intentarse la compresión permanente

del tumor por medio de un vendaje elastico
 ó la ser se pueden hacer, con irrigador y
 rectal, irrigaciones bastante altas, de algunos
 litros de agua ligeramente templada adici-
 onada, si se quiere, de un poco de glicerina
 aceite ó soluciones salinas las que, obrando
 como excitantes, favorecen contracciones
 testiculares de abajo arriba =

El empleo de los purgantes en estos
 casos no parece perjudicial, por la po-
 sibilidad de aumentar el atasco provo-
 cado contracciones peristalticas de arriba
 abajo; sin embargo el aceite de ricino ó,
 queñas dosis, quince ó veinte gramos, su

dar, en ocasiones, buenos resultados; pero si existen síntomas que hagan sospechar, si quiera sea acasualmente, una estrangulamiento me por, y es lo que debe hacerse, el renunciar en absoluto á ellos, estando entonces particularmente indicado el opio á dosis bajas, con el objeto de disminuir el peristaltismo intestinal y con su uso se obtiene en ocasiones, algunos días después de su empleo, deposiciones que mejoran mucho al paciente =

El lavado del estómago, que tan buenos resultados produce, en ocasiones, en la obstrucción intestinal no debe celebrarse en absoluto pues puede producir algún alivio

que no resuelve el atasco. Puede también ensayarse la sonda esofágica por ella, si conseguimos evacuar alguna cantidad del contenido gástrico e intestinal disminuyendo por consiguiente la tensión intra-abdominal, obtendremos un efecto favorable. Si todo esto parara y se acentuaran cada vez más y más los síntomas generales, procede la intervención operatoria que será más ó menos extensa según las circunstancias. En ocasiones, después reducidas las cubiertas de la hernia dilatado el anillo, se resuelve esta con facilidad, estableciéndose inmediatamente

la circulación intra-intestinal; en estas
 diñones, la operación queda reducida a este
 caso que no queda así, lo mejor es tratarla co
 si fuera una estrangulación, del modo que
 se ven en el, haciéndole seguir de la cura ran
 cal del modo que antes dijimos =

II = Inflammacion: Es esta una de las causas más
 frecuentes de la irresolubilidad de las her
 nias; es una complicación más que un caso
 de accidente y como proceso infeccioso que
 sucede, en todos los casos, averifrar en
 para, una vez establecido el diagnóstico, en
 poner el tratamiento apropiado =

Dado los conocimientos que
 actualmente se tienen de estos accidentes, no

se puede admitir de ninguna manera la Teoría antigua del Malgaigne que trataba de reducirlos por el aumento de volumen del asa intestinal inflamada =

Las primeras leres de inflamación se presentan ordinariamente, tras tentativas de taxis en una hernia voluminosa, por un brafue que contiene mal y hasta por un enfriamiento, siendo su terminación ordinaria la formación de adherencias intra-herniarias.

En las inflamaciones frías el tumor aumenta notablemente de volumen se pone edematoso y se presentan síntomas más generales fríos; vómitos, colicos, fiebre y tendencias al colapso; en estos casos, su

cede con frecuencia que la inflamación
 tiene su causa en una enteritis de la si-
 ra herniada, especialmente aquellas en-
 teritis que, como en la fiebre tifoidea, en la
 tuberculosis intestinal y en otras seme-
 jantes, se acompañan de ulceraciones
 más ó menos extensas. Otras veces, la infla-
 mación es debida á una apendicitis in-
 terna, en cuyo caso toma la forma tu-
 berculosa. Otras veces, es debida á
 inflamación de procesos presperales ó á tu-
 berculosis del ceco, que se presenta gene-
 ralmente en forma nodular, pero en es-
 te último caso, el diagnóstico no puede

cerse sino a' posteriori, en la autopsia =
 de todo modo y sea cual fuere su causa la ter-
 sientiva de la inflamaci3n herniaria es siem-
 pre sencilla, pero para tratarla de modo co-
 veniente es ante todo preciso fijar bien el
 diagn3stico, lo que resulta bastante difi-
 cil en la mayoria de los casos; sin embargo, en
 un diagn3stico en la inflamaci3n, hay
 que estudiar si debe 3 no reducirse la hernia.
 En aquellos casos en que el accidente es muy
 reciente y el tumor poco doloroso 3 la pro-
 sio, es decir, cuando la flegmasia es ac-
 tiva pero acentuada, podr3 intentarse la
 taxis; pero si el accidente data ya de
 varios dias, el tumor es sumamente doloroso

nos a la presión y sobre todo, si el estado fe-
 ral es grave, las tentativas de taxis no darán
 sino funestos resultados. Dos cosas pueden su-
 ceder: ó que la hernia sea irreductible, en
 cuyo caso se habrán cumplido ininte-
 namente todos ya inflamada aumentan-
 notablemente las probabilidades de fan-
 gema, ó será reductible, en cuyo caso entrará
 dentro en la cavidad abdominal en
 intestino ya infecto, exponiendo así al su-
 jeto a una peritonis generalizada; conbien
 púis abstenirse en absoluto de toda tenta-
 tiva de taxis y aplicar el tratamiento que
 creamos apropiado en cada caso =

En las formas ligeras, sin graves alteraciones por parte del estado general, bastará por lo regular el reposo en cama, los baños calientes ó la aplicación de una rejilla de hielo sobre la región y mantener la regularidad de todas las funciones del organismo, muy especialmente, medios destinados á favorecer la evacuación intestinal =

En caso de dudas conviene siempre tener presente la fórmula dada por el eminente cirujano Dr. Peau, "más vale creer en una estrangulación que no existe, que ignorar un estrangulamiento ya constituido". Así pues, en presencia de síntomas más ó menos locales como generales

que hayan sospechado una supuración no debe retardarse lo más mínimo la intervención quirúrgica; mediante una incisión amplia de la hernia, evacuar los líquidos patológicos en ella contenidos y mediante lavados, con soluciones tóxicamente antisépticas, procuraremos asepsiar la región lo mejor posible. Así y todo siempre nos quedará algún resco de que el fundamento de todos los trastornos sea una estrangulación =

Si al incidir la hernia vemos que no se trata de una inflamación más ó menos grave, sino de una estrangulación, se procede según sea su caso =

sa y el estado de las visceras como muy pronto veremos =

III: Estrangulación = a la constricción de las visceras contenidas en una hernia es a lo que se le llama estrangulación; Como efecto consecutivo, se produce la obstrucción intestinal, la irreductibilidad de la hernia y finalmente la fístula como consecuencia de la dificultad de la circulación de la visera herniada =

En la estrangulación distingue 2 ser dos categorías: elástica y estercorácea, la primera se produce por un aumento brusco de la tensión intra-abdominal que distiende el orificio externo del conducto inguinal dejando así paso a una masa intestinal, esa

do la causa ocasional, el anillo se cierra y en-
trine la visera que salió. Si la hernia estaba
formada al producirse el esfuerzo, es una ma-
yora cantidad de intestino ó epiploeo el que cae
produciéndose la estrangulación como en el caso
anterior =

La constricción del anillo no solo dá lugar
al mantenimiento del intestino fuera del
abdomen y á la supresión del paso de su
contenido, sino que produce tambien dife-
cultad en la circulación. En unos casos
se produce estancamiento venoso, en tanto
que el paso arterial continúa; pero cuando
la constricción es muy acentuada se efec-
ta la supresión completa de toda circun-

ción y persistiendo, se produce la fangrena de
intestino:

La segunda categoría la llamamos
enarceración o estrangulación estercórea
es más complicada en cuanto a las condi-
ciones de su producción; Comprende, a más
la constricción, el estancamiento de fases,
líquido o de sólidos en el asa intestinal he-
rniada; Cuando se trata de una hernia
formada con estos fases, líquidos o sólidos,
que penetrando con ocasión de un esfuerzo
de la prensa abdominal en el asa hernia-
da, la hacen aumentar de volumen con
relación al orificio de salida por lo que, al
con la presión, no pueden ya ser retraí-
das al abdomen:

No entraremos en describir las Teorías de Buech, Lorenz y Befer para demostrar el mercurio en la estranfulación. Respecto al punto de donde esta se verifica, ha sido causa de muchas discusiones atribuyéndolo unos al anillo de salida y otros al cuello del saco:

La opinión antigua de Rioloano adoptada por Liltre, Mery y otros cirujanos de la estranfulación por el anillo de salida, fué más tarde combatida por Lesroan Armand, los cuales observaron casos en que fué preciso disbridar el cuello del saco herniario y escribieron la Teoría de la estranfulación por el cuello del saco. Esta nueva teoría, en frente á la de Rioloano, fué

muy combatida principalmente por J. de Pethe y Boyer, hasta que Dufourcy y más tarde Anagnostes, en su memoria publicada en 1840, contribuyeron á difundir estas teorías de la estrangulación por el cuello del caso, cuando éste se ha modificado en su estructura =

De todo modo la observación nunca sepa ser exclusivista; hay casos, sobre todo en hernias antiguas, en que el caso se modifica notablemente á nivel del cuello; los primitivos pliegues de éste se endurecen y se constituye así un anillo estrechado, causa de la estrangulación. Pero sucede á veces, que el cuello de

casos y el orificio externo del conducto empurramiento, se vuelven, se unen íntimamente no es posible determinar enal ha sido agente causa de la estrangulación; en este caso, no hay más remedio que aceptar una teoría mixta =

Pueden señalarse, como extraños ejemplos, casos en los que la estrangulación no es ni por el cuello ni por el anillo se ha visto la torsión del asa intestinal se han encontrado bridas adherentes en el interior del caso; en ocasiones, el asa mirada pasa a través de un orificio del epiploico también herniada; finalmente hay casos, como nosotros hemos podido observar

serros, de casos dobles en los que el intestino,
 sea, de uno a otro, por una pequeña abertura
 que puede ser la causa de la estrangulacion.
 Como vemos son variadissimas las
 causas de la estrangulacion y hay que
 tener esto muy presente al hacer la in-
 tervencion operatoria; esta intervencion sera
 abierta, para asegurarnos del asiento y
 naturaleza del obstaculo antes de pro-
 ceder a la reduccion =

Una vez producida la estrangulacion,
 en cualquiera que sea su causa,
 quedan ocultos los extremos, aferente y
 ferente, del asa intestinal herida
 efecto de la constriccion, es la

en la circulación que antes mencionaba
 hasta llegar á una completa isquemia.
 En los vasos poro acentuados, hay al prin-
 cipio estancamiento venoso seguido, alq-
 uando cesar, de rotura de vasos que hacen q-
 la sangre se infiltre en las paredes in-
 timales y que excitando la sensibilidad de
 la mucosa intestinal, aumente consi-
 derablemente el volumen del asa estro-
 fulada. Al mismo tiempo, la capa
 entor del asa se palatina, acentuándose
 más y más los fenómenos pasivos y esto
 también contribuye á aumentar la
 desproporción entre el asa herniada
 el orificio de salida =

Continuando algún tiempo la estrangulación, la vitalidad del intestino se conforma, se acentúan los trastornos de su función y el contenido intestinal adquiere un carácter infecto; los líquidos y bacterias extra-intestinales atraviesan la pared del intestino, el suero se extravasa en el espacio y se constituye la llamada afasia peritonial; al mismo tiempo el intestino se pone edematoso, se desprenden trozos de epitelio y se conduce, por falta de circulación a la fangrena. La forma y extensión de las lesiones son muy variables y distintas en cada caso clínico por lo que habrá que ajustarse a las

divisiones que nos dió la exploración de
ante el acto operatorio =

Por la estrangulación se exalta
circulación de los fermentos intestinales y al
rada la nueva, comienzan los microbios
a pasar a través de la pared intestinal, dando
asi carácter infeccioso al proceso. En la ma
yor ó menor extensión de las lesiones del
testino y sobre todo en el tiempo de la estr
fulación, estriba la gravedad del proce
sso del accidente que nos ocupa =

La extremidad aferente del a
intestinal estrangulada, es la primera
que se altera; por encima, en la parte de
testino no comprometida, se estanca el

excrementos, allí se descomponen y producen
 gran cantidad de gases, los cuales, disten-
 diendo otra cosa, dan lugar á ulceraciones
 con las que empieza la infección intra-ab-
 dominal generalizándose la peritonitis,
 es la causa de la muerte en todos los casos
 no operados á su debido tiempo =

La hernia estrangulada mal
 tratada produce una considerable mor-
 talidad; en cambio, bien tratada y sol-
 tado á tiempo, los peligros se reducen al mí-
 nimo. Como causas más las frías conse-
 cuencias de la estrangulación y las es-
 plinaciones que rápidamente se forman
 ocasionando la muerte cuando.

abandona á sí misma el proceso ó no se e-
 tiene con la debida rapidez, se confiere
 alerá, en un momento es establecer
 de un modo adelantado los principios de
 buen tratamiento. Ya en 1885, decía el Dr.
 Hunter "ningún hombre debería morir por
 de estrangulación herniaria, si entre los
 médicos y el vulgo estuvieran difundidas
 las verdaderas ideas relativas á la extra-
 fulación y á las indicaciones de la h-
 notomía y si todos los médicos tuvieran
 aptitudes para efectuar la operación =
 Es la estrangulación una de
 las complicaciones, en la que el médico
 no debe dejar pasar el tiempo empleado

do remedio incompleto; el tiempo en estos
 casos, es precioso y la mayor falta que puede
 cometer es no tomar una decisión pronta, por
 sabido es, que hay estrangulaciones que en
 brevísimo plazo producen la muerte. Así
 más, como antes hemos dicho, la continua-
 ción de la estrangulación lleva consigo el
 peligro de la fangreña del intestino, por
 que hay que intervenir lo antes posible;
 casos sin embargo, al decir de algunos autores
 en los que el intestino conserva su vitali-
 dad después de algunos días de estar e-
 strangulado, pero es muy comprometido
 temerario, confiar en esto y almorar la
 intervención =

144

La tan citada sentencia de Stromeyer
bajan siempre tenerlas presentes todos los
días en presencia de este frate acíente
dinas este circunpanso, "si sois llamados dur
te el día para una hernia estrangul
no dejéis que el sol se ponga y si duran
la noche, no dejéis que salga el sol
sin haberos antes desembarasado de ella
El Dr. W. Keen dice, que ante una hernia
estrangulada, no debe el médico cumplir
ningún deber sin antes suprimir la causa
de la estrangulación. Si todos los mé
dicos tuvieran en cuenta estas causas
razones, las estrangulaciones alarm
rían muchísimo menos porque los

trifactorio resultando de una inter-
ferencia se ven rápidamente:

Los cirujanos antiguos empleaban, en los casos de estrangulamiento, medicación antifléstica: aminoraban y relajaban por medio de sangrías locales y generales, por medio de baños calientes, taponamientos, pomentos, belladona y opio algunos procuraban estimular el intestino con lavados de purgantes, lavativas e infusiones de tabaco, refrigerantes con agua y vinagre ó con la electroterapia cutánea. Olvidados estos y ponidos medios físicos, solo quedaba actualmente dos días para tratar la estrangulación: t

Taxis, medio inminente de reducir la hernia y la Keloatomia ó herniotomía, ciertos momentos seguidos del tratamiento radical =

a) = Taxis = El empleo de este medio terapéutico en muchas ocasiones, necesario ante la expectación de la familia y la resistencia á sus extraordinarias, que ofrecen al enfermo á someterse á una operación =

Para llevar á efecto esta manera de los cirujanos antiguos concedieron mucha importancia á la posición y altura que esta, por sí sola, era suficiente para obtener la reducción de la hernia...
Fabrizio de Acquapendente, dice que trabajó

que cojer al enfermo por los pies y manos
 y comunicarle varias caudidas, tener
 la cabeza baja. Winslow, hacia colgar al
 enfermo por las rodillas y codo. A mi
 juicio la posición no es más que un ar
 bitrio de la taxis y la posición más cón
 da, tanto para el médico como para el
 enfermo, es la que debe adoptarse; esta
 sin duda alguna, la posición en decu
 bito dorsal, con la pelvis algo más eleva
 da que el torso y los miembros en flexión
 abducción para facilitar, en lo posible, la
 relajación del cuello y de las paredes de
 abdomen =

Antes de hacer ninguna tent
 tiva de taxis, conviene hacer una lin

fiereza escrupulosa de la opinión, previamente
 te o asurada, por las circunstancias ex
 fer una intervención inmediata =

La taxis es en este accidente, co
 mo dice muy bien el Dr. Grassler, un me
 dio con el que se pierde un tiempo pre
 cioso en una inercia activa, que no tiene
 otra ventaja que la de averiguar la con
 ciencia; muchas veces el médico es re
 sponsable del tiempo perdido, por career
 de la instrucción quirúrgica suficiente
 para llevar á efecto una herniotomía.
 Limitase entonces á hacer algunas con
 presiones al tumor y si encuentra al
 guna resistencia ó el enfermo aquejado

francos dolores, ensayan pomientos calientes
 de alfileras, vejigas de hielo o pulveriza-
 ciones de éter; otros emplean, sin lúpia
 fumos, perfumados, con lo que consiguen
 mentar considerablemente los síntomas
 de ataxia; otros hacen irrigaciones inter-
 nales, con lo que pierden el tiempo in-
 utilmente y no consiguen más que re-
 tardar los síntomas de infección pe-
 tencial generalizada, que en breve pla-
 terminará con la vida del enfermo.

A otros creemos que las tenta-
 vas de taxis únicamente están justifi-
 cadas, en aquellos casos en que el médico
 interviene desde que se inicia la estro-

fulación, pues en los demás casos, las alteraciones reñanales producidos por topiros
 foraciones repetidas, hacen que las probabilidad
 lidad de éxito de la herniotomía sean
 menos numerosas =

La técnica que para la tasis
 seguirse, es la misma que antes indicaba
 mos, si bien hay que tener mucho cuidado
 no hacer tentativas energías; estas mani
 bras suelen ocasionar derrames sangui
 narios de la mucosa del intestino y
 una perforación del mismo, sobre todo, si
 está ya reblandecido por falta de circula
 ción en lo que, penetrando en la cavidad
 abdominal, se encuentra pútrido, divia

far á una peritonitis infecciosa afudrisin
que terminarian con la vida del indivi
duo. Hay pues, que ser muy prudentes y tener
lo todo preparado para, en caso neces
rio, practicar la herniotomía =

La taxis no debe prolongarse más
de algunos minutos y esto si no se trata
esas hernias dolorosísimas á las que, sol
felias la mano, arrama frito y prote
tas por parte del enfermo =

Hay que estar muy prevenido
tra aquellos casos, en que después de reducir
cida la hernia, el enfermo sigue amsa
do síntomas de estrangulamiento; contin
los colicos, persiste el vómito y no expul

fases ni heus. En estos casos tratase separadamente de una reducción en masa entendiéndose por reducción en masa, la introducción en la cavidad abdominal solo del intestino, sino que á la vez se realice el caso y en cuello, causa de la estrangulación; no hay pues más que una sustitución de la estrangulación externa por una estrangulación interna. Este accidente exige inmediatamente la intervención operatoria =

No nos ocuparemos de la taxis forzada ni de la punción del contenido hernario por haberlo hecho en otro lugar; solo recordaremos que son maniobras peligrosas

circunferencias que no se resuelven y que lo único que con ellas se logra, es disminuir la probabilidad de éxito de la operación =

b) = Herniotomía = la operación que se destina a tratar la estrangulación herniaria y se la designa con el nombre de herniotomía o Helotomía, palabra derivada de helos que significa desbridamiento ó sección del anillo construido del centro de la hernia =

La ampliación de ese anillo, la hizo Lentin en 1856, sin herida ó sin herniotomía, valiéndose para ello del dedo índice, á modo de fanelo, apoyándolo sobre el anillo: franco á mi método, dice Lentin

la Ketoterapia deberá practicarse solo en
 los excepcionales por lo demás muy raros
 por ejemplo, cuando haya fangrena del
 intestino, cuando la irreductibilidad ha
 presumido que hay adherencias, ó cuando el
 estado del enfermo sea desesperado. Este
 procedimiento no resiste la crítica, con ar-
 fío á los conocimientos que actualmente
 se tienen de los accidentes herniarios; por
 otra parte el Dr. Sentin, reserva la Ketoto-
 para los casos en que hay fangrena del
 intestino y para aquellos en que el enfer-
 mo se encuentra en un estado desespera-
 do: á nosotros no se nos alcanza como a

diagnosticará la fangosa del intestino
 sin freira herniotomía, siendo así, que
 con unelísimo los cirujanos que se ex-
 ocian estando abierto el seno y el intesti-
 no á la vista; además, si hay gangrena
 lo que debe hacerse es una operación ex-
 cial y no la aconsejada por Lentin. Af-
 esto, si el estado general es grave, no hay
 que decir, que la operación practicada lo
 es posible y lo que particularmente es
 indicado =

La Helotomía tal como la aconseja
 la Franco en 1581, fué adoptada por algún
 cirujano, pero como se hacía sin tener
 cuenta las reglas de la asepsia, resultó

prementemente peligrosa, terminando, el
mayoría de veces, por la muerte razón
la que no se generalizó en aquella época.

Al principio se trataba de un
do subcutáneo valiéndose de instrume
tos propios (sonda de mandera), y trauer
el desbridamiento del anillo de salida,
tocar para nada al caso. Después se ide
ron instrumentos especiales tales como el
bisturí oculto de Biernaise, la sonda a
la de Mery y la espátula aromabanda de
Vidal de Casil; al mismo tiempo, se ide
ron instrumentos de este, entre los que
preponderaron los herísticos de Co
per, hoy totalmente abandonados. En l

actualidad el instrumental necesario para estas operaciones, es muy sencillo: tres cutos y de botón, tijeras, pinzas de Pe Kirninsens y para intestino, separador plano del Farabent, sonda arana, banda y agujas de sutura =

La primera precaución que hay que tener, como preliminar de la tómbotomía, es la limpieza más esmerada, tanto local como general, del enfermo. La experiencia nos enseña, que la desinfección perfecta de la región inguinal ofrece bastantes dificultades y teniendo esto en cuenta, hay que ser muy precavido; sometido el enfermo á un baño y

neral y local, despus de perfectamente realizada la seccion pubiana, haremos la seccion inferior valiendolos de la solucion alcoholica de iodo, que antes hemos dicho

Un asunto importantisimo en estas intervenciones es la clase de anestesia a emplear; muy pocos son, en la actualidad, los cirujanos que se muestran partidarios de la anestesia local y dicen, que si no hay una contraindicacion por parte del enfermo debe emplearse la anestesia general por inhalacion de cloroformio. Ya al ocuparnos del tratamiento radical, hemos dicho los inconvenientes que, á nuestro juicio, tiene la anestesia general y señalamos

da las ventajas de la local por la novedad
 ma-adrenalina, así es que no insistiremos
 sobre ello; solo hemos de añadir que al
 mas recien. despues de la anestesia por el
 rofrano, la esputoración se hace difícil
 lo cual puede poner en peligro la vida de
 enfermo; además, si el estado general es
 ne y sobre todo si hay síntomas febriles
 expone al enfermo a succumbir á causa
 cuencia de una bronco-pneumonia por
 aspiración, de origen infeccioso, aún cuando
 practiquemos previamente el lavado
 del estomago =
 debe pues emplearse la anestesia local

del modo que antes dijimos; mediante ellos
 no hemos observado ningún accidente y
 los observados están conformes, en que de
 feus de la operación, tanto el estado fe-
 ral del enfermo como su pulso, están en
 muy buenas condiciones. Mitkulis, des-
 feus de practicar la Ketoterapia con a-
 nesia local, dice haber observado afección
 pulmonares, que se hubieran podido creer
 dependientes de la anestesia; por nuestra
 parte jamás hemos visto tales ~~accidentes~~
 no obstante, haber empleado la anestesia por
 novocaina en 83 casos tratados =
 La Ketoterapia debe practicarse siempre al
 desubierto que es la concepción como

dena; sin embargo esta Hemiorquia no es exclusiva de nuestra época pues en 1856 la definió Profunosa diciendo que el operación consiste que tiene por objeto abrir el sano de la hemiorquia para destruirla estrangulaciones de arterias y restituirlo á su lugar =

Los tiempos de que actualmente consta la hemiorquia son los siguientes: 1.º incisión de la piel; 2.º desbridamiento y aislamiento del sano hemiorquio; 3.º sutura del mismo; 4.º exploración de contenido hasta más allá del anillo contractil; 5.º reducción de las visceras y exploración con el dedo de la cavidad abdominal; y 6.º oclusión del conducto en

final (operación rasional) =
R = El corte de la piel debe hacerse siguiendo
 diámetro mayor del trazo de tal modo, que
 empujando á nivel del anillo interno del
 duto infimal va á terminar, oblicuamente
 te hacia abajo, en el escroto, debe tenerse el
 cuidado de afirmar la piel y dividir las cubi-
 ertas por cortes sucesivos, costando siempre capa
 por capa. En aquellos casos de hernias ant-
 fras y voluminosas, con gran distensión y
 abultamiento por parte de las cubiertas, hay
 que andarse con muchas precauciones pe-
 desde los primeros cortes se llega al caso y
 cuando este, puede penetrarse borseamen-
 te en su interior y lesionar el contenido

Respecto á la longitud del corte para poner al descubierto la herida, hay una opinión que depende, más que nada, de la habilidad del operador. En general debe serse las heridas muy extensas, pues la cicatrización interior no siempre es la primera intención y constituye una trófica que la herida sea mayor de lo necesario. Además, caso que sea preciso, puede dilatarse más durante el curso de la cicatrización. En resumen podemos decir, que la longitud de la herida será la necesaria para cumplimentar los tiempos suficientes y permitir una orientación anatómica =

$\underline{2}$ = Al practicar este profundo tiempo de la
 operación ó sea el aislamiento del seno,
 resulta convenientemente cómodo incidir una
 á una las distintas capas que sucesivamente
 cubren el seno, separar andas después con
 dedo ó con el mango del escalfelo. Este me-
 do resulta cómodo y permite orientarse
 perfectamente, pero tiene el inconveniente de
 dejar varios espacios ó bolsas en la cavidad
 de la hernia que, caso de infección, pueden
 ser perjudiciales por la dificultad de hacer
 una buena antisepsia; por esta razón
 resulta preferible incidir todas juntas, si es
 posible, las cubiertas accesorias del seno
 separarlas hasta donde sea necesario =

es posible fijar, en la mayoría de los casos, el número de capas que hay que incidir para llegar al seno, pues las adherencias han simplificado notablemente; el recuerdo de la anatomía normal de la región, no es de absoluta aplicación, hay que tener presente la topografía patológica de cada caso en particular =

En general y especialmente cuando contiene líquido, no es difícil reconocer el coherente. El peritoneo parietal, que es el que lo constituye se distingue bien de las demás cubiertas de tejido conjuntivo, por ser algo más resistente y por carecer de vasos, además, es delgado y permite, a su través, recibir el contenido de la hernia. Sin embargo

borso, el ramo puede estar engrosado e
 momentáneamente unido á las capas conjuntivas
 que lo cubren dando así lugar á dudas
 que, no obstante, se resuelven con facilidad
 descubriendo la parte alta del ramo, la
 mediata al anillo, y se procede entonces
 en aislamiento de arriba abajo =

La existencia de quistes y de lipomas
 en la región, aunque no es frecuente,
 obliga á mucha atención para diferen-
 ciarlos de la conocida hernia =

Si al intentar aislar el ramo se
 encuentran que las adherencias son muchas
 y que se presentan grandes dificultades,
 mejor es aislarlo lo más alto posible, de

modo que acabamos de indicar; para ello
 se prolonga el corte de piel y al descubrirse
 el orificio externo del conducto deferente
 desaparecen las difinidades pues clara-
 mente se ven cada una de las capas: el
 aponeurosis del oblicuo externo, el músculo
 cremaster que se separa con facilidad,
 túnica vaginal y finalmente, el cordón
 espermático que, como sabemos, está en
 diato al vaso; desde aquí puede este ser
 lido, fácilmente hasta su fondo, pues es
 rarísimo que en este punto existan a-
 herencias.

3: El tercer tiempo consiste en la abertura
del vaso. Algunos autores se ocupan de

nias de un procedimiento que libra al in-
 tino de su estrangulamiento sin necesidad
 de abrir el caso; este procedimiento, conocido
 con los nombres de hemistomias externa
 hemistomias extraperitoneal y operacion
 Petit, fué elevado, por este ultimo, á la categor-
 nias de método. En la actualidad son
 por los partidarios de él, porque hoy
 bernal que la abertura de la serosa, no
 menta la importancia de la operacion
 se sabe, que la herida del peritoneo carece
 de gravedad y por consiguiente, es conve-
 niente abrir el caso y explorar directamente
 te su contenido, dándonos así cuenta exacta
 del estado de las visceras en el contenido

No obstante Schmidt, en 1898, defiende a este procedimiento con mucho entusiasmo. En la actualidad, y es esta la opinión de mayoría, debe abrirse el seno hemisférico para explorar con detenimiento su contenido, esto es lo que se conoce con el nombre de botanica o hemistomía interna =

La técnica es sencilla: mediante unas pinzas de diente de ratón, se coge un pequeño pliegue del seno que se incinde con el bisturí y si hay líquido, introduciendo una sonda amarrada sobre la que se incinde; pero si no se encuentra líquido en su interior, lo mejor a fin de evitar la lesión del contenido, es ampliar la herida obturadamente, por desformo, valiéndose de

una sonda ó, lo que es mejor de los otros, al abrir el caso nos encontramos con que el intestino está en algunos puntos adherido al peritoneo. Se procederá lentamente para evitar de pronto sangrados ó la rotura del intestino. Si el caso es completamente adherido al intestino no sea raro, nosotros no hemos observado ningún caso =

Los autores aconsejan mucha impaciencia á serojer un peso del líquido hemático, en una capsulita de porcelana, para reconocerlo y estudiar así el estado del intestino. No creemos que esto sea de absoluta necesidad, pues, á nuestro juicio, lo mejor es, una vez abierto el caso, explorar

directamente el estado de las vísceras
tenidas en la hernia =

Una vez abierto el saco se procede á
varlo con suero fisiológico esterilizado y, se
la curiada con gasas asépticas, se proceda
á cumplimentar el tiempo suficiente =

4 = la exploración del contenido de la her
debe ser completa y no solo de la parte de
testino asequible á la observación, sino que
debe extenderse más allá del cuello del saco
en ocasiones existen, á ese nivel, franes alle
ciones; para ello se procura atraer lo posible
por ligera tracción, la parte de intestino
tenida en el cuello, lo que se consigue con
relativa facilidad y si no se puede, se pro
tivará el desbridamiento para traer

a proporcionar la extranfulminación. En la actualidad
 la totalidad de la operación se discute, por algunos autores,
 el modo como esto debe hacerse. La
 Klotzmann por el procedimiento antifur
 valiente del herniograma de Cooper, es
 peligrosa y lo mejor es poner al descubierto
 las partes que se van a cortar y obrar des
 pués según las circunstancias =

La dilatación del anillo, si
 se que existan probabilidades de enco
 ntrar el intestino alterado, debe hacerse
 capa por capa, de fuera adentro, introduciendo
 cuando fuere conveniente una sonda ana
 tomica entre el saco y el anillo, tenie
 do mucho cuidado de no hacer pre

nel ni traciones sobre el intestino. Al pro-
 curar el desbridamiento por una incisión,
 por varios costos como aconsejaba Vidal el
 Casil, se procurará fijar el intestino para e-
 star en la busca reduciéndolo a una res que e-
 sa la constricción, porque hay que explo-
 rar en la parte que ha sufrido la estrangulacion;
 hay que tener mucho cuidado al
 bridar de no herir vasos para evitar hem-
 orragias; si no obstante se recienan al-
 gunos se burra y se practica la hemostasia di-
 stamente. Los antiguos tenían mucho m-
 do á herir la epifástrica al practicar.
 Helotomias y eran tan exagerados, que de-
 cia Dieffenbarch, el miedo á herir la ep-

fástica. ha cortado en un año la vida
más pacientes, que individuos
baterios en una batalla =

Una vez que el intestino se ha hecho asequible a la observación, se ven cosas que por el tanto, la tensión y resistencia de la fibra es síntoma dudoso. El color más o menos azulado, puede indicar el estado corriente normal, pero no la modificación si la superficie es lisa y brillante es síntoma favorable. Cuando en vez del color rojo o azulado se observa en algunos puntos una coloración pardo-rosácea, como el hoja seca, es casi seguro que está fangoso; en caso de dudas procede hacer i

farismes. durante algún tiempo, con solución fisiológica de cloruro de sodio caliente, y con este medio se observa, en ocasiones, un cambio favorable en la vitalidad del intestino =

5 = Consiste este tiempo en la presión contenida hemisférica; esto se hace si no hay dudas acerca de su limpieza y vitalidad. Lo que debe hacerse primero es separar las adherencias, si las hay, pero con mucho cuidado, sin violencia. Para reducir el intestino no hay que empujar por variar su contenido por presiones moderadas y después se dirige hacia la cavidad abdominal, o cuando que las vísceras que salieron han sido

mas, sean las primeras en entrar =

El epiploon si está sano se reduce si presenta alteraciones de su masa y forma tambien debe reducirse. La resección debe evitarse en lo posible, por ser una membrana fagocitaria, admirable medio de defensa contra la infección peritoneal porque, como dice Kiesel, el mismo resto de su resección adherido á la pared interna, puede ser brida ó punto de flexión del intestino en el interior y una de las causas de estrangulación post-operativa. Sin embargo hay casos en que el epiploon está tan alterado que no hay más remedio que reseccarlo; para ello, se constrin-

Inevitablemente con un anfotero, se hace una ligadura en conductos y, peritonial al el mismo resultante, se reduce al a
 lumen =

Después de reducida la hernia se que introducir el dedo en el anillo hasta llegar a la cavidad abdominal, para veremos de que el anillo interno está libre y de que los intestinos están, así mismo. libre, en el interior =

Modo de proceder cuando el intestino está gangrenado

En aquellos casos en que la vitalidad del intestino está alterada, no es tan sencilla la reducción; el intestino gangrenado no puede cometerse a los tiempos

que hemos indicado y la reducción, en los casos no debe hacerse. Haun recomienda que envuelta el asa intestinal en fascio yodoformina, se reduzca á la cavidad terminal; este medio da origen seguramente lugar á adherencias y á inflamaciones terminales y sobre todo, no evita la perforación del asa estrangulada. Helferich propone que se extraiga más cantidad de intestino que se practique una anastomosis lateral por encima del punto estrangulado. Me prefero lo propuesto por Sauter, de dejar el intestino enfermo dentro del caso y, practicando una laparotomía, hacer una entera anastomosis intra-abdominal =

Cuando estamos operando el intestino el estado general del enfermo es fraco y debilitado, aconsejamos los autores respecto a las adherencias, habrilo y dejar así constituido el ano contranatural. En casos de fístula escamosa lo mejor es practicar la resección del intestino enfermo, pero si bien exige más tiempo, es operación definitiva según nuestra experiencia, exenta de fístulas post-operativas; en numerosos casos por nosotros observados, en que la fístula intestinal era acentuada y el estado general fraco, por varios días de estrabulamiento, hemos practicado la resección de una buena cantidad de intestino

haciendo después la sutura finita á punto
 sembrándola con otra sero-serosa; en
 caso hemos tenido que lamentar el me-
 acidente no obstante tratarse, la may-
 oría de vez, de individuos de edad av-
 zada. En esta anastomosis termino-ter-
 minal, practicamos la sutura del intesti-
 no valiéndonos del fil de lin, enhebrado en
 aguja fina de costurera y que se expende
 esterilizado, en tubos cerrados á la lámpara
 por el laboratorio Robert. La sutura del in-
 testino la practicamos según el proceder
 de Lembert, sembrándola de otra sero-sero-
 sa á lo Lanestein:

La anestesia empleada ha a

do de la local con noroquina-adrenalina por
 aunque la operación es larga, una vez
 abierto el intestino, la resección y sutura
 de este es indolora como ha demostrado
 Mikulicz y como hemos visto nosotros
 en varios casos =

Una vez practicada la resección y
 después de lavar con suero estéril
 se reduce el intestino a la cavidad
 abdominal, haciéndolo con el mayor
 cuidado posible para no producir ningún
 fango en la línea de sutura. Reducido
 el intestino, se procede al último tiempo
 la Klotomía =

6 = Este último tiempo consiste, en pract

como la operación radical, por el método
ya conocido de Bassini, la cual se llevará
a efecto, ocluyendo el saco, fijándolo a la po-
sición abdominal según el proceder de B.
Ker y restaurando el conducto inguinal
de modo, como el natural, para para el
cordón espermático =

Muchos autores aconsejan que la
herida no se suture, sino que se deje
abierta y con un drenaje de fasa. En
dos los casos, por nosotros observados, se ha
practicado la sutura de todo el plano
y solo excepcionalmente se ha suturado
la herida =

Terminada la operación se aplica un ap

sito ligero con fasa, algodón y senala pe-
 tramente esterilizandos, en peso empresin
 á fin de favorecer la exaptación de las pe-
 tes. Aconsejamos el reposo, pero no con el opo-
 como antes se hacia, sino por la permanen-
 en dambito supino, seromentando la qui-
 tud, hasta asegurarnos de que está rest-
 blecida la circulación intra-intestinal

Durante las primeras 24 horas
 no damos ningún alimento, solo desfer-
 de ese tiempo y cuando el estado febril
 es bueno, permitimos alguna cuetnara
 de té con leche; nada de medicamento
 el opio, que algunos emplean, no parece
 perjudicial pues evita las deposiciones

que, en la mayoría de los casos, son espontáneas. En los días sucesivos, si el enfermo desparece espontáneamente y si el estado general es bueno, procuramos algunas evacuaciones por medio de ligeros purgantes ó de irrigaciones de agua hervida templada.

El éxito de la Helotomía está en relación con el estado del enfermo. En los casos buenos, sin graves alteraciones generales, los resultados son satisfactorios; los peligros más de las tentativas de taxis y de retrasar la operación - Hay dado los medios de que desparecer y suministrando el cirujano la franquía y conocimientos necesarios para esta intervención, puede asegurarse

en éxito completo, operativos y terapéuticos =

De los múltiples casos de hernias inguinales por nosotros observados durante el trienio 1912, 1913 y 1914 y al objeto de no haber demasiado pesado este trabajo, solo citaremos aquellos que, á nuestro juicio, ofrecen mayor interés desde el punto de vista clínico. De los 83 tratados (65 hombres y 18 mujeres), 39 han sido hernias inguinales simples, 25 estranguladas, 10 complicadas con adherencias, 8 de caso doble y 1 de hernia inguinal con el apéndice vermiforme del ciego adherido al saco. En todos ellos, el pr

cedimiento referido ha sido el de Bassini, e
 la más definitiva de Barker y con anestesia
 local por la novocaina - adrenalina =

Observación n.º 1 = Anteris Carrasosa Boyer, m
 tural de Tejer de la Frontera (Cádiz), de 30 a
 de edad y oficio de campo. Ingresó en el H
 pital el día 3 de Enero de 1912, afecto de h
 nis infernal estrangulada del lado der
 cho. Fue operado el mismo día de su ing
 so en la clínica, según el procedimiento de
 Bassini - Barker. Anestesia empleada, local
 con novocaina - adrenalina. Fue alta, por
 ración, el 25 del mismo mes y año =

Observación n.º 2 = Miguel Infante Barea, c
 Chiclana (Cádiz), de 28 años y oficio de cam

Ingresó en el Hospital el día 4 de marzo de 1912, padeciendo de hernia infernal simple, de ambos lados. Operado el día 9 del mismo mes, por el procedimiento de Bassini - Barker y con anestesia local, fué alta, por curación, el 23 de marzo de 1912 =

Observación n.º 3 = Juan Sanchez Ramirez, natural de Cádiz, de 58 años de edad y de profesión estirador de buques. Ingresó en la clínica el 9 de marzo de 1912, con una hernia infernal estrangulada del lado derecho. Operado, el mismo día de su ingreso, según el procedimiento de Bassini - Barker y anestesia local, fué alta, por curación, el día 30 del mismo mes =

Observación n.º 12: Andrés Barón Pérez, natural de Cádiz, de 39 años y de oficio estivador de quel. Ingresó en el Hospital, el 15 de Mayo de 1912, produciéndose en hernias inguinales (bancos) de ambos lados, producidas durante su trabajo. Operado el día 25 del mismo mes (de ambas hernias), según el procedimiento de Bassini - Barker y anestesia local por novocaína - adrenalina, fué alta, por curación, el 11 de Junio de 1912 =

Observación n.º 13: Pedro Esparragoza Muñoz, natural de Tejer de la Frontera (Cádiz) de 7 años y oficio de campo. Ingresó en la clínica el día 25 de Septiembre de 1912, produciéndose hernia inguinal estrangulada del lado

do derecho. Operado el mismo día de
 infuso y por el mismo procedimiento op
 ratario y anestesia que los anteriores, p
 el día de alta, totalmente curado, el día
 14 de Octubre de 1912 =

Observación n.º 28: Francisco Márquez, de Ve
 de la Frontera (Cádiz) de 53 años y oficio de
 matemático. Sufró el día 19 de Febrero de 1913,
 teniendo hernias inguino-escrotal estrangulada
 hacia el lado izquierdo. Se operó, por el
 procedimiento de Bassini-Bancker y anestesia
 local, el mismo día de su infuso en el
 Hospital. Se dió de alta, por curado, el
 día 25 de Marzo de 1913 =

Observación n.º 31: Francisco Ciro Diaz, matemático

190

de Algerias (Cádiz), de 32 años y de oficio herrero. Ingresó en el Hospital el día 20 de Mayo de 1913 afecto de una hernia inguino-escrotal del lado derecho; este enfermo habia sido operado en Gibraltar (ignoro el procedimiento), el día 6 de Enero de 1913, habiéndosele reproducido á los tres meses. Operado el 22 de Mayo, por el procedimiento de Bassi Barker y anestesia local, fué alta, por curación, el 17 de Junio del mismo año.

Observación n.º 33 = Antonio Peña Luque, natural de Corio (Cádiz) de 41 años y de oficio minero. Ingresó en el Hospital el día 23 de Mayo de 1913, siendo operado, el mismo día en un infirmary en la clínica, de una

hernia inguinal estrangulada del lado izquierdo, por el procedimiento de Bassini-Parker y anestesia local por la novocaina adrenalina. Fue dado de alta, por curación el día 20 de junio de 1913 =

Observación n.º 40 = Isabel Mena, natural de Medina Sisonia (Cádiz), de 48 años, loba deleva. Ingresó en la clínica el día 29 de Septiembre de 1913, padeciendo una hernia inguinal estrangulada del lado derecho. Fué dada el mismo día de su ingreso en el Hospital, por el procedimiento de Bassini-Parker y con anestesia local, fué alta, por curación, el 16 de Octubre del mismo año =

Observación n.º 49 = Casupción Alvarez y Alvarez

192

señal, natural de Cádiz y de 64 años de edad.
Ingresó, en sala preferente del Hospital, el
día 15 de Febrero de 1914, padeciendo de hernia
infimal estrangulada; databa la extra-
fulación de cinco días, durante los cuales
había sido sometida a múltiples tentativas
de taxis y a procedimientos curativos diversos
prescritos por un curandero. Operada en el
momento de su ingreso en la clínica, pu-
dimo apreciar que el intestino estaba fa-
frenado en bastante extensión y que el e-
plazo, también esferizado, estaba íntimo-
mente unido al caso. Continuada la res-
ción de 12 centímetros de intestino y hec-
la anastomosis termino-terminal.

con sutura á lo Lembert y Lonestein, se terminó la operación por el procedimiento Bassini-Barker, da anestesia empílica, la local con novocaina-adrenalina, durando la intervención hora y media. Ha eferma fué dada de alta, totalmente curada, el 4 de marzo de 1914 =

Observación n.º 58 = Mohammed Camello de Motator, natural de Melilla. Ingreso en el Hospital el día 12 de Octubre de 1914 fué de hernia inguinal estrangulada. Practicada la operación, el mismo día pudimos observar que el estrangulamiento estaba constituido, por el orificio de comunicación de un saco doble. El procedim

194

to operatorio y la anestesia, empílicas en este caso, fue el mismo que en los Alta, por curación, el 27 del mismo mes = Observación n.º 60: Alejandro Pulido Martínez natural de San Fernando (Cádiz) y de años de edad. Ingresó en la clínica el día 3 de Noviembre de 1914, afecto de una herida infernal confetita extraordinariamente oblonga. Operado, con anestesia local, el día 5 del mismo mes, produciendo apfección, que se apéndice vermiforme del ciego, se encontró íntimamente unido a la cara anterior del ciego herniario y de una longitud de 12 centímetros. Prorotada la apfección y hecha la emarcación del

195

minúto, se terminó la operación según el procedimiento de Bassini-Barker. Fue dado de alta, por curación, el día 27 de Noviembre de 1914:

Observación n.º 64: Benjamín San Agustín Expósito, de 32 años de edad. Ingresó en el Hospital el día 10 de Noviembre de 1914. Hecho de hernia inguinal estrangulada. Durante la operación, el mismo día, se encontró en la clínica, no encontrándose con que el intestino estaba sangrante en bastante extensión, siendo necesario resecarle 11 centímetros y practicar una anastomosis termino-terminal; se terminó la operación por el procedimiento

de Bassini Parker, con anestesia local, a los dedos de la mano, por erración, el 31 de Noviembre de 1914 =

Observación n.º 78: Francisco Villalobos, natural de Oárid, de 42 años de edad y de oficio herrero. Ingresó en el Hospital el día 17 de Noviembre de 1914, padeciendo una hernia inguinal derecha, complicada con atrofia testicular. Operado al día siguiente de su llegada a la clínica con anestesia local y por el procedimiento de Bassini-Parker, prácticamente por erración, el 8 de Diciembre de 1914.

Observación n.º 80: Manuela Gomez Marie natural de Filipinas, de 54 años de edad lavandera. Ingresó en la clínica el día

197

25 de Noviembre de 1914, produciendo una
hernia inguinal izquierda estrangula-
da. Practicada la operación, el mismo día
de en ingreso en el Hospital, con anestesia
local y por el mismo procedimiento ope-
ratorio que los anteriores, pudimos apreciar que
el estrangulamiento estaba constituido
una brida adherente entre las paredes
del saco. Esta enferma fué alta, por cura-
ción, el día 18 de Diciembre de 1914 =

198

= Conclusiones =

1^a

Las hernias inguinales son proceso frecuentísimos en nuestra región =

2^a

Permanecen, en un considerable número de casos, en origen congénito, siendo por tanto mucho más frecuentes en el hombre que en la mujer =

3^a

La profilaxis en estas afecciones es de extraordinaria importancia, sobre todo en los se

199
=

cuando = 1^a

El tratamiento paliativo, solo debe emplearse en aquellos individuos pusilánimes que no quieren someterse a la operación =

5^a

Este medio terapéutico puede, si la hernia es muy reciente, conducir, algunas veces, a una curación definitiva =

6^a

El tratamiento ideal de las hernias inguinales, es la cura radical por el procedimiento de Bassini - Barker =

2^{da}
7^a

El método de Kocher, para la cura radical puede emplearse, aunque excepcionalmente, en hernias recientes y muy pequeñas.

8^a

La anestesia general por el éter ó por el cloroformo, es excepcional en estas intervenciones.

9^a

La anestesia que debe emplearse es la local por la novocaina - adrenalina y según el método de Braun:

10^a

En presencia de accidentes herniarios, con

201

no siempre tener presente la fórmula de
Peanu: "más vale creer en una estrangulacion
cierta que no existe, que ignorar un estrangulacion
bueno ya constituido", =

11^a

Siempre que exista ó al menos se sospeche
una estrangulacion, debe siempre proseguir
se todas tentativas de taxis y practicar la
botomica lo antes posibles!

12^a

Caso de existir fangrena del intestino, lo
divido el practicar la reseccion de la porcion
afecta, haciendo una anastomosis termino
terminal, con suturas a lo Lembert y de

202

tem =

13^a

La más infusa aseptia, tanto del material empleado como del operador y asistentes, aseguran el éxito operatorio y terapéutico.

He dicho =

Justino Spiguer y
Pérr. Rendón

Amable

Reciba

Bibliografía

- Filoux = Tratado de Anatomía Topográfica.
 Festet = " " " "
 A. Cooper = Anatomía y Tratamiento quirúrgico
 — de las hernias =
 E. Forgue = Manual de Patología externa.
 A. Macready = Tratado de las hernias.
 W. Keen = Cirujía =
 Hochenberg y Boekenheimer = Patología y clínica
 — quirúrgicas.
 E. Bergmann, P. Baum y J. Mikulicz = Cirujía
 clínica y operativa.

- J. Cardenal = Quimias antireflectivas.
 Analgiques = Medicina operatoria.
 Lecène = Medicina operatoria.
 Melaton = Patología quirúrgica.
 Dupuytren = Leçon de clinique Chirurgicale.
 L. Championnière = Cure radicale des hernies.
 F. Leisrunk = Un travail étonnant, sobre
 - moderna operación radical a
 - las hernias.
 Gilbert y Carnot = Técnica terapéutica quí-
 - mica.
 Grossesau = Terapéutica.
 Meniquat = Terapéutica médica.
-
-

W. H. C. C. C.
W. H. C. C. C.