

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



**TESIS DOCTORAL**

**De la teoría a la práctica de las hernias : estadística**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Baltasar Otero Blanco**

Madrid, 2015



hechos que hemos vivido, o con los cuales nos hemos relacionado, o intervenido personalmente sobre el particular asunto o materia especial de la patología que encabeza estas líneas, dentro de nuestra modestísima esfera de acción, y todavía muchísimo más modesta y humildísima obra.

Y a este fin descriptivo de esos hechos aludidos, capaces de integrar una didáctica bastante completa en el género mirados desde el vasto campo de su patología, y genuinamente clínicos al ser estimados "inmediatamente" en la realidad como tales hechos y como formando parte de la serie casi innúmera de la experiencia general a que corresponden, no exenta está su exposición de cierta interpretación crítica, con aspiraciones a una exegética formal de los mismos: realidad todo ello de nuestros muy limitados estudios y de nuestro ejercicio profesional - de algún ajetreo y experiencia en su activo - ya que le falte notas, observaciones, estudios y descubrimientos netamente originales,

nada más sincero, ni con más sabor de una experiencia individual que al transcribir cómo en la sucesión del tiempo hemos venido entendiendo y practicando este personal aprendizaje teórico-práctico, trazado ahora en sus líneas generales; y más con miras al método seguido, que a la riqueza o profusión de la doctrina que integran, con la enumeración al final del fruto práctico de la misma naturaleza del pensamiento y de la acción ordenados en el curso o desarrollo de esa misma experiencia individual que nos es propia, bien que auxiliada siempre por las primeras fuentes del saber y de la experiencia general que nos han sido generosísimamente transmitidas.

De este modo la que ahora debiéramos de llamar nuestra proposición o tesis tendrá al término de nuestro trabajo, dentro de la insignificancia de nuestros talentos, el mérito impersonal de surgir ya con el nombre de conclusión, al modo de cúpula o remate del desarrollo y estructura de estas mismas cuestiones, con el método natural por el cual conocemos e interpretamos sucesiva y gradualmente a la Naturaleza.

brotando solo aquella más claramente al llegar al final de nuestra exposición que, á su vez, la hacemos al alcanzar esta edad o lugar de nuestra carrera o camino como resumen general de nuestras experiencias en el aspecto particular de nuestro tema y comportándonos para con las enseñanzas adquiridas cual viajero que haciendo un alto en su presurosa marcha dirigiese una atenta mirada retrospectiva y se consultase consigo mismo sobre la naturaleza y accidentes del camino recorrido y sobre las orientaciones parciales y sucesivas en el fin general: que examinase los medios y precisare las energías que ha necesitado ordenar, utilizar y consumir para el logro de dicho fin general que se hubiere propuesto al emprender su ruta o al mostrarse y concretarse su empeño; hallándonos en el mismo caso del hombre que en cierto instante de su vida quisiera apreciar las variaciones de dirección y las gradaciones de intensidad que ha tenido que imprimir a aquellos medios de su posesión y las formas adaptadas prácticamente del ejerci-

cio de aquellas energías para la consecución de su objetivo en la relación natural o accidental con las diferentes posiciones de esa misma naturaleza; manantial constante, puro y directo de las indicaciones absolutas y circunstanciales que son luz en su entendimiento, determinación activa en su voluntad y, sobre todas esas cosas del conocimiento general, fortaleza y deber encarnados en el ministerio del médico.

Bien conozco se nos podría hacer observar acerca de esta cuestión de método que podríamos desde luego enunciar nuestras proposiciones o tesis tomando este conocimiento sintético ya del fruto de nuestra humilde experiencia y luego encargarnos de desarrollarlas sistemáticamente en la descripción de los hechos y en la exposición de las pruebas a nuestra disposición. Tal se hace corrientemente, pero hallamos la mejor aplicación de este método, relativamente directo para la prueba, por los autores de proposiciones originales, de descubrimientos de formas y cosas hasta cierto punto esenciales, siempre notables y con-

cretas, y que deban también de concretarse y encauzarse en una exposición reglada desde el primer instante, sin diluir difusa ni confusamente los primeros principios o singulares enseñanzas de su contenido sobre algún particular clínico en la substancia del todo doctrinal clásico, casi homogénea, constituida por cuestiones y motivos generales y particulares paralelos al conocimiento ya hecho, pero no específicos, diferenciados hasta entonces, ni de reciente señalamiento.

Como no contamos nosotros con experiencias de las cuales poder deducir, ni tampoco inducir primeros principios, ni especialidades de un nuevo conocimiento, ni siquiera con poder de originalidad para modificar un solo corolario de nuestra ciencia, ni para haber comprendido una especial y nueva diferenciación entre los atributos del sujeto que hubiesen de jugar algún importante papel para formular alguna de las particulares proposiciones en la materia de nuestro estudio, evitamos deliberadamente de hacer estas páginas rigurosamente orgánicas, cual

piezas inflexibles dirigidas y apoyadas desde los comienzos a probar cosa alguna que no siéndonos, lo repetimos, particular, notable, ni fundamentalmente distinta o diferenciada entre todas las demás que informan nuestra conciencia, nos hubiese plugido - con notoria ligereza de ánimo - colocarla y elevarla, bien prematuramente, al rango de tesis que - si para su demostración no podíamos contar con valiosos conocimientos nuestros - personalísimamente nos habría de tener muy ganada desde el principio nuestra voluntad del modo más absoluto e imperioso que el amor propio - semiciego como es y muy perturbador para apreciar las justas proporciones, la más exacta significación, el interés y el valor real correspondientes al tema - sabe exigir fuerzas para el fin de sus empresas, que no siempre está debidamente condicionado ni de acuerdo con el de la unidad ni con la razón y sistematización verdadera de la ciencia; a la misma inteligencia que la diéramos primero a su sujeto, - desinteresadamente, cuales son siempre los actos intelectua-

les puros - unilateral, incompleta o desproporcionadamente en el conocimiento aquellos primeros elementos y composiciones del saber, constitutivos de los primeros principios y de la proposición a formular y para con la cual nuestra conciencia se hubiera interesado muy pronto, nos hallaríamos formalmente constituidos, por los fueros de la lógica fraccionaria, en su mejor abogado durante el desarrollo dialéctico, análisis, síntesis y recopilaciones de tal proposición, o de cual otra antena del conocimiento prefijada y preferida, inarmónica e inexactamente en sus relaciones con la unidad de la ciencia y la continuidad de la experiencia, en nuestro entendimiento.

Inaugurando, pues, en vez de la prueba primera de una tesis concreta, que no anticipamos, aquella descripción de los hechos teórico-prácticos con los cuales nos hemos relacionado y hasta les hemos integrado personalmente de uno u otro modo, en busca de sus frutos, desde el principio de nuestra carrera, diremos que tenía para nosotros prime-

ramente la palabra hernia - así como las demás enfermedades y accidentes - el significado ó revelación de una cosa primera y casi intangible del entendimiento y de la experiencia, única, indivisible, sin términos antecedentes ni consiguientes esenciales en los cuales apoyarse y reflejarse, y con una existencia propia é independiente obrando obscuramente y determinándose distintamente en el interior de nuestro organismo como cosa heterogénea del mismo, cual observamos las especies naturales perfectamente limitadas y distintas unas de las otras en el Universo. En este primario e ingenuo sentido de nuestra homogeneidad e indiferenciación del conocimiento y del más rudimentario saber se nos antojaba el afecto hernia como una entidad morbosa que surgía naturalmente en patología y en la clínica sin meditar, ni siquiera pensar nosotros, en su más legítima y de todo punto necesaria base de anatomía y de fisiología patológicas, al modo de las más puras entidades morbosas creadas - cual otras tantas especies o seres naturales - por la

especulación e imaginación creadoras de los antiguos nosógrafos de la patología: de Stahl, Hoffmann, Haller, Cullen, Pinel, del mismo Laennec con su anatomismo patológico que esencializaba demasiado a las lesiones orgánicas al estimarlas como primer producto de un germen o ser innato que las caracteriza sobre toda condición fisiológica intrínseca del organismo; por cuantos nosólogos en patología, y correlativamente especificistas en terapéutica, se han esforzado - más que en abrir un profundo abismo entre la enfermedad, y la salud; los medicamentos, y los agentes higiénicos - en hacer de sus expresiones significados reales francamente opuestos y enteramente contradictorios; oponiendo á la salud, la enfermedad, con antagonismo tan irreductible como el del agente higiénico, con respecto al medicamento.

En nuestro ingenuo prejuicio sobre el afecto hernia no conocíamos igualmente de nuestra historia médica el mismo espejo - colocado fuera del campo de la naturaleza, y reflejando los más varios idealismos -

de las doctrinas nosológicas sistematizadas, y constantemente más o menos esencializadas, por otros muy diversos pensadores en medicina; nada sabíamos tampoco, de la semeiología atomística de Hahnemann, de sus artificios en patología como en terapéutica, ni de sus fantasías acerca de las dinimizaciones del medicamento, ni al respecto que enseña de las acciones mesméricas de la firme voluntad de un hombre sano para determinar en el sujeto síntomas artificiales semejantes a los de la enfermedad que padece; desconocíamos lo que se ha convenido en designar brownismo invertido de Rasori, con la concepción de su diátesis uniformemente esténica, y reclamando corrientemente las acciones contra-estimulantes o hipostenizantes, llevadas a extremos lamentables en la práctica clínico-terapéutica - más que por el guía preciso del conocimiento de las acciones fisiológicas provocadas por los medicamentos para cada caso - por la fuerza de la ontología recién creada de la "diátesis del estímulo" que necesita inmediatamente de "sus contrarios",

debilitantes, hallados preferentemente de un modo caprichoso deshaciendo las clasificaciones conocidas de los medicamentos, y ordenándoles didácticamente en una gran serie de contra-estimulantes. En punto a precisión y diferenciación en la nosología no habíamos siquiera pensado nosotros en que las hernias y sus accidentes, como un capítulo de la patología y clínica general, y todas las enfermedades, podrían haber constituido genéricamente para Brown, con la admisión única de su diátesis o enfermedad esencial, constantemente asténica - aunque pueda revelarse por síntomas hiperesténicos, lo cual tanto irritaba a Broussais porque confundía todas sus observaciones que le habían conducido a ser campeón histórico de la inflamación y de la sangría - una especie de número o grado en la escala de incitación expuesta por su discípulo Lynch para hacer el diagnóstico y la terapéutica, como con la tabla de Pitágoras una multiplicación, en la utopía de ambos por hacer una medicina rigurosamente lógica y, sobre todo, exacta;

olvidando unos y otros que el humano conocimiento siempre es incompleto en la laboriosísima y muy compleja obra de interpretación de la vida y de la naturaleza y que nada integrante ni próximo a la verdad puede lograrse sin mirar directamente a las formas y modos reales de esta misma vida y naturaleza.

Opuestamente a este prejuicio e idealismo absurdo para con el todo, al oír por vez primera los nombres de las enfermedades y ver la parte orgánica de las clasificaciones que las contienen; estudiando analíticamente el mismo asunto a través de los diafragmas parciales, programas o asignaturas particulares que forman serie discontinua en nuestro plan de estudios al lado de la realidad, una e indivisible, a la cual copian inexacta o incompletamente con tan varia literatura los más diversos y mucho más originales autores de cada cuestión, no acertábamos a ver otra cosa que particulares detalles, signos o síntomas en los cuales quedaba como diluido e inexpresivo aquel vago prejuicio

nuestro acerca de la enfermedad, y nos quedaba también entonces por averiguar - retraído y fraccionado nuestro criterio entre tan distintas piezas para el conocimiento que se inicia - la verdadera expresión clínica y real del conjunto morboso.

Durante nuestros cursos de anatomía tenía, indudablemente, un valor absoluto sobre el particular en el fin inmediato de nuestra instrucción, concordado utilitariamente con la aprobación de estos estudios, el retener en nuestra memoria la forma y disposición, número y medida de todas y cada una de las partes que constituyen cada una de las regiones anatómicas tributarias por su organización de los accidentes herniarios, y así llenaban completamente nuestra imaginación, - y todavía nuestra dócil memoria agobiada no podía recibir transmitido todo el material de observación sensible recopilado pacientísimamente por la experiencia general; - los nombres de los repliegues peritoneales que se forman por la existencia de ciertos cordones colocados deba-

jo de ésta serosa; la manera de que estos repliegues circunscriben encima del ligamento inguinal de Poupart las fosas inguinales externa, origen de las hernias laterales indirectas u oblicuas externas; media, origen de las hernias internas directas, y supravexical, de la cual procede, en muy raras ocasiones, la hernia inguinal oblicua interna. Me preocupaba igualmente como un estudio de causas y hechos finales el no confundir entre sí los dos manojos de fibras arcoiformes o pilares inguinales procedentes de la aponeurosis del oblicuo mayor, y el pilar posterior o ligamento de Colles, a éste con el de Gimbernat, a uno ni otro con los de Poupart, Cooper, ni de Hey; la fascia cribiformis y el septum crural, con la fascia umbilicalis; y me embargaba por igual que éstas más corrientes y necesarias cosas sobre la anatomía de las expresadas hernias, y que son las habituales que se dan en la práctica, el conocimiento anatómico de las hernias excepcionales, incluyendo las distintas variedades de la clasificación de Peyrot. Y

con análoga parcialidad en el conocimiento y evidente fraccionamiento de la realidad clínica atendíamos en los cursos sucesivos a retener - programa a la vista - las diferentes explicaciones sobre etiología y mecanismo generador de todas las hernias, la embriogenia patológica de todas ellas, las causas y caracteres de sus accidentes diversamente interpretados en la fase de la anatomía patológica - virtual para el caso - más que en la de la clínica que, o no se hacía por deficiencias que muy frecuentemente existen para la enseñanza, o si la fortuna nos deparaba la observación de algún caso no llegábamos a "sentir" esta dosimétrica experiencia.

Y ha sido nuestra obra lenta, cual lentos son siempre nuestros pasos en la misma naturaleza - que no dá saltos en su admirable ordenación - la de ir reintegrando todos esos innúmeros y particularísimos detalles aludidos en el todo clínico del que son relacionada y armónica expresión que hiere o se hace distinto de mil maneras para los sentidos del observador, y no ciertamente mirando ya de hacer ésta rein-

tegración clínica para labrar la falsa imagen de nuestro etéreo prejuicio acerca de la enfermedad, manifestado al comienzo de estas líneas, de existir una entidad morbosa substancial por sí misma y sin su primera razón de existencia en las condiciones materiales de nuestro organismo, sino reintegrando en la realidad clínica el signo ó signos observados con la significación propia que le dá el progreso científico de nuestros días, esencialmente de relación de unos fenómenos con los que le son inmediatos o próximos; incorporando siempre cada síntoma percibido en cada caso a la personal enfermedad o accidente sufrido por el mismo sujeto. Surgía siempre así la clínica. ¡Qué abismo desde esta natural, propia y única posición del médico a las iniciaciones puras por la teoría, sin experiencia, primera puerta de este templo del saber por la que sólo le es dado penetrar al estudiante deslumbrado irresistiblemente en adquirir el conocimiento analítico, del cual necesita antes de construir en su día las grandes síntesis clínicas, y

confiado ahora, constantemente, en que hace un conocimiento completo y final con la distinción y términos apreciables en el campo finito y definido del programa de cada asignatura, y testimoniados para él estos fines parciales, que constituyen sus estudios en serie para lograr la unidad clínica, como absolutos hasta por la validez académica que dá a cada asignatura el significado y representación de un "non plus ultra" del conocimiento!; todo de fácil explicación por la sencilla razón de ser tan distinto el objetivo inmediato del médico, al del estudiante; en relación este último con su instrucción puramente analítica o de acopio de materiales para la unidad, verdad y carácter de una obra que no irá conociendo hasta mucho más tarde, y que en sus manos les toma á esos elementos, por el momento, como caracteres completos y cosas generales y definitivas para su conocimiento. Así ocurre, inevitablemente, en las clases de anatomía y técnica anatómica; en las de fisiología y anatomía patológica, sin dejar nosotros de to-

mar en cuenta, ni de reconocer el mérito y servicios, verdaderamente extraordinarios dentro de sus justos límites de aplicación e interpretación, correspondientes al laboratorio de estas mismas asignaturas para el esclarecimiento de los grandes problemas de la clínica.

Avanzando en los cursos la misma ilusión vive el estudiante de hacer obra completa y dotada de unidad paralela con la realidad, cuando, tal vez, sólo ejecuta, pongo por caso la labor bien estrecha y parcial de la clínica con la redacción efímera de una historia, inspirada muy frecuentemente por el profesor y regulada por el influjo recíproco y semi-inconsciente entre los compañeros, más que en orden y por fruto directo de una atención también directa y personal obrando de clave propia de interpretación que arrancase sus secretos a la naturaleza bajo las apariencias sensibles de los síntomas y signos que ostenta en su estado de enfermedad. ¡Por añadidura, estas contadas historias clínicas que hacemos al despedirnos de la facultad versan sobre asuntos

que no son habitualmente de hernias, y raramente contienen observación ni interpretación alguna sobre sus muy interesantes y más graves accidentes! ¡Recordamos todavía aquellos años de la vida de estudiante en estas mismas aulas, y aun después en el ejercicio siempre que la experiencia clínica nos ha sido menos familiar o acabada para vivir por sí misma, inspirarse y obrar en asunto determinado, nuestra vehemencia y, sobre todo, nuestra confianza ilimitada para buscar la naturaleza en el libro, en vez de buscar el libro en la naturaleza.

-----+++++-----

La teoría de las hernias, aún la verdadera como doctrina, carece siempre de la realidad clínica; es irreal al lado del paciente herniado.

No creemos tengamos necesidad de esforzarnos en descubrir los fundamentos o principios para hacer esta prueba en las siguientes páginas, antes bien, es seguro que puede siempre suplirla, con ventaja, la cul-

tura elemental de todo hombre, ya que conoce y distingue perfectamente la distinta posición de la naturaleza y la de su intérprete, con todas las limitaciones que son inherentes a la inteligencia humana aplicada a la determinación de los caracteres y de las relaciones de fenómenos exteriores a nuestra conciencia. Este intérprete de nuestra naturaleza un día es sencillamente estudiante; otro, profesor que estudia, autor que produce, describe caracteres o afirma relaciones que ha averiguado; o médico que maneja sabia y prudentemente para su sujeto en patología, en la clínica real - una vez le conoce experimentalmente - el caudal de conocimientos en esta misma experiencia adquiridos sobre el gran laboratorio de la naturaleza y de la vida, según un cierto orden de determinaciones activas o de acciones terapéuticas ajustadas al indicante. Conservaremos, pues, esta sucesión natural de los acontecimientos del saber en la vida del hombre considerando brevemente a nuestro fin, primero: la teoría de las hernias para el estudiante; segundo: la

teoría de las hernias para el profesor y por el profesor; y tercero: la práctica de las hernias por el médico. Finalmente, la misma unidad y sucesión teórico-práctica de esta exposición nos conducirá también naturalmente a incluir y glosar nuestra estadística personal sobre estos y con estos casos, registrando muy brevemente algunos de sus caracteres experimentales que perduren en nuestro recuerdo, o se conservaren por algún motivo o interés en nuestras notas.

-----\*+\*+\*+\*+\*-----

El estudiante, conforme hemos dicho de nosotros mismos - y nos tomamos la libertad de generalizar en este caso para los demás la misma experiencia personal de nuestro concepto - al estudiar las asignaturas, diferenciadas por el plan de estudios, más que porque se haya producido solución de continuidad en la realidad y unidad de la naturaleza, no solo vé ciegamente y de un modo inmediato á esas asignaturas como eslabones independientes de la gran cadena que integran y

toma a esas asignaturas por su objeto y fin más próximo y completo a toda satisfacción de su conciencia y sin "sentir" la imperiosísima necesidad de reconstituir la gran unidad clínica, que no conoce todavía, sino que, además, debemos de observar exactamente el hecho igualmente general para el estudiante que a medida se ilustra más, aprueba mayor número de asignaturas y concluye oficialmente su carrera, va construyendo, sí, una gran unidad lógica con tantos materiales recogidos que se dicen, y lo son con frecuencia, de hechos positivos, y llenando los huecos o lagunas en la discontinuidad de sus conocimientos para constituir la unidad y trabazón que debe de existir en toda ciencia con hipótesis y teorías, más o menos verosímiles, ingeniosas, lucidas y brillantes, mas es el caso cierto que toda esa gran construcción doctrinal unitaria por la más aventajada cultura del estudiante de hecho se halla fuera de la realidad material o clínica y es, cuando más - o aspira a serlo - su retrato conocido dibujado

por mano maestra extraña a la del estudiante, como que éste no ha recogido o no ha podido valorar todavía formalmente las experiencias reiteradas en que se inspiran esas relaciones semeiológicas de la clínica, y muchísimo menos los fundamentos de esas mismas teorías que se superponen de uno u otro modo a la fenomenalidad real.

Así, el estudiante construye, o más propiamente, asimila una especie de mundo ideal que vive muchísimo más inmediatamente que la realidad a que refiere sus concepciones y las enseñanzas recibidas, y para con la cual, únicamente, vá comenzando sobre tal o cual punto de su extensa red a hacer el tendido de algún puente o lazo de unión firme y verdadero a beneficio de alguna observación - más que de carácter voluntario - ejercida aparentemente por modo fortuito sobre hechos de la clínica que entre sí sucesivamente en la experiencia les va diferenciando.

Constituye el pábulo de ese mundo ideal vivido por el alumno -

con tanta mayor intensidad, cuanto mayor es su virtud de aplicación - lo más frecuentemente la redacción del libro que él toma más o menos literalmente cual forma plástica y sensible de un cuerpo animado, en vez de considerarle sólo muy estimado guía para sus iniciaciones en el saber y para concretar los términos de la investigación correspondiente á cada asunto, como copia parcial, y peor o mejor hecha, de la realidad que desea conocer íntimamente. Y por esta vez no deseamos ya mentar aislado el libro o asignatura particular, esencial y preparatoria para el conocimiento escalonado en medicina, comenzando por la anatomía; sino el libro de la clínica y veremos igualmente, en conjunto, la plasticidad y realidad que a todas sus cuestiones doctrinales le otorga el alumno.

Nada más demostrativo que el ejemplo tomado al azar entre la literatura médica patria. Leyendo y estudiando el iniciado, sin experiencia cierta, el tratado o serie de artículos que el hábil y experimentado cirujano y sabio maestro el Dr. Ribera - de grata memoria en esta

casa - consagra a las hernias en la "Enciclopedia internacional de cirugía de Ashhurst" le impresionará y preocupará desde las primeras líneas las distintas definiciones que detalladamente en el concepto expone el autor, considerándolas el mismo alumno en su más extensa exposición didáctica como lo que hay de más fundamental e inmediato para el conocimiento, mientras permanece en la penumbra de su inteligencia - con la vaguedad de los fines lejanos - la hernia como enfermedad real con todos sus accidentes, oscurecida y deformada por las definiciones en serie.

No sabe si quedarse con la definición de que "es la salida de una víscera de la cavidad en que normalmente está contenida", fundándose en un carácter anatómico que es constante para su producción; tal vez le gusta más - en su buen deseo de precisar en las clasificaciones - esta otra: "salida de una víscera a través de las paredes de la cavidad que normalmente la contiene, para alojarse en una cavidad próxima o

formar prominencia al exterior; permaneciendo en este caso debajo de todas o parte de las cubiertas de dicha cavidad". De más detalles en la definición, es seguro, desearía saber el alumno para apropiarse, desde luego, de su objeto de modo distinto para su conocimiento; mas el Dr. Ribera que sabía ya entonces muy bien de que no existen las hernias sin víscera herniada de tal o cual naturaleza, y en muy diversos grados, y que tampoco existen las hernias específicas de órgano alguno sin individuo herniado, se apresura más, sin duda, en su loable deseo de expresar fidelísimamente la realidad clínica, que con la intención de quebrantar ni fallir desde el principio la novel curiosidad científica de sus lectores, a afirmar y enseñar el gran grupo de hernias constituido fundamentalmente por los caracteres generales de esas dos definiciones, sin que desde este punto general de las mismas y de los señalamientos de caracteres comunes pueda apuntarse otros caracteres más particulares, que sólo pueden y deben determinarse al descender

del género a la especie: examinando las distintas vísceras que se hernian, su fisiología y las diversas cavidades en que se contienen accidentalmente; el alumno, pues, bien lejos de poder conocer por una ni otra definición general de las hernias ni siquiera la teoría particular y descriptiva de las mismas, algo lejana de su realidad, se encuentra desde dicha primera página del mismo trabajo del Dr. Ribera con la afirmación de que, respetando lo peculiar a las especies de hernias, existen analogías, según ha demostrado Perls, entre la salida de las vísceras de la cavidad del abdomen y entre las torácicas y cerebro-espinales; así, estudiando la obliteración incompleta de la cavidad pleuro-peritoneal se ha deducido puede reconocer éste origen la hernia umbilical congénita; la oclusión incompleta de las cavidades cerebral y espinal dar lugar a las hernias del cerebro y de la médula espinal, y, en fin, que al lado de los síntomas específicos mostrados por las hernias en particular se dá el caso de una gran analogía entre los sín-

tomas de las distintas hernias por ser análoga la causa que produce los trastornos fisiológicos, y, sobre todo motivo - añadiremos nosotros - debido á la gran unidad y solidaridad anátomo-fisiológica de nuestra economía.

Esta afirmación y estos conceptos de Ribera y de Perls revelan indudablemente una gran síntesis clínica de los maestros; mas el alumno no conoce todavía los elementos que a ella conducen; ignora cuales son los límites para cada caso de las analogías y diferencias entre sus síntomas, y, en vez de comprenderlo así netamente, el deber entendido de una lección aprovechada del mejor modo que puede hace que haga un exceso de culto a tal doctrina, convertida en substancia plástica forme para su conciencia, sin marchar su conocimiento, vertiginoso, paralelamente con la realidad material, que desaparece sin establecer los primeros jalones de una experiencia analítica que vé y entiende directamente en todo momento el objeto que se le muestra subli-

mado por esa misma doctrina.

Las restantes definiciones de autores sobre el mismo tema, así como toda la exposición doctrinal en el mismo trabajo, en la parte que por seguir un método descriptivo natural y sencillo no ofrece para el estudiante el grave conflicto últimamente referido de no saber el valor preciso de lo que se le dice y estudia, no le sacan de su idealidad, con vistas - cuando más - a una experiencia ulterior. Sirven de pábulo escolástico - incensado en los altares de la erudición - la definición de Laboulbene: "hernia es la dislocación de un órgano encerrado en una cavidad, efectuándose a través de una o varias membranas que le envuelven; el hecho anatómico que constituye la hernia es la salida a través de una pared primitivamente contentiva"; la de Erichsen: "entiéndese por hernia en el sentido lato el cambio de lugar de un órgano de la cavidad en la que está normalmente contenido, formando prominencia por una abertura normal o accidental en la pared de la misma cavi-

dad; la prominencia del cerebro a través de una abertura del cráneo, o del pulmón por una abertura de las paredes torácicas, o de una porción del intestino por una del abdomen, se llama hernia de estos órganos"; la definición que ha dado Bardeleben en las "Instituciones de patología quirúrgica": por quebradura, o más exactamente por rotura de las vísceras, hernia, entendemos el cambio de posición congénito o adquirido, por el cual éstas no se encuentran ya en la cavidad del abdomen, que es su sitio normal, pero permanecen cubiertas por la piel.....; en ninguna parte las hernias se presentan con tanta frecuencia como en el abdomen; la de Englisch: "salida de una de las vísceras contenidas en las cavidades del cuerpo, arrastrando por delante todas o parte de las cubiertas de esta cavidad, pero existiendo siempre la membrana que la reviste, a diferencia de lo que sucede en el prolapso, en que faltan estas cubiertas; el nombre varía según

las diversas cavidades y las vísceras herniadas; hernias de la cabeza, del tórax, del abdomen, de la pelvis, etc. etc."

El estudiante que con tan vagas descripciones de las hernias como las de las definiciones transcritas no conoce concretamente su asunto, y por tanto no se halla capacitado para establecer ni percibir las analogías ni las diferencias existentes entre las especies para llevarlas a un tipo de estudio general y abstracto ha, sin embargo, de aprender y aceptar, desde el instante, que es una necesidad la de establecer el género morboso hernia tan justificada como lo está la del tratado general de los tumores en la patología quirúrgica general.

Con esa misma divergencia natural del conocimiento existente siempre entre el que conoce un asunto, y el que sólo en él se inicia; entre el maestro, y el discípulo, el Dr. Ribera en el mismo trabajo va trazando brevemente su cuadro más general de

esta materia que él llama boceto, mientras su alumno que no conoce todavía la fisonomía propia de los caracteres que han de figurar en los huecos del mismo cuadro se pierde en la distinción y apreciación del fondo o intención del diseño, y conservará muy principalmente en su memoria la forma literaria y las afirmaciones genéricas del autor, a cambio sólo de alguno que otro carácter fundamental que por su clarividencia y método natural de exposición - concordado con la instrucción anterior recibida por el alumno - pueda asentarle ya firmemente sobre algún pilar de su experiencia. Mucho es, pues, lo que se pierde en esta lucha desordenada por la conquista de la experiencia con las armas o valimiento intermediario y avanzado de la teoría, y mucho más se pierde cuanto mayores síntesis prematuras se ofrecen al alumno y éste se halla menos sólidamente informado de la teoría y experiencia analíticas inherentes al caso; así le ocurre al discurrir sobre el problema general de la formación de las hernias y multiplicar las hipóte-

-sis de los términos y grados de su producción en cada especie dentro de los factores generales: víscera que va a herniarse y paredes de la cavidad en la que se halle contenida, que han de ser necesariamente modificados para ocasionarse el accidente herniario; y asimismo sucede al ensartar preliminarmente a su correspondiente conocimiento los tres grupos de las teorías particulares que aspiran a explicar las hernias del cerebro por lesiones encefálicas o meningeas - hidrocefalia externa, interna o mixta -; por alteraciones de las paredes del cráneo en las afecciones osteógenas sufridas durante el desarrollo, o bien por pretender explicarlas suponiendo falta de resistencia de la caja craneana, superada excéntricamente, o puesta de manifiesto tal debilidad con motivo de diversas lesiones del cerebro o de las meninges.

Incógnitas etiológicas semejantes, reducidas a puras hipótesis - como las anteriores - le explican la espina bifida por "irritación" crónica de las meninges o del endotelio, dando origen á una colección

de líquido que distiende la médula y las meninges espinales para, en último término, separar y rechazar al esqueleto de las láminas vertebrales; o admitiendo el hecho primero de la abertura, o de la falta de resistencia de éstas láminas óseas, como efecto de los trastornos osteógenos que ya han sido aludidos para explicar igualmente la producción de las hernias congénitas del cerebro; o bien se admita que durante el desarrollo se verifican adherencias entre la piel y las cubiertas de la médula antes de la cartilaginificación de los arcos posteriores, impidiendo el desarrollo de ésta ortopedia contentiva y protectora natural. En hipótesis se habla al estudiante de que las rarísimas hernias espontáneas del pulmón, sin lesión de las paredes torácicas, solo se pueden imaginar admitiendo un trastorno violento entre las relaciones fisio-dinámicas del pulmón, y las estáticas de las paredes que le contienen, con la resultante de ceder éstas paredes - más o menos alteradas en su resistencia por alguna causa o en-

fermedad anterior - ante la presión intracavitaria, y más concretamente, por virtud de notable expansión visceral, por cuanto aun el mismo pneumocele consecutivo a la lesión de la caja torácica necesita en clínica para manifestarse de un trastorno, siquiera momentáneo, de las funciones del pulmón, tal como una expiración enérgica acompañada de oclusión de la glotis.

Y así barajando para la explicación de las hernias tan escasas y vagas relaciones de fisio-patología general, envueltas en hipótesis también generales, muestra al estudiante el mismo trabajo las analogías entre las hernias, deducidas y probadas estas analogías en virtud de la hipótesis común que se ha dado para explicar su producción, y cuando precisamente ésta hipótesis, a su vez, necesita ella primero de ser explicada. Para nosotros no tienen caracteres de más firme analogía - como afirma el texto del Dr. Ribera - las hernias cerebro-espinales con las hernias abdominales en el recurso de las tres teorías

admitidas por Birch-Hirschfel para explicarlas haciéndolas depender por completo de las vísceras, como en el caso para las abdominales intestinales de alargamiento anormal del mesenterio; atribuyendo la causa más importante á las paredes de la futura hernia - teoría de los sacos preexistentes; - o bien que se represente obrando el mismo fin a ambos factores a la vez: víscera fácilmente deslizable desde un punto cavitario natural, compresión que sufre por la contracción muscular de las paredes, y existencia de puntos menos resistentes naturalmente, o patológicamente debilitados y relajados en las paredes del vientre; propensiones etiológicas o de disposición orgánica perfectamente aplicables, según el autor, bajo el punto de vista particular que es inherente a su especial organización, a las hernias de las cavidades craneana, torácica y raquidiana.

Con todo, es necesario que el estudiante continúe viendo analogías entre las hernias cuyos caracteres intrínsecos no se le describen ni

enseñan todavía; hasta se puede prescindir ahora de la víscera que se hernie y de la cavidad en que se verifique mirando, se dice, a la gran división de hernias en congénitas y adquiridas; las primeras dependiendo comúnmente de una anomalía o detención del desarrollo embrionario sobre el particular orgánico a que se refiere ulteriormente el motivo de la hernia, y las hernias adquiridas constantemente todas ellas constituídas por los dos factores: vísceras y paredes intervenidas en sus más fáciles disposiciones para el caso por diferentes acciones o fuerzas que elevan y clasifican el hecho en la categoría de la causación mecánica ó física.

Y bien poca cosa más de lo expresado al principio de las definiciones de hernias puede el autor ofrecerle al lector al intentar hacer firme y útil este capítulo o boceto general de las hernias con la más general descripción de caracteres que les son comunes. Anatómicamente considerada es evidente que en toda hernia ha de existir víscera her-

niada, y que es su regla general arrastre delante de sí a una serosa, que constituye el saco; las meninges en las hernias del cerebro y de la médula; la pleura en las del pulmón, y el peritoneo en las hernias abdominales. Ciertamente en el orden de lugar o asiento de las mismas que las especies no causadas por un traumatismo evidente, que ponga al organismo fuera de toda relación o ley de resistencia entre sus diferentes regiones anatómicas, tienen cada una de ellas su sitio especial en el que se dan y repiten con la mayor frecuencia, hasta el extremo de que son casi exclusivas en el abdomen las correspondientes a las clásicas regiones inguinal, crural, y umbilical, y se asignan la mayor frecuencia en las del tórax sobre sus partes antero-lateral y media; para las del raquis su región lumbar, y para las hernias del cráneo se señala una mayor repetición en las regiones occipital y fronto-nasal; mas el estudiante en todas estas proposiciones no puede ver ni aprender otra cosa que una teoría que le es bastante abstracta al

anunciarle verá en la clínica - y cuando él mismo la haga - trastornos de la estática visceral que siguen ciertas normas, que no se concretan ahora, en relación con determinadas disposiciones orgánicas conocidas de antemano - que tampoco se enumeran por el momento - y que la experiencia - en quien la tiene - ha comprobado, además, estadísticamente.

No es menos indeterminado para hacer un verdadero estudio descriptivo gradual y distintivo de las hernias específicas en clínica en su momento más próximo a la realidad natural el referirlas al carácter general de una tumoración aparecida súbita o lentamente en las regiones anatómicas en que son habituales estos accidentes, ni el hacer constar la reducibilidad de la víscera herniada - cuando no existen accidentes - hacia el interior de su cavidad natural, efectuada espontáneamente o mediante el auxilio de una compresión moderada; como igualmente se incurre en la misma imprecisión al indicar genéricamente la posible exageración de sus síntomas físicos, del volumen, y hasta

correlativamente de los fenómenos fisio-patológicos que son propios a cada variedad de hernia con aptitudes del cuerpo que favorezcan la acción de la gravedad de la víscera a través del trayecto que ha de recorrer en su accidente; aumentados estos expresos y aludidos síntomas o accidentes por el esfuerzo muscular general, por la tos, el salto, etc, que ésta labor admirable del maestro se realiza a respetable distancia del análisis inmediato de las condiciones físicas del órgano y de la cavidad constitutiva de la hernia, del cual análisis necesita siempre de un modo inmediato el alumno para hacer sus estudios propiamente directos y personales con la determinación intelectual autónoma de los trastornos funcionales ya de la patología peculiar a cada hernia y en cada caso derivada desde el primer conocimiento etiológico adquirido para cada órgano visceral, aprendiendo a diferenciar clínicamente bajo un saco de hernia inguinal, por ejemplo, el intestino, del epiplon; la vejiga, del ovario, un divertículo de

Meckel, etc.

No se aproxima más al tipo clínico al mantener el estudiante su inteligencia volando por parecidas alturas en unión del maestro discutiendo en el mismo objetivo de hacer a todo trance un grupo escolástico característico y general de hernias sobre las variantes de su marcha según la cavidad y el órgano herniado, reconociendo una marcha más rápida y un pronóstico más sombrío para el hidro-encefalocele entre las del cerebro, menos rápida al meningocele, y verdaderamente lenta al encefalocele, hasta el punto de poder permanecer estacionario y aún curar espontáneamente dejando de comunicar la cavidad del saco con la del cráneo; mostrando que en la espina bífida el volumen de la hernia tiende a crecer y que sus raras curaciones espontáneas sugieren la duda de si en vez de hernia medular -mielocistocele- se trataría solo de la meníngea -meningocele; señalando, en fin, que las hernias del pulmón pueden permanecer estacionarias, y esperarse su curación si

son pequeñas, y lo que tiene mayor importancia práctica para el médico y constituye como un anticipo indicador de la terapéutica expectante a seguir durante cierto tiempo, como interpretación acertada de la naturaleza sobre el correspondiente proceso involutivo en las primeras edades de la vida al saber que la inmensa mayoría de las hernias abdominales llamadas congénitas pueden curar, y curan muy frecuentemente, usando medios contentivos y esperando la obstrucción orgánica espontánea natural del conducto vagino-peritoneal que diera lugar al paso de la víscera herniada, intestino o epíplon.

¿A qué seguir? No es suficiente este breve comentario del método examinado sobre el contenido de tres o cuatro páginas del hermoso trabajo didáctico del Dr. Ribera para ya darnos exacta cuenta del distinto plano en que el maestro desarrolla su doctrina y sus síntesis, y el discípulo se inicia tomando a esa doctrina directamente como un cuerpo material y hasta tanto que su experiencia le va sucesivamente colocan-

do en contacto inmediato con la realidad clínica?

Resumen: La teoría de las hernias el estudiante primero la materializa, profesa o práctica, sin saberlo, un panteísmo doctrinal que puede lograr alguna unidad entre sí - a la respetable distancia en que la teoría vive de la realidad - cuando se le describen sencilla y completamente caracteres generales positivos y concretos de la clínica, más que en el caso de abrumarle desde el principio con capítulos generales de síntesis o relaciones genéricas, cuyo conocimiento o laboración abstracta ha de ser posterior y ejecutada conscientemente por el mismo alumno, una vez éste se halle en posesión de los hechos naturales y necesarios particulares y básicos de la misma serie.

-----\*\*\*\*\*-----

La profunda diferencia con que estudiante y profesor miran la teoría de las hernias se caracteriza - más que por la vasta ilustración que adorna al último - fundamentalmente por su posición con respecto al

primero. Vive el profesor la escuela de la naturaleza, el estudiante la de la doctrina; el primero vive una situación firme y propia, el segundo la vive tan movediza como la forma de las doctrinas que se le exponen; sin haberse formado criterio propio su situación es primero prestada y puramente refleja.

El profesor de ciencias experimentales - a las cuales desde luego corresponde el tratado de las hernias - comprende perfectamente que su más preciada doctrina es la que procede más directamente y con el mayor acierto en la expresión fidelísima de su objeto material a que se refiere. En este sentido mira toda la teoría de las hernias - sin abandonar un instante su más natural posición en la realidad - como un grandioso fenómeno reflejo y multicolor de esa misma realidad producido en la conciencia humana colectiva - en sus varios matices - mediante la pluralidad de las luces del entendimiento y de la experiencia de cada autor. En la teoría el profesor vé todavía más que el expresado reflejo de la realidad inmediata; vé lo que hay de creaciones hipoté-

ticas en el afán o necesidad de ilustrar puntos oscuros o ignorados del tema y para poder establecer la unidad que exige toda ciencia,mas, corrientemente, se halla libre de correr peligro de error transcendental con la admisión temporal de esas creaciones por el ingenio humano en el campo de la ciencia, ni al aplicarlas a las necesidades de su función docente, porque sabe aceptar y admitir de ésta moneda el justo valor que tiene en la cotización de la realidad para su más preciso conocimiento, y cuanto más práctico es - ya que por debajo del Ser absoluto cabe y se dá el más y el menos en todas las cosas - a la par que labora por la obra más próxima - y que consiste en la encarnación natural de los mejores principios establecidos - se revuelve contra los puros prejuicios engendrados al amparo de las idealidades de la teoría.

Para citar ahora en el trance del ejemplo un libro de nuestros días diremos que el profesor E. Graser, de Erlangen, colaborador en la Cirugía Clínica de Bergmann Bruns, protesta - reconociendo toda la im-

portancia de los estudios anatómicos relacionados con las hernias -  
contra el error muy frecuente de considerar - a la vista y repetición  
de los más numerosos detalles y artificio de las preparaciones anatómi-  
cas - la región herniaria de la parte anterior del abdomen como una re-  
gión propia de constitución muy complicada, en vez de considerarla como  
una parte de la pared abdominal. "La descripción - dice - que se dá  
del conducto inguinal, de las relaciones de sus fascias, de los vasos  
y de sus variedades envuelve, por decirlo así, a la simple abertura, que  
sirve de orificio de salida de la cavidad abdominal al cordón espermá-  
tico, con una concepción tan misteriosa que difícilmente se abandona  
tambien en el ejercicio práctico de la profesión". Desde luego, nosotros  
creemos que el mal es siempre más general, para las diferentes regiones  
anatómicas y para las diversas exposiciones y explicaciones de fisio-  
logía y de patología, alcanzando tambien las concepciones misteriosas  
hasta para con los estudios clínicos cuando no se tiene la fortuna de

poder contrastarles cuidadosa, verídica y sistemáticamente con las experiencias que les corresponden.

El profesor que lee el citado trabajo del Dr. Ribera no se detiene un instante a flor de su teoría, ni vagando sobre la superficie informe de sus síntesis formuladas en el cerebro del maestro a favor de su muy buen conocimiento anterior del mismo asunto, sino que hunde profundamente su mirada a través de las mallas de la doctrina - que para él son claras, porque también desde ellas está acostumbrado a mirar a su objeto - para ver y consultar principalmente a la naturaleza en el aspecto particular que le va señalando esa doctrina y dictar, en suma, sobre ésta su juicio de aprobación, o de desaprobación, de adición, o de rectificación.

Y en lo fundamental de su saber y de su experiencia no hace para sí un instante plástica esa doctrina - a no ser un doctrinario puro-; ni le afectan mayormente los cuadros nosológicos sobre las hernias tra-

zados sobre bases de sus analogías aparentes, más que por primera distinción elemental de sus caracteres reales y positivos. Las definiciones de las hernias no las toma como se hallan escritas, y sí solo como él cree conviene a la naturaleza del definido que ya conoce y ha experimentado, no significándole de un modo esencial la redacción y fortuna que hayan podido hacer las de Ribera, Perls, Laboulbene, Erichsen, Bardeleben, Englisch, ni de otros más que llegaren a sus manos.

El boceto de capítulo general de las hernias dispuesto por el Dr. Ribera contiene para el profesor un recuerdo de los caracteres más interesantes y elementales de las hernias, y, además, le significa en sus juicios el valor estimable de unas cuantas síntesis o agrupaciones genéricas fundamentales sobre esos mismos caracteres según cierta ordenación por el entendimiento del autor. Con todo, quizá en su día le costaba trabajo al mismo profesor legítimar por igual el género morboso hernia y la oncología, y creía en una primera alteración en la estática

visceral como el primer paso para las hernias y sus accidentes, y, distintamente, ha admitido una neoformación - hiperplásica o hipertrófica - para que tenga lugar la producción tumoral en la economía, concluyendo, pues, que no debe merecer nomenclatura de la misma serie, ni con tanta propiedad, un hecho estático y de iniciación material pura, que otro hecho esencialmente vital, aunque tenga desviada su función generadora de la normal de la vida.

Igualmente recurre el profesor ante todo a su personal experiencia al discurrir sobre el problema general de la formación de las hernias y al multiplicar las hipótesis de los términos y grados de su producción, de sus síntomas y accidentes reales y posibles. No otorga favor doctrinal puro á ninguna de las teorías que ha admitido Birch-Hirschfeld para la explicación de las hernias, y tal vez éstas y otras más que conoce, si buenas como doctrinas, las halla incompletas y hasta erróneas seguidas en sus exclusivismos, rígidas y orgánicas y siempre

algo esquemáticas para los casos y contingencias innúmeros de la práctica; toma de ellas, o desecha tanto, y hasta más que toma, con la oposición del contrario, si con los fueros de su experiencia va lejos en la protesta y reacción contra lo que le ofrecen absolutamente para cada situación especial; pero siempre labora con su espíritu clínico sin apartar su vista de la naturaleza y condición particular del accidente que estudia.

Los experimentos de Cloquet sobre el cadáver precipitando con gran presión las vísceras abdominales contra el peritoneo, haciéndose la ilusión de producir el potencial del esfuerzo natural en el vivo, en demostración de que durante la vida circunstancia alguna de dicho máximo esfuerzo, ni de otra acción habitualmente menos violenta y directa, a su entender, sobre el peritoneo puede dar lugar a la formación de un saco herniario, para concluir su formación primitiva anterior siempre a la manifestación sintomática de toda hernia y explicarla ésta pre-

formación como fenómeno congénito, o por tracción del peritoneo por el mecanismo de la llamada hernia adiposa, ni las razones sobre los mismos fundamentos aducidas por Roser, Linhart, Bardeleben y Schmidt por parecerles más lógico esta preformación del saco herniario, que su formación instantánea, no le llevan ciegamente al profesor a admitir con éstos autores que el saco herniario se forma primariamente y con independencia de las vísceras para todos los casos de hernia, y es seguro que aleccionado desde su punto de vista doctrinal y experimental a la vez en una época como la actual en la que merced al desenvolvimiento general y particular de las diversas disciplinas el profesor de nuestros días ya tiene ambiente firme para sus convicciones en la posesión de cierto número de verdades, sin necesidad de entregarse esclavizado al patrón esquemático, parcial e incompleto de las teorías o hipótesis para la explicación de un hecho como el presente, intervenido casi siempre por factores complejos; es seguro, decimos, que en el orden de esta doctrina el profesor admite aquí solo como indudable la pre-

formación del saco herniario para muchas de las hernias inguinales de los niños que son habitualmente congénitas, por permanencia en todo o en parte del conducto peritoneo-vaginal, dispuesto así a recibir las vísceras, se haya o no efectuado el descenso del testículo hacia el escroto. Y admite en tales edades la existencia de este canal vaginoperitoneal de origen embrionario cuántas veces se muestra en la clínica, sin oponerle el hecho casi constante de no ser observada la hernia inmediatamente después del nacimiento - en más de 23.000 niños recién nacidos Chaussier sólo encontró un caso de hernia inguinal - porque así primeramente se lo informa la continuidad de su experiencia en el examen y reconocimiento de las obstrucciones sucesivas ocurridas posteriormente al nacimiento; razonando, además, el caso de ausencia de hernia o falta del descenso visceral durante los últimos meses de la vida intrauterina por la quietud de los músculos del abdomen, falta de movimientos respiratorios y de las funciones activas del intestino, como

así mejor se explica su aparición desde el instante que la función respiratoria, el llanto, el peristaltismo intestinal y las contracciones frecuentes de las paredes del vientre invitan a una víscera - por la ley de presión y la de menor resistencia, en mayor eficacia que la determinante pura de la de gravedad correspondiente a la masa de esa misma víscera - a ocupar el conducto vagino-peritoneal libre, que no ha sido obstruido orgánicamente, y se halla en cavidad virtual hasta aquél momento. Camper en 70 recién nacidos encontró abierto el processus vaginalis peritonei en 56 casos; y de éstos 34 en ambos lados; Zukerkandl en el 37 por 100 de los casos en niños menores de cuatro meses; y Féré durante un mayor periodo de observación, hasta los nueve años, ha hallado en 188 niños 18 casos con el processus vaginalis completamente abierto, y 59 en los cuales la obliteración era incompleta.

En cambio, es muy probable que para el mismo profesor - también en el valimiento de su experiencia - la doctrina de la preformación del

saco alegada para explicar todas las demás hernias no congénitas por tracción del peritoneo de fuera a dentro tenga para él un interés más bien didáctico que real fuera de los hechos concretos o límites experimentales - por cierto muy reducidos y de escasa garantía para la prueba - en los que puede hallar alguna aplicación explicativa, tales como en los acúmulos de grasa que se encuentran algunas veces a lo largo de la línea alba, en la pelvis menor próximos a la vejiga urinaria y al recto, a lo largo del cordón espermático y en el trayecto de las vainas vasculares de los grandes vasos femorales. Estas concreciones adiposas juntándose extraperitonealmente dan lugar a veces a lipomas subserosos de tamaño variable desde un guisante a un huevo de gallina que crecen hacia el exterior a través de una laguna de la aponeurosis o de la novi-fascia que les circunda, y ejerciendo una tracción sobre el peritoneo que está en conexión con el lipoma forma progresivamente este descenso peritoneal un divertículo de figura cónica, que puede

llegar á constituir un saco herniario - eventualmente confundido por debajo con la noviformación del lipoma - y alojarse en el interior de su cavidad una porción visceral. Nuestro caso n° 111, que tenemos por verdaderamente notable en esta especie de semeiótica de las hernias, nos podría suministrar materia para comentar la patología propia de dichos lipomas y, sobre todo, con el mayor interés su patología de relación con la hernia crural determinada en el mismo sujeto, investigando particularmente - más que todo efecto de prelación en el tiempo entre dichos afectos, lipoma y hernia - las determinantes etiológicas porque se hallaren residenciadas en un hecho patológico respecto del otro; o bien si, distintamente, solo ha podido tratarse de una vulgar concomitancia de la clínica que ha reunido ambos hechos por virtud de concurso fortuito de sus respectivas causas, ajenas unas de otras para constituir la afirmación de nexos alguno de causación unitaria, inmediata y recíproca entrambos afectos; ya que nuestro organismo constan-

temente se halla sometido a las acciones más complejas concordadas en el fondo o ley biológica particular, concretada individualmente, con uno u otro vicio de la naturaleza o defecto de organización; y, en suma, así la pluralidad y distinción advertidas en la sintomatología objetiva reconoce interiormente, en el seno del organismo, la misma pluralidad y distinción de sus causas más próximas; integrando, no obstante, de este vario modo, por los fueros de la unidad y solidaridad fisiológica - más que series distintas y originarias de la patología, con su punto de partida independiente y que corriesen paralelamente sin hallarse en el plano de la clínica - las facetas, borrosas para nuestro conocimiento, del mismo prisma alterado de la vida orgánica.

Y considerará todavía menos frecuente en la práctica la necesidad de atribuir análogas acciones de tracción - con el subsiguiente saco peritoneal primitivo - a la pesantez por tumor del testículo, hidrocele,

por retracción cicatricial de la glándula de Rosenmüller en la vaina de los vasos crurales, según quiere Linhart, y lo mismo para con las retracciones y adherencias post-inflamatorias entre el peritoneo y la pared abdominal - génesis expresada por Roser y English -, ni es fácil que por el mecanismo del mismo género de tracción abrigue la esperanza de ver algún día un solo saco herniario originado directamente por la atrofia subsiguiente a la tumefacción inflamatoria de un ganglio linfático adherido al peritoneo.

El profesor - frente a estos géneros, entre raros e hipotéticos, de preformación del saco herniario con respecto a una víscera a o b - admitirá muy distintamente para el mayor número de hernias producidas en el adulto una patogenia que seguramente no expresará el divorcio artificial entre efectos lo más frecuentemente originados y mantenidos por iguales causas, y no colocará la formación del saco o el descenso del peritoneo a saculizar a la extrema vanguardia de su doctrina, y el

descenso de la víscera para operarse en época lejana, cual si la causa inmediata hubiera de obedecer a un sistema de fuerzas diferente del primero, o distanciados entre sí en el tiempo.

En la teoría que intenta explicar la aparición de las hernias por la prolongación patológica del mesenterio - según las opiniones de Rust, Richter, Benevoli, Malgaigne y Treves imaginando una relajación de los medios naturales de fijación del mesenterio que permitiría a las vísceras la longitud y el descenso necesarios para alcanzar a gravitar sobre las aberturas herniarias, actuar y lograr dilatarlas, observará, sin duda, el profesor, una atención desmedida de sus autores hacia lo particular e incompleto de la causa compleja de las hernias y, además, que parten de un supuesto erróneo en lo de afirmar que no podría producirse el descenso visceral con mesenterio de longitud normal, sin tener presente con Schmidt y Linhart, con todo el que haya presenciado o ejecutado alguna laparotomía particularmente laboriosa

para reducir el contenido intestinal, experimentado o ensayado mensuraciones sobre el cadáver - como últimamente Lockwood - que el mesenterio en todas las edades y en estado normal tiene tal longitud que las asas intestinales sin que se hallen en relajación, ni sufran tensión ni solicitud mayor de la pesantez de su propia masa y de las condiciones físicas y fisiológicas también naturales de la cavidad abdominal que las contiene, pueden salir, y salen de hecho, al exterior en el desarrollo patológico de la correspondiente causa compleja o patogenia particular del caso hernia, a la que antes nos referimos. Y hallará muchísimo más de sentido común, y de buen sentido clínico - que no puede prescindir del primero - que dicha prolongación mesentérica en las hernias, cuando existe, se ha de referir más bien a un efecto de tensión constante de la misma hernia que no a que se halle constituida en su causa más próxima, y para la cual relajación mesentérica, al fin, habría de invocarse como una de sus causas principales

el peso de su propia masa, casi constantemente gravitando desde sus inserciones en la columna vertebral en el mismo sentido del eje del cuerpo, habitualmente en aptitud vertical, de arriba abajo.

Admitirá de la doctrina y explicará el profesor corrientemente el gran grupo de hernias adquiridas - sin saco preformado, ni por divertículo properitoneal - con el concepto patogénico expresado en el mismo trabajo del Dr. Ribera por la fórmula mecánica general de una falta de proporción entre la resistencia de las paredes abdominales y la presión de las vísceras: teoría de Reneaulme de Lagaronne, de Garregeot, Arnould y Scarpa defendida con el exclusionismo de considerar el esfuerzo como su causa hasta el extremo de no haber admitido estos maestros más que un solo mecanismo en la producción de las hernias, y una sola variedad de hernias: las hernias de fuerza.

El profesor sin hacer un estudio detenido y experimental con Schatz sobre la estática visceral en averiguación de las diferentes

intensidades de presión a que se hallan sometidas las vísceras abdominales dentro de las distintas posiciones del individuo - modificaciones imprimidas por la respiración, acciones del ejercicio y particularmente del esfuerzo realizado principalmente con tal o cual grupo de músculos de las paredes abdominales y que llevan o determinan más o menos directamente su acción de presión intra-abdominal, con reducción de esta cavidad, sobre una u otra de las regiones naturalmente vulnerables - reconoce la máxima importancia patogénica, compendiada en las acciones mecánicas de aquella fórmula, para tal grupo de hernias adquiridas, mas no se aferrará en convertir a la fuerza en su causa exclusiva, ni principal siquiera, para todos los casos; una vez que la resistencia de las paredes abdominales es susceptible de toda variación o condición en la relatividad material de cada sujeto, y hasta puede constituirse su más débil o anómala expresión orgánica en el factor principal en algunos casos, y, no obstante esto, tampoco se le ocurri-

rá erigir en causa principal de las hernias adquiridas - en un capítulo general de doctrina etiológica de las mismas - a la debilidad o defecto orgánico de dichas paredes abdominales: porque sabe muy bien que en la clínica se le ofrecen constantemente en una cierta y particular relación ambos factores, potencia y resistencia, en el desarrollo de las hernias, y así pensará en todos los grados de sus relaciones causales posibles, combinadas estas relaciones con la variabilidad y para la diversidad con que se dan los fenómenos físicos y vitales en la unidad clínica; concederá toda la importancia etiológica que le es propia a la anchura del orificio herniario, a la relajación de las paredes abdominales y a los esfuerzos violentos y repetidos; creará, tal vez - en contra del esquematismo doctrinal de quienes califican en el desarrollo del accidente una escala patogénica gradual, que sobre todas las cosas se halla, antes que en los hechos de observación directa, en su cerebro - que se producen claramente hernias instantáneamente exis-

tiendo y obrando las condiciones orgánicas y materiales - sin las preparatorias graduales del accidente - que son más propias y eficaces para el caso; lo que no le impedirá admitir, y hasta deberá de reconocer, en la experiencia de gran número de hernias adquiridas manifestadas, según todas las apariencias, durante el curso de una vida de los más suaves y regulares movimientos, y que van haciendo su aparición lenta, gradualmente, la misma gradación patogénica inicial para los fenómenos antecedentes en la serie fisio-patológica del mismo caso, cuya observación de sucesión semeiológica no es accesible a sus sentidos, pero que deduce de las leyes emanadas de sus conocimientos anatómo-fisiológicos sobre el particular; no intervenidas ni interceptadas súbitamente estas leyes dispositorias del organismo por causa alguna que imponga su carácter etiológico, y, además, a la vista del desarrollo de los fenómenos clínicos progresivos y graduales, por etapas, haciendo en todo esto labor de correlación y de unidad clínica; en

parte, experimental; y en parte, racional; ya que la experiencia pura y masiva y sin algunos elementos racionales - aun en estrecho círculo del saber - no le dá comúnmente trabazón de ciencia al profesor de más alto sentido, ni tampoco al más paciente observador; de éste modo, pues, llega el profesor a alcanzar para tantos casos de hernias adquiridas, que presentan los últimos caracteres evolutivos, que la formación del saco, estimado como tal cavidad, va precedida del desprendimiento del peritoneo parietal; lo que, a veces, es un fenómeno facilísimo de deslizamiento de la serosa sobre la aponeurosis profunda, con la ayuda del tejido celular laxo. Y lenta o brusca la generación del saco herniario de las adquiridas, sabe que por pequeño que sea dicho saco herniario, contiene ya intestino o epiplón; ya decía el profesor Ribera "que si la contracción de la pared abdominal puede ser considerada como un hecho primario, y de secundario a su respecto, la formación del saco, en el orden cronológico éste fenómeno coincide con la producción de

la hernia"; y lo mismo ha querido decir posteriormente - con menos precisión que Ribera - E. Rochard en su tratado de las hernias al afirmar que "la hernia y el saco son contemporáneos".

Por último, el profesor leyendo todo trabajo doctrinal y toda teoría sobre las hernias tiene muy en cuenta las modificaciones enteramente subjetivas e individuales con las que les han podido caracterizar sus autores singularmente allí donde la doctrina es menos precisa y más difícil o lejana la observación experimental para la conciencia general; bien por perder el autor la huella o proximidad de su objeto y remontarse en el campo libre de las abstracciones, ora por otras causas, sin excluir la relatividad de percepciones, ni los errores - casi absolutos para con el detalle elemental - cometidos frecuentemente por nuestros sentidos, a veces hasta para con las observaciones más vulgares, confundidas con cosas nuevas y factores nuevos por el lado que las miramos; en contraste con nuestros juicios comprendiendo

como cosas y hechos vulgares o corrientes, los que no lo son, ni corresponden al ambiente de experiencia que vivimos.

-----+-----

Si el profesor, en vez de considerar la doctrina ajena sobre las hernias, la produce o hace por sí propio, suprime la imagen intermedia que toda doctrina extraña a la labor inmediata de sí mismo constituye entre la realidad que aspira a reflejar y su conciencia personal. En este caso, pues, el profesor no se dedica a ver y considerar la realidad de su objeto a través de la teoría que se le ofrecía antes, aprobando o desechando de ésta conforme a su previo conocimiento experimental, y aplicada ahora directamente su conciencia y experiencia sobre dicho objeto de su estudio no hace más que diligencia en traducir inmediatamente a una forma más o menos feliz de expresión esa naturaleza observada y conocida de antemano, resultando de este natural modo la

función de autor tanto más directamente subjetiva cuánto mayor y más propio conocimiento y originalidad de interpretación experimental poseyere el expositor o el crítico dentro de los límites de su objeto natural.

Según estas declaraciones generales se ve ya que el estudiante de la teoría particular de las hernias no se halla por su conocimiento más próximo á su profesor cuando éste hace la teoría de ésta cuestión, que en el caso precedentemente considerado de mirar sólo - el profesor - a la teoría de los demás. Resulta siempre aquél ocupando su posición principalmente unilateral teórica, de teoría plástica en sí misma; a lo más, con bien contados elementos dispersos de una experiencia demasiado incipiente; y, distintamente, el profesor - lo mismo en el caso de examinar la doctrina ajena, que en el de emitir la suya propia - no pierde un solo instante, como decíamos antes en su lugar, la visión y consideración directa de su objeto real.

Y en esta comunidad de posición mantenida por el profesor y el autor se halla, precisamente, el secreto de sus grandes analogías, a la vez que se constituye en motivo formal de impedimento para que puedan caminar con divergencia uno del otro por los senderos de la ciencia; borrándose al llegar a ciertos límites de la especulación y experiencia toda diferencia entre sí apreciable; porque si el autor hace u ordena la doctrina y la comenta de mil modos diferentes, el profesor que examina esa misma u otra doctrina lo hace con tanta intención, conocimiento y experiencia propios que realmente asiste - aún sin darse él mismo cuenta exacta - a una verdadera laboración y asociación de elementos dentro de su conciencia, combinándose no menos de mil maneras lo que recibe con lo que él ya posee, con todos los resultados de una obra genuinamente creadora en el sentido doctrinal, mas que no sea registrada la forma gráfica del comentario. Y convencido de que el carácter de autor conviene más a quien más pone o más interesa acertada-

mente en la interpretación de la realidad natural admitimos siempre la necesidad de hallar al más propio autor de la doctrina de las hernias en quien más conoce su experiencia; escriba, o comente el libro; y al mejor profesor en el más original, inspirado y práctico autor, y es que "la ciencia es una".

Dada esta unidad por su objeto - y alcance para con él en su experiencia - entre el profesor y el autor, hacemos extensivo para éste, con el fin de evitarnos repeticiones inútiles, nuestro comentario expuesto para el primero sobre la manera clásica de llenar lo general y lo particular; de trazar el boceto y los detalles, de hacer y admitir las síntesis y análisis del gran cuadro de la doctrina de las hernias; aceptando aquí, como allí, todas las modificaciones de que es susceptible la conciencia humana en su variabilidad subjetiva para interpretar la naturaleza, aún partiendo desde el mismo punto de vista y de igual caso clínico; aspirando a igual fin, y en terapéutica a obtener

la misma reintegración de la normalidad perturbada.

-----+++++++-----

"Siendo médico, el que cura"; conforme decía un aforismo - ya antiguo -, la relación del médico con la práctica de las hernias ha de ser no solo mucho más directa que con la teoría de las mismas - relación próxima mantenida bajo los aspectos indicados por el estudiante y el profesor - sino, sencillamente necesaria e ineludible en su ejercicio. Nos hallamos, pues, en el tercer punto de nuestra división hecha al principio, y marchando -cual hemos prometido- de la teoría a la práctica de las hernias.

Queda así directamente afirmada la verdadera posición que le corresponde ocupar al médico si más propiamente ha de cumplir los altos deberes inherentes a su ministerio. Colocado ante la realidad de su objeto no le bastará ya observar su naturaleza a través de las doctrinas expuestas, como hace sabiamente el profesor; ni el hacer, enmendar,

confirmar, ni rectificar didácticamente esas doctrinas con las más vivas notas de originalidad de que sea capaz un autor; el médico, o el profesor clínico, sobre todas esas cosas, y sin que se desprenda ni excuse de su conocimiento elemental y seguro como preliminar obligado y directriz para la clínica y la acción, necesita obrar; no se concibe sin determinar y conducir ordenada y razonadamente las acciones terapéuticas a su término práctico; que viene a ser como la cúpula o remate de este edificio, el cual sería vano e incoherente sin tan alto sentido benéfico y armónico fin.

Para conseguir estos resultados el médico que ha de tratar las hernias - o mejor dicho, a sujetos herniados - no acepta el intermedio de su doctrina general, refleja respecto de la realidad clínica cuando no se dá el caso de una mayor lejanía al representar sólo un eco de otras doctrinas, y se contiene primariamente en la diferenciación patogénica y patológica de su caso práctico, queriendo penetrarse

desde luego de lo preciso de la indicación a cumplir y de los medios más eficaces para llevarla a cabo. El médico interroga al herniado en la significación de sus condiciones materiales y fisio-patológicas generales y locales en las que se dá el efecto valiéndose de la clave de interpretación que le proporciona su saber, su experiencia y discernimiento clínico; leyendo así, constantemente que hace buena clínica, recta y discretamente en esta gran página del más grande libro de la naturaleza, y no la pospone a ninguna otra lección.

Nada interroga directamente a la doctrina, a las descripciones especiales, ni a las teorías; y, buen conocedor de que la realidad clínica es única en cada caso, no idealiza ni hipoteca a los ensueños de ningún lirismo la materialidad presente de su observación personal, sobreponiéndola y sumándola conceptos genéricos, síntesis ni análisis, bocetos ni cuadros de mano maestra que se exponen en todos los tratados de hernias, y que la deformarían a ésta realidad irremediabilmente;

porque es muy difícil, por no decir imposible, que aún en la doctrina casuística o clínica mejor proporcionada, o que más exactamente copie los grandes tipos clínicos que se dan en patología de hernias, se pudiera elegir y aprovechar una norma exacta, una sólo historia clínica para, sin más, aplicarla directamente el médico a su caso, como guante a la mano, desde la patogenia del afecto al tratamiento que le haya de ser más propio, con la predeterminación de circunstancias inflexibles de tiempo y modo necesarias para la acción, y con lamentable y punible olvido de las variantes naturales que ha de imprimir, y de hecho imprime, para cada afecto - aún entre los de análoga gradación sintomática - las demás condiciones materiales y fisiológicas que se dan en el mismo sujeto herniado.

El médico que hace clínica de hernias no labora, ni se conduce apoyado - como un lisiado del conocimiento - sobre el espejismo de inmóviles muletas de la semejanza de las formas semeiológicas que le

ofrece la patología didáctica acerca de las mismas cuestiones; que necesita para cada caso tanto la investigación y determinación de los caracteres particulares del afecto, como de los más generales del paciente; considerando a ambos modos del enfermo absolutamente necesitados de un estudio completamente experimental clínico, en cuanto su variabilidad en cada individuo puede dar fundamento a acciones o abstenciones terapéuticas particulares muy formales, deducidas en medio del examen de la unidad e intensidad de potencialidad vital del mismo individuo enfermo, de la forma y grado del accidente, de los riesgos del padecimiento abandonado éste a su marcha o evolución natural, los riesgos contingentes inherentes a la intervención - si hubiere motivo para pensar en ellos -, resultados más probables según la clase y modo de intervención, resistencia y conformación del enfermo, su vida probable, relación de concomitancias con otros afectos - si los padeciere- etc. etc.

El profesor teórico hemos visto que por más que tiene su raíz o posición de origen preferentemente sobre el terreno firme de la naturaleza - de la cual obtiene su mejor teoría - se entretiene y ocupa en pintar el reflejo de aquella naturaleza con el mayor verismo, y en este sentido no deja de conceder una gran importancia didáctica a la exposición de las doctrinas; él se remite constantemente a la realidad y tanto más lo hace sigue tejiendo esa tela impalpable de la doctrina, mas sin llegar por tal camino a vivir el estado de naturaleza o propiamente clínico. Esto último, precisamente, hacen directamente el médico y el maestro clínico plasmados en la realidad de cada caso que se les ofrece en la acción clínica, y éste es el motivo y materia de la diferencia fundamental entre el profesor y el médico con mirar ambos a la misma naturaleza; mas sucede que lo hacen en diferentes momentos y con método de examen distinto el uno del otro, como siempre es diferente forma la de lo general y abstracto, de lo particular y concreto, aún

sobre la consideración de igual fondo de naturaleza.

El médico no tiene momento que perder en hacer elección entre las muchas definiciones de hernias que se han dado, y sensiblemente para su experiencia - con distinta redacción - vienen a significarle lo mismo todas ellas, y difícilmente halla una errónea; y si, a lo más, incompleta. No ha de valorarlas relacionadas entre sí críticamente las de Ribera, Perls, Laboulbene, Erichsen, etc. ni ha de buscar al mismo fin en el índice de las emitidas posteriormente. Con la representación fundamental de que una ectopia visceral apreciable, con mayor o menor número de cubiertas y producida preferentemente en ciertas y determinadas regiones anatómicas constituye lo más frecuentemente una hernia no tiene sino el médico más que analizar experimentalmente los caracteres de esa representación una vez presentados en un caso real, y todavía siempre haciéndolo con más ánimo de interpretar bien lo que tiene ante sí, que de hallar confirmación cumplida al primer supuesto; que

ésta confirmación vendrá luego si los primeros caracteres materiales del caso resultasen con una revelación negativa para deducir otra nosología y, en cambio, afirmativa directa para la de nuestro primer juicio.

El mismo sentido esencialmente práctico ha de seguir constantemente el médico bajo el aspecto particular de las teorías patogénicas que aspiran a la explicación de éstos mismos accidentes o enfermedades en cada caso aleccionado por su experiencia que no puede ir muy lejos en sus relaciones próximas para con una terapéutica etiológica eficaz y concluyente, lo más precisa, con adoptar sistemáticamente uno de los lados de las distintas teorías esquemáticas con que Birch-Hirschfeld explica la aparición de las hernias adquiridas, ni con las similares de otros autores, que revisamos al leer con el profesor el mencionado trabajo del Dr. Ribera, y procurará el médico ser sólo sistemático para con el ejercicio metódico del correspondiente análisis experimental aplicado a sus observaciones, tanto en los dominios de la etio-

logía, como en los de la semeiología; procedencia la más directa y menos sospechosa para poder formular con el máximo acierto de una síntesis clínica bien orientada las indicaciones más propias para cada caso, y que constituye la más firme garantía para obtener la eficacia práctica al llenarlas; toda vez que el primer valor de los tratamientos instituídos pende del ajuste o perfección de su acción correctiva o modificadora en orden a la necesidad o vicio patológico manifestado clínicamente; conjuntamente, pues, ha de considerar el médico la índole del accidente y las acciones del tratamiento en sus relaciones más elementales con los caracteres materiales y las circunstancias fisiológicas del sujeto herniado.

El médico ha de proceder, ante todo, experimentalmente siempre, y de esta primera actitud, que le es la única propia durante su ejercicio, no puede evadirse hasta para con las cuestiones que por pertenecer a un orden experimental taxativamente analizado y conocido de antemano

parecería que le podría servir éste conocimiento de guía avanzando y preciso, como su mismo molde, o siquiera de guía a la par en el desarrollo de su ejercicio, y no resulta así. Graser, por ejemplo, a quien hemos citado anteriormente y que no solo conoce los errores a que por artificio induce la teoría, sino también las modificaciones y alteraciones materiales de que es susceptible el organismo, se revela del siguiente modo contra los prejuicios de disposición anatómica que sufriría el cirujano de hernias atento en buscar y discernir ordenada y sistemáticamente las cubiertas herniarias habituales y clásicamente descritas, y las propias de la región en la que se produce la hernia, y sin que pueda decirse por ello que éste cirujano menosprecia los conocimientos de anatomía normal, cuya primera importancia encarece: "Las cubiertas accesorias de la hernia entre el saco herniario y la piel son en alto grado variables. Algunas hernias, especialmente de las regiones inguinal y crural, están situadas inmediatamente debajo de la

piel, y a veces hasta el mismo saco herniario está adherido a ésta. Sin embargo, las más de las veces, por lo menos una hernia reciente-mente producida, ha atraído consigo como cubiertas a una parte más o menos considerable de las capas de tejido (fascias, grasa, aponeurosis y también músculos) que se interponen en su camino. Estas cubiertas (que en especial los anatómicos han disecado de un modo cuidadoso y descrito detalladamente) tienen gran importancia para la comprensión teórica; pero sufriría muchos desengaños aquel que en cada operación creyera encontrarlas todas. Ora están éstas considerablemente adelgazadas, ora enormemente engrosadas y adheridas recíprocamente formando una masa aglomerada y densa, cuyos elementos de formación se hacen difíciles de precisar. Las más de las hernias permiten reconocer, por lo menos por encima del saco herniario, una capa diferenciada, la cual procede de la fascia intra-abdominal (transversal, iliaca, lumbodorsal, pélvica, etc.). Dicha capa (estudiada especialmente por Cooper en las

hernias crurales) ha sido llamada fascia propia de las hernias, denominación que podrá ser conservada si se llega a aclarar su origen.

En las capas accesorias, especialmente por la presión ejercida por los bragueros, se desarrollan también a veces sacos quísticos, en parte como resto de derrames sanguíneos o como bolsas mucosas de noviformación.

La piel en las hernias antiguas, en especial bajo la influencia de bragueros que se han llevado largo tiempo, experimenta también con frecuencia considerables modificaciones (pigmentación, formación de cicatrices, engrosamientos)".

Solo añadimos a esas líneas que el médico en este particular de la cirugía - como en todos los demás - necesita saber constantemente, de un modo continuo, lo que hace y porqué lo hace; y para lograr este acierto, repetimos, ha de ser su objetivo invariable, directo y también continuo el examen e interpretación de la naturaleza en el modo o forma que se le ofrece a sus sentidos, sobre la consideración inmediata de

toda doctrina, siempre más o menos lejana con respecto a su caso, aún la que expresa un verismo natural general, ya que el médico necesita precisar dentro de la relatividad de la naturaleza, aspirando a obtener un verismo absoluto en cada caso particular. Creemos no hace falta insistir acerca de éste punto.

-----+ + + + +-----

Decíamos al principio que la misma unidad y sucesión teórico-práctica de los acontecimientos del saber en la vida del individuo - contenida en embrión en la precedente exposición - nos habría de conducir, también naturalmente, a incluir a continuación nuestra estadística personal sobre las hernias, y a registrar algunos de sus caracteres según nuestra interpretación experimental. De este modo - confirmándose durante el curso de nuestra experiencia cuanto hasta este lugar hemos dicho generalmente sobre las cuestiones de método a seguir para su es-

tudio, y doctrinal pura de las hernias - hemos venido asistiendo, unas veces, e interviniendo otras más o menos activa o personalmente en el desarrollo de esos distintos ciclos graduales de preparación para el saber clínico en el asunto que nos ocupa, siquiera nuestra subjetividad no haya recibido constantemente todo ese material clínico de que nos hemos visto rodeados con la amplitud y distinción que hubiera sido de desear poder clasificarle o diferenciarle al deslizarse ante nuestros sentidos, y, en consecuencia, tratándose de nosotros no se puede hablar profundamente para ésta nuestra carrera personal del profesor, autor, del maestro ni del clínico, y si, únicamente, primero de un estudiante, con todas sus incapacidades e inexperiencias y progresivamente, luego, de un licenciado en medicina y cirugía que muy lentamente después durante los escalones de su experiencia ha ido realizando - con muchas limitaciones - aquella obra sucesiva de reintegración personal del saber y de la experiencia fraccionarios, establecidos

impersonalmente, y tomados desde el libro y la cátedra a la cabecera de la cama, o examen más inmediato del paciente, en la unidad y verdad clínica; de la que son todos sus incontables y particulares detalles - ofrecidos al sentido con la variedad propia de la sintomatología - relacionada y armónica expresión; lo cual ya decíamos al principio de este trabajo había venido constituyendo nuestra obra fundamental de experiencia - lo mismo para lo general de la clínica, que para lo particular de las hernias-; es claro, que entendido esto con la débil expresión con que nuestras facultades pueden trazar los contornos y dibujar los relieves de esas experiencias dentro del gráfico clínico general.

Resulta, pues, que regular o incompleta nuestra obra - y lo mismo calificado su curso dentro de la evolución mental y clínica que hemos seguido en la misma - no podemos por menos de admitir que esas nuestras experiencias individuales de la clínica - dispuestas en la

serie práctica en que nos hemos ejercitado - dan lugar a una estadística clínica y terapéutica laborada esencialmente con el criterio expresado para nuestro tercer grupo, esto es, siguiendo el método y conducta señalados para la práctica de las hernias por el médico; conocimiento de método que sólo advertimos distintamente hoy que nos ocurre mirar retrospectivamente hacia la concatenación y dirección de nuestras experiencias vividas e inspiradas por la virtud primera de la lógica clínica y de la necesidad terapéutica.

¿Hay, o advertimos alguna originalidad en esta nuestra experiencia?. Ninguna, pensando en primer lugar en que los caracteres o semeiología son siempre de la naturaleza, y la interpretación corresponde al hombre. Todavía para el caso de querer estimar como original a una experiencia - que nada crea primitivamente, pero que por ella se descubre las relaciones de conocimiento con el objeto o enfermedad material a que se aplican nuestras facultades - nosotros entendemos que carece-

mos igualmente de toda esa originalidad, que pudiera mejor apellidarse de "determinación de relaciones", o de "interpretación personal de aquel objeto o enfermedad".

En efecto, nosotros ninguna garantía ni prueba formal creemos poder aducir durante el curso de nuestra experiencia para demostrar alguna originalidad en el conocimiento con verdaderos títulos de descubrimiento experimental, ni lógico; la experiencia o el arte - según decían los antiguos - es larga, y la vida breve; a cada paso y en cada situación hemos visto probadísima esta verdad bajo la forma de ofrecérsenos como verdaderas novedades los innúmeros detalles y particulares de toda esa experiencia que hemos vivido; por lo cual tenemos por de mejor sentido y más recta razón pensar siempre que en materia de hernias, como de cualesquiera otros puntos de la cirugía, se nos ofrece la novedad del conocimiento, de la apercepción del nuevo detalle o principio; en vez de exagerar su significación dentro del cuadro clínico y deformar

a su proporcionada naturaleza, y atribuimos la sensación o impresión que nos causa a un efecto necesario y más o menos primitivo - antes que a un acto original - de la adaptación de nuestro entendimiento a los particulares de la realidad que observa; lo consideramos, en suma, como un acto más de interpretación en clínica o en terapéutica, y por tanto consciente para nosotros desde aquel instante y que desde entonces entrará a formar parte de nuestra experiencia general.

En defecto, pues, de toda originalidad nuestra que no se refiera a la parte activa tomada en el desarrollo voluntario de nuestra experiencia vamos a concluir - con la venia del ilustre tribunal, suplicada desde el principio - haciendo una breve síntesis de los límites y caracteres de nuestra interpretación experimental en la misma cuestión de las hernias, ya que tomada la propia relación con carácter descriptivo de historia clínica para cada caso de la estadística nos habríamos de imponer una obra casi interminable y cuyo fruto, al fin, no habría de hallarse en relación proporcional de provecho para la ciencia con el esfuerzo de tan penosísimo trabajo.

Nuestra estadística, la que nos es conocida, de hernias operadas -que acompañamos a continuación - la constituyen 132 casos. Algunos casos más hemos operado; no conservamos nota de ellos, pero pueden ser referidos por su homogeneidad clínica y terapéutica a los que se enumeran.

Comenzamos operando en el partido de Morales de Rey (Zamora) la hernia estrangulada nº 1; 113 de la estadística, no diremos que sin habérsenos enseñado a operar una hernia, mas sí afirmamos - dentro de nuestra escasa fortuna de experiencias - que sin haber visto operar ni un solo caso de hernia con accidentes, ni sin ellos, durante nuestra carrera; aún con haber prestado durante algún tiempo nuestros servicios de alumno interno de la Beneficencia general de esta villa, ni más tarde en Salamanca, adonde la clínica era no tan pobre de elementos como de disposiciones y libertades para la enseñanza práctica, dejando a salvo la reconocida aptitud, honorabilidad y muy buen deseo de los

profesores de uno y otro centro docentes.

El accidente había ocurrido hacía unas treinta horas; hernia inguinal oblicua externa, que preexistía ya libre como enterocele escrotal, enmascarada bien pronto en su timpanismo por el derrame intrasacilar ya producido en abundancia y con gran reacción flegmática local, y general con notable excitación nerviosa del sujeto, que era joven: tratábase de una estrangulación muy apretada. Melotomía difícil, reducción laboriosa del intestino, sin procedimiento de cura radical, ni sutura del saco; desagüe con gasa, curación larga, orquitis intensa, con extensa superficie del testículo al descubierto y cicatrización por granulación de las cubiertas herniarias, dando por resultado, al fin, la curación total del herniado. Esta curación - aún como hernia libre - persiste hoy, sin haberse ésta reproducido.

Actualmente, en el día en que trazamos estas líneas hemos operado el caso n° 112, de las hernias libres: hernia inguinal, oblicua externa,

antigua, mediano volumen, síntomas de entero-epiplocele; no se reducía por completo. Durante la intervención nos cercioramos que las cubiertas herniarias son completas y distintas, y lo que nos ha interesado muchísimo más - una vez abierto el saco - que se trataba de un entero-epiplocele con un muñón epiploico adherido firmemente al extremo inferior del saco. Liberación de estas adherencias, resección de una porción de epiploon bajo su ligadura en segmentos aislados, despegamiento completo del saco de los elementos del cordón dentro de la organización celulo-membranosa contenida en la vaina fibrosa común despues de haberle seccionado por debajo, en su continuidad anatómica, cerca del repliegue de la vaginal del testículo, sobre el cual descendía el contenido visceral, por tratarse de una hernia congénita; y, finalmente, fijación del saco por ligadura y sutura en rosetón sobre el borde circular del pequeño orificio abierto para su paso en las fibras aponeuróticas del oblicuo externo (Kocher); cierre o sutura completa, sin desagüe. Esta curación

cicatricial habrá de efectuarse completa - por analogía clínica con todos los demás casos ha ya mucho tiempo - antes de dos semanas, y en la tercera dejará la cama, y sobre la precisión de esta intervención hoy y la brevedad de su reparación cicatricial hemos de contar, asimismo, con que este efecto de curación se mantenga firme.

No vamos a hacer historias clínicas - lo hemos dicho-, mas con esos solos dos ejemplos ¿no se puede ya imaginar, ver lo que ellos significan para nuestra práctica, entendida esta - más que por procedimiento manual puro - como expresión fiel del estado de nuestra experiencia en uno y otro tiempo? Significan para nosotros los límites entre los cuales ha evolucionado aquella práctica y esta experiencia; con caracteres bien distintos al principio, del presente; hasta el extremo que consideremos si hemos podido hablar hasta ahora de las sucesivas transiciones de la teoría a la práctica de las hernias no se nos ofrecería menor apoyo en la misma realidad para describir otros

ciclos materiales y clínicos - precisamente calcados sobre esos mismos periodos puramente expositivos y de didáctica clínica, con más lo especial que pertenece al arte - dentro de la amplitud y perfección progresiva de la experiencia del médico. Sabíamos entonces, cuando nos ocurrió nuestro primer caso, la descripción anatómica de la región en la cual se produjo el accidente y la sintomatología de éste para no ofrecérsenos duda alguna acerca de su diagnóstico, y gravitaba sobre nuestra conciencia todo el peso y la máxima responsabilidad de las afirmaciones radicales aprendidas para emprender su tratamiento sin demorar el tiempo, mas era el caso cierto que con tener nosotros en aquella apurada ocasión muy presente el dicho de Tillaux "sobre que no se ha llegado al intestino en tanto se duda de su realidad o presencia", y lo mismo con mirar mucho a la figura y a la pose que para el desbridamiento del anillo constrictor se hizo dibujar A. Guerin en su obra de cirugía, nos resultaba que "no sentíamos" ni nos enterábamos

apenas de las cubiertas herniarias que hallábamos a nuestro paso y en la memoria teníamos; todo se nos desdibujaba en medio de la sangre, y, sobre todo, de nuestra emoción, que siempre nos ha turbado más cuanto más dudas se nos han ofrecido y nuestra experiencia ha pecado más de insuficiente, y por iguales obstáculos no acertábamos bien a conducir sobre el fondo del anillo sacular constrictor el bisturí de botón sin dejar de temer la lesión del intestino; la vista, en suma, no definía pronto ni bien lo que tenía ante sí, y nuestra mano - sin el consciente guía y la suficiente experiencia manual - era por demás insegura para obrar.

Hoy a la par que hemos ido logrando, dentro de nuestras escasas fuerzas, la reintegración clínica de la que hablábamos antes, de la teoría a la práctica; y del síntoma, a la enfermedad de que forma parte, para con esta clase de afectos en el individuo, creemos, asimismo, haber conseguido, a beneficio de nuestras reiteradas experiencias, cierta

educación experimental que dá ya alguna penetración y distinción a nuestra vista para la interpretación de su objeto; más fundamental lógica clínica a nuestros juicios e indicaciones sobre lo que cada afecto merece o reclama, y, en fin, una mayor seguridad, cierto orden y relativa facilidad para la ejecución de nuestra torpe mano, convertida así ya en instrumento más gobernado y útil.

-----+-----

Dentro de la amplitud y gradación de esta nuestra experiencia de las hernias con la característica general advertida de nuestro conocimiento experimental progresivo a partir desde aquél primer caso de estrangulada, operado en Morales del Rey, hasta el último que citamos de cura operatoria en nuestra instalación de La Bañeza, se han sucedido muchos más; hagamos de ellos - ya para terminar - una síntesis brevísima y positiva de sus caracteres generales que recordamos, con mención

de las disposiciones de práctica terapéutica que les hemos aplicado y sin eludir en esta relación los síntomas habituales y más corrientes de la clínica de las hernias, ni la consideración de los tratamientos clásicos; ya que mirando hasta este lugar para la naturaleza no la habíamos de alterar ahora "al borde de los hechos" recogiendo y describiendo - más que caracteres reales y de esencia - formas y determinaciones singulares y nuevas para integrar una monografía también singular y algo rara, y deseamos, a la vez, por lo muy directo e inmediato de nuestro objeto de experiencia, no volver más nuestra vista a cuestiones doctrinales, ni a problemas didácticos - aún permaneciendo nosotros en el campo experimental - que constantemente se nos ofrecerían de mirar al valor real y al significado posible de sus múltiples detalles y aspectos particulares relacionados con las generales de la clínica.

-----+++++++-----

La mayoría de nuestros casos, conforme se verá luego, la constituye las llamadas hernias libres, de contenido visceral reducible con mayor o menor facilidad; las hernias sin accidentes - como antes ya se las conocía, aún ocasionando al herniado, a veces, no escasas, ni pequeñas molestias - pero tomadas en su consideración fuera de sus contratiempos ostensibles para la clínica de atascamiento en el intestino herniado (obstructio herniæ); inflamación de la hernia (inflammatio herniæ); y, sobre todo, de estrangulación herniaria (incarceratio herniæ).

A esa mayoría entre nuestros casos operados nos queremos referir en este instante como expresión morbosa o fase del herniado muchísimo menos violenta que la de estos últimos casos; mas no porque en la clínica sea para nosotros más interesante, ni tanto, la ley del número sobre la de la gran necesidad propiamente vital reconocida, por ejemplo - dentro del arsenal médico - en una acción terapéutica que cum-

plir inmediatamente para toda hernia estrangulada; y sobre los cuales accidentes, y para concluir, diremos después a continuación muy breves palabras, comentando tambien nuestra estadística constituída por los casos de esta naturaleza.

-----+\*\*\*\*\*+-----

Los individuos portadores o afectos de hernias libres que hemos sometido a la correspondiente intervención quirúrgica de cura operatoria corresponden, en primer término, a las diferentes edades de la vida, sin excluir las extremas del nacimiento, y vejez; de cuyas más numerosas observaciones, que para las restantes edades, hemos obtenido indicaciones para el tratamiento cruento, unas veces por conveniencia fisiológica, y otras por estricta necesidad terapéutica para el paciente. En estos últimos motivos de necesidad - sino de perentoria urgencia para intervenir - casi pasamos, sin quererlo todavía, a la considera-

ción de que existen hernias libres con accidentes más o menos frecuentes y serios. El caso n° 94, niño de dos años de edad, con hernia inguinal congénita, había sufrido en dos o tres ocasiones accidentes de verdadera estrangulación intestinal, con la gravedad consiguiente, y de los cuales sólo pudo salvarse con grandes dificultades y graves peligros para su vida, aún con tener los niños sus tejidos, sus vísceras y sus anillos mucho más elásticos que las personas constituídas para escapar mejor del término desastroso, casi constantemente fatal de la estrangulación herniaria. Por análoga necesidad hemos practicado la cura radical en los casos de diferentes edades, n<sup>os</sup> 5, 12, 50, 56, 61, 66, 71, 75, 77, 93, 97, 104, 105 y 106.

-----+ + + + + + + +-----

Hemos operado mayor número de hombres herniados, que de mujeres; lo cual ha estado sensiblemente en relación con la proporción del mayor número de la consulta de hombres con el indicado afecto, que el de mujeres, mas por ello no pretendemos sacar la consecuencia directa de la misma relación o proporción del accidente en la realidad entre ambos sexos, estimada la abstención y repugnancia natural de parte de la mujer para mostrar su afecto al médico.

Y la mayoría de nuestros casos de intervención son de hernias inguinales; no desmiente, pues, esta experiencia la elevadísima proporción que, entre todas las demás, asignaron a las de esta clase todos nuestros maestros, y en el extranjero desde Jaboulay a Macready y Berger.

-----+++++-----

De hernias inguinales congénitas en el niño y en el adulto contamos muy diversos tipos originados por las diversas anomalías anatómicas producidas en una u otra época de la vida del individuo en el canal vagino-peritoneal; cuyo desarrollo y constitución tiene habitualmente una relación y adaptación anatomo-fisiológica - ya que no sea en su embriogenia - con la migración del testículo desde la fosa iliaca al fondo del escroto, e influído frecuentemente dicho processus vaginalis peritonei en su disposición más tarde, - y cuando no se ha producido la obliteración fisiológica hasta el anillo inguinal posterior, que corrientemente tiene lugar durante el primer mes después del nacimiento - por acciones fisiológicas de carácter regresivo y de efecto obturatriz de mayor ó menor extensión de su luz primera, a beneficio de soldaduras parciales entre las hojas peritoneales saculares, dando lugar a los repliegues o estrechamientos a modo de válvulas o diafragmas descriptos por Ramonéde, por la presencia de alguna noviformación o

secreción plástica de sus elementos; o bien por acciones exteriores y más generalmente las de flegmasía por compresión que ejerce el uso habitual por los herniados de toda clase de aparatos o bragueros. El tipo más numeroso es el de la hernia testicular, con canal vagino-peritoneal completo y con el intestino herniado en contacto del epidídimo y encerrado en la misma cavidad que estas glándulas; envueltos testículo y viscera por la misma cubierta serosa del processus vaginalis peritonei.

No obstante, como se comprenderá bien que no son los casos en los cuales se realiza completamente de modo espontáneo aquel fenómeno de regresión y de obliteración orgánica a expensas de la cavidad del saco, ni tampoco los que tienen más aventajado este trabajo natural los que se le presentan habitualmente al cirujano - que sólo vive esencialmente en la ley clínica de la necesidad que reclama sus acciones - no puede habernos causado extrañeza que, en vez de curiosidades anatómicas del saco, de observar sus válvulas o diafragmas siquiera con una frecuen-

cia que estuviera en relación con la extensión e importancia que parece darse a estas descripciones en algunos libros, nos hayamos encontrado, casi constantemente, con que los sacos vagino-peritoneales de estas mismas hernias congénitas son completos y de figura piriforme, con el óvalo mayor hacia la vaginal del testículo y con el cuello al nivel del orificio inguinal profundo, alojado en la curvadura de la arteria epigástrica, de cuya concavidad le envía, para los elementos del cordón que le acompaña, el ramo funicular.

Los casos observados de hernia funicular nos han parecido efecto de una obliteración sencilla ocurrida en el trayecto del saco que le ha incomunicado a éste, con la vaginal; mas sin notar las curiosas disposiciones y tabicaciones descritas por Cooper para las hernias enquistadas de la túnica vaginal. La disposición del n° 28 no es tan corriente. Se trataba de un muchacho con hernia inguinal funicular y con quiste del cordón. Primero recaímos sobre éste, e incidimos su

cubierta, de extraordinaria transparencia - previa punción capilar positiva, con un líquido transparente, muy claro - y, a continuación, proseguimos por arriba la disección del saco propiamente herniario; con el resultado total para esta línea inguino-escrotal de tres cavidades, independientes entre sí: la superior, constituida por el saco herniario; la media, por la cavidad quística; y la inferior, por el cierre sobre sí misma de la túnica vaginal, cual vaginalis propria testis.

No contamos con observación alguna de hernia inguino-properitoneal de Krönlein o intra-iliaca de Parise, que unos describen como formación peritoneal congénita y otros como adquirida. Hernias inguinales congénitas con ectopia testicular las hemos hallado en sus diversos grados; en los n<sup>os</sup> 31, 131 y 132, con descenso visceral hasta el fondo del escroto, se hallaba retenido el testículo dentro del conducto inguinal.

Estos casos de ectopia y de criptorquismo nos confirman, conforme ya decíamos antes excluyendo de la embriogenia directa del processus vagi-

nalís la migración o descenso del testículo, en que dicho divertículo peritoneal, como dice Graser, se forma espontáneamente; llega a mayor profundidad de la obtenida por el testículo en su descenso, y en que existe hasta en los casos en los que el testículo se mantiene ectópicamente alto.

-----+++++++-----

En el hombre las hernias inguinales adquiridas de nuestra estadística pueden referirse sintomáticamente al tipo inguino-escrotal: hernias con descenso visceral más o menos graduado en el interior del escroto, con el carácter de reducibilidad-general para las hernias libres y que, una vez realizada su reducción hacia el interior del vientre, aplicando por costumbre de nuestra exploración el dedo índice al fondo del escroto del lado de la hernia con alguna separación del testículo del mismo lado, hemos podido, casi constantemente, recorrer con dicho

dedo y en dirección inversa a la del descenso de la víscera, su conducto herniario para cada caso, recogiendo caracteres que nos han debido de afirmar, con mayor precisión que por la simple inspección, en la indicación que ofrece su conformación, así como hemos comprobado siempre que ordenando toser al herniado, sin retirar el dedo del anillo inguinal, causamos el cierre temporal del mismo, sin producirse tal descenso visceral en ese instante. La reducción, si era el contenido intestinal particularmente algo voluminoso, producía - a semejanza de lo observado en las hernias congénitas de análogas condiciones - el clásico ruido de gorgoteo; sin reducción de la víscera, su sonido (de la hernia) a la percusión era siempre sonoro, si consistía en intestino, y apagado o mate, si epiplon o algunos líquidos.

Anatómicamente consideradas las hernias inguinales de nuestra experiencia diremos - incurriendo al modo anterior en varias vulgaridades, pero que para hacer el relato fiel de su naturaleza, añadimos,

siempre son necesarias y clásicas - que de las tres fosetas que se encuentran en la cara profunda de la pared anterior del abdomen y que más fácilmente ceden a la impulsión visceral en el mecanismo de estas hernias, corresponde de un modo absoluto la residencia anatómica originaria de nuestros casos al orificio profundo del conducto inguinal, progresando luego - bajo la presión visceral incesante - el peritoneo parietal por locomoción y distensión para constituir el saco herniario, rechazar, igualmente, la fascia transversal y disociando los elementos del cordón mezclarse a ellos del modo más vario dentro de la vaina fibrosa común; ocupando estas hernias las distintas alturas significadas desde la hernia intraparietal y desde el bubonocèle, al enterocele o epiplocele escrotal: mas sin que en caso alguno - y como tal hernia adquirida en diferenciación capital con las congénitas - hayamos podido sorprender una comunicación entre el saco herniario y la túnica vaginal, que se mantenían siempre independientes. Ya lo hemos manifesta-

do antes: fisiológica y habitualmente después de haberse operado el descenso completo del testículo y de quedar esta glándula envuelta por su cubierta serosa, tiene lugar la obliteración completa del processus vaginalis hasta el anillo inguinal posterior.

Así la estructura anatómica es preciso para que se forme una hernia, la hernia adquirida, que surja un nuevo saco o diverticulum peritoneal que descienda hacia el escroto a lo largo de los elementos del cordón. La víscera herniada, pues, ha de hallarse en todo caso separada del testículo por doble serosa: saco herniario, y túnica vaginalis propria testis.

En cambio, meditadas comparativamente nuestras observaciones pertenecientes a las hernias inguinales congénitas y a las adquiridas al discurrir por el cordón no hemos advertido difieran entre sí unas de otras, e igualmente al considerarse el cuello del saco herniario que guarda en ambos casos las mismas relaciones con los vasos epigástricos.

Si esta variedad tan frecuente de la hernia oblicua externa hemos tenido ocasión de tratarla tantas veces, por el contrario, no hemos observado hernia alguna del grupo de la nomenclatura alemana constituido por la hernia inguinal directa de Hesselbach o inguinal interna de Scarpa originada, como es sabido, en la fosita peritoneal media, situada entre la arteria umbilical y la arteria epigástrica y que bajo influencias análogas de la presión intra-abdominal, que acabamos de señalar para las oblicuas externas, esta variedad de hernia, despues del peritoneo, rechaza la fascia transversal y penetra por debajo de los músculos transverso y pequeño oblicuo, hasta incluirse en el conducto inguinal, cuyo orificio exterior viene a estar en la misma linea recta con la mencionada fosita peritoneal. La apariencia de hernia inguinal directa la hemos advertido en muchos casos, mas luego durante el procedimiento de su cura operatoria nos hemos persuadido sobre que la situación de los vasos epigástricos no aparecía por fuera del cuello del

saco y, en suma, se trataba de una hernia más oblicua externa, con el trayecto rectificado, y más o menos modificado y desfigurado.

-----+\*\*\*\*\*+-----

Figuran en la misma estadística unos cuantos casos de cura radical de hernia inguinal que hemos llevado a término en la mujer; mas no hemos advertido que para con esta se comporten estos afectos de modo diferente que en el hombre por motivos de una etiología dinámica basada en las funciones del sexo - con reducción fisiológica de la cavidad abdominal durante el embarazo -; ya que las hemos observado lo mismo en las mujeres con hijos, que sin ellos; ni porque exista especial diferenciación bajo el punto de vista del órgano herniado, a no ser que anotemos no hemos tenido - como en el hombre - hernia de intestino grueso en la mujer, y, que, por lo general, han sido de pequeño volumen. El mismo trayecto herniario que en el hombre: la hernia se inicia

en la foseta inguinal externa, por fuera de la arteria epigástrica, contornea su pared inferior primero, después su lado interno y de su concavidad la epigástrica envía la funicular que acompaña al ligamento redondo: en la mujer hemos visto siempre la hernia oblicua externa en unión del ligamento redondo, y de esta hernia la más frecuentemente tratada la hernia pubiana o bubonocele. Se comprenderá, asimismo, que esta falta de diferencias fundamentales entre las hernias inguinales en la mujer y en el hombre nuestra experiencia, con menor motivo, la ha podido quebrantar, determinándolas, ni sospechándolas siquiera, sobre sus cuestiones menos objetivas: sobre si el canal vagino-peritoneal en la mujer situado por delante y afuera del ligamento redondo y adherido a él - según hemos podido comprobar durante nuestras maniobras de aislamiento del saco - es de origen embrionario análogo al del hombre, por no haberse obstruido durante la época fetal según describen Schwammerdan y Nuck y han comprobado Cloquet en disecciones posteriores,

Cruveilhier, Richet, Sappey, Tillaus, Puech, Féré, Sachs, Hennig, Wechselmann; o bien, si muy distinto en etiología diferencial el conducto de Nuck sólo significa un infundibulum del peritoneo producido artificialmente por tracción ejercida sobre el ligamento redondo, según han afirmado Duplay, Velpeau, Rabére y Beurnier. De la hernia inguinal y exclusiva de la mujer que comprende sus órganos genitales, sanos o enfermos, no contamos con ejemplo alguno.

Nuestros casos de cura radical de la hernia crural - escasamente llegan a una docena - han ocurrido solo en mujeres, alternando en estas con la presentación de la hernia inguinal, de la cual nos hemos ocupado en anteriores líneas. En ningún caso nos ha ofrecido duda el determinar los síntomas más precisos para hacer su formal diagnóstico; síntomas objetivos y subjetivos que se confunden con los de las hernias en general y muy particularmente con los de las inguinales a base de una cierta semejanza entre ellas en las disposiciones constrictoras

del saco y anillo y de la identidad de su contenido visceral: intestino delgado o epiplon lo más frecuentemente.

Esta variedad de hernias, sin accidentes, se nos ha presentado como un tumorcito del volumen aproximado a una nuez; y cuando mayor, semejante al de una mandarina, situado en la ingle por debajo del arco-crural, y cerca de la parte media de este arco, confirmando el signo diagnóstico de topografía dado por Amussat al comprender total o principalmente a dicho tumor por debajo de la línea recta de la espina ilíaca anterior y superior a la espina del pubis; reducible, con gorgoteo alguna vez y aquejando las enfermas molestias locales de distinto grado, de dolor en algunas ocasiones y hasta trastornos de aparato digestivo, que, indudablemente, se hallaban con el accidente herniario

en la relación de causa a efecto al haber desaparecido unas veces y mejorado notablemente en otras, después de efectuada la curación de la hernia en la paciente.

En el curso de estas intervenciones comprobamos siempre se trataba de la hernia crural común y que sale, por tanto, del abdomen a través del anillo crural, rechazando hacia el exterior el peritoneo al nivel de la depresión que presenta ya en estado normal hacia la parte interna de la arcada crural, y el cierre celular del septum crurale. Las relaciones del cuello de estas hernias, las clásicas: hacia afuera, la vena femoral; adelante, la arcada crural; hacia atrás, el ligamento de Cooper; y por dentro el borde cortante del ligamento de Gimbernat; más o menos modificados estos elementos en sus bordes que circunscriben este orificio; bien organizados y conservados, en unos casos; flácidos, deformados y sin tonicidad, en otros, y en una cierta relación anatómica y de sostén con la organización general del paciente.

Carecemos, pues, de experiencia alguna para las distintas variedades anatómicas de la hernia crural establecidas en la clínica por razón del orificio de salida de la hernia, o bien, considerado el trayecto

que ella sigue, dando lugar por el primer fundamento a las hernias crurales oblicuas externas, internas y de la vaina del psoas; y, por el segundo concepto, a la hernia de Laugier a través del ligamento de Gimbernat; la crural de J. Cloquet, por deslizamiento dentro de una desgarradura de la aponeurosis pectínea hasta encasillarse entre esta aponeurosis y el músculo; crural de Hesselbach multilobulada y moldeada a través de los orificios de la fascia cribiforme; crural de A. Cooper, por el mismo mecanismo a través de orificios de la fascia superficial; crural del gran labio y cruro-properitoneal. Deseamos hacer constar como detalle de técnica general de las hernias crurales que casi siempre hallamos muy reducido el espesor de sus cubiertas - ya naturalmente menos densas que las inguinales - hasta el extremo de recordar algunos de nuestros casos en los que el saco herniario crural se ha hecho visible una vez incindida la piel.

-----+++++++-----

No sabríamos precisar mirando a nuestra experiencia en qué momento hemos de considerar las primeras delineaciones de los accidentes en las hernias como contratiempos especiales de las mismas, sumados a la serie no interrumpida en la clínica de los trastornos que les son más constantes. Es indudable, que nuestra misma práctica de las hernias libres - considerada como llevada a término en hernias sin accidentes - ha puesto de manifiesto frecuentemente ciertos procesos inflamatorios principalmente subagudos sufridos, sobre todo, por el saco herniario, con secuelas de engrosamientos, modificaciones y adherencias viscerales y periherniarias que marcan una acción patológica, más o menos próxima. Lo mismo decimos sobre nuestra imprecisión a base anatómica acerca de los límites del atascamiento clínico de las hernias, ya que algunos de sus primeros términos morbosos en ancianos con gran masa visceral herniada y de escasa potencia orgánica y de reacción muscular local y general aparentemente mínima han sido dominados con relativa facilidad,

superando lo que pudiera ser calificado de reserva o fondo de fuerzas vitales de esos sujetos, y que solo llega a ser conocido del médico por sus efectos de éxito natural y espontáneo sobre las dificultades naturales y patológicas ofrecidas al paso del contenido intestinal por el segmento herniado; y en reverso de la medalla, queremos decir de la lógica clínica sin terreno práctico que usamos doctrinalmente para el mismo género de accidentes, no son raros los casos observados de hernias pequeñas y reducibles y en sujetos jóvenes, con buen estado general, en los cuales evidentemente experimenta el contenido intestinal herniario un verdadero atascamiento - sino como hecho primitivo y mecánico-vital de la especie anterior - favorecido probablemente por el estado de paresia muscular directa en la vitalidad y contractilidad del intestino y sin poder la víscera en su desplazamiento recibir el auxilio o cooperación de la prensa abdominal; cuando menos para estos casos ha de referirse el expresado atascamiento, como encarceración

retrógrada incompleta del tipo Maydl, a un efecto reflejo de inhibición motora del dolor herniario, o de la simple indisposición intestinal en segmento más o menos extenso obrando en concurso directo de causas comunes contra la verificación o desarrollo del contenido intestinal en el tramo herniario; ya que el invocar para explicarse, sin antecedente fisiológico alguno, un atascamiento estercoreo como una verdadera encarceración herniaria el fenómeno de estrangulación espasmódica pura de Richter, por contracción espasmódica de los músculos próximos a la puerta herniaria - el oblicuo menor y el transverso para el conducto inguinal - nos parece un hecho insólito y fuera de todo fundamento; por añadidura; dejando aparte estas aparentes paradojas de la clínica con la anatomía patológica, y seguidos directamente en su expresión morbosa los mismos accidentes ha escapado constantemente a nuestra síntesis de tal experiencia el determinar los linderos imborrables y permanentes en la continuidad que ofrecen sus elementos sintomáticos

en los diferentes individuos herniados; desde sus trastornos que se dicen habituales, hasta los accidentes muy graves de la estrangulación herniaria, pasando la continua serie semeiológica eslabonada en la clínica por la historia de atascamientos e inflamaciones de muy distinto grado y diversa extensión; aunque, es claro, sin enmascararse la transparencia clínica que presentan considerados los términos extremos y definidos de la misma clasificación, y que no permiten confundirse una punta de hernia libre y que no ocasiona molestias al sujeto, ni siquiera éste se ha enterado de que la tiene, con otra hernia voluminosa, irreducible y adherente y que viene a ser para su sujeto - según la observación vulgar - un calendario que le avisa con el gráfico del dolor las revoluciones del tiempo, y para el médico una gran lisiadura orgánica ligada, lo más frecuentemente, a alteraciones de mayor o menor intensidad del aparato digestivo y a casi todas las impotencias de la vida motora de relación del lisiado; ni confundir la hernia del

niño, con la del viejo y decrepito y requiriendo siempre - porque es natural y necesario al conocimiento distinto de la forma y grado de los síntomas que ofrece - nuestra atención y nuestra diligencia de un modo muy principal el gran grupo de hernias propiamente estranguladas.

El realismo patológico con que estas últimas se nos han presentado en la práctica nos han permitido reconocerlas casi siempre sin transiciones como tales casos directos, extremos y graves de la misma escala morbosa de las hernias. Únicamente el caso n° 130, que nos ha sido recomendado por el Dr. Temprano, era de una constricción relativa y floja, con positiva inflamación visceral de la hernia, que preexistía reducible, convertida súbitamente en irreducible y dolorosa a la presión, mas sin encarceración absoluta, por cuanto subsistía una cierta progresión de los materiales más fluidos para ir tolerando algún tiempo más de lo corriente en las encarceraciones completas su vitalidad amenazada el intestino y sin producirse graves alteraciones del estado

general del mismo individuo durante ocho o diez días que tuvo de término esta observación.

Mas todos los restantes casos observados han tenido su característica condición sintomatológica y clínica grave, y de curso casi fulminante, que todos reconocemos en la teoría de las estranguladas. Unos pacientes invocando algún esfuerzo como causa del accidente y otros sin cuenta de él - como ha ocurrido al caso n° 113 que se le produjo la estrangulación en ocasión de hallarse oyendo misa - se nos ha presentado con el síntoma primero del dolor referido a la región herniaria e irradiado a mayor o menos extensión del vientre; sobre esa misma región con un tumor - abusando de la palabra - irreducible, de superficie más o menos regular y muy tenso, doloroso a la presión y cuya masa se continuaba siempre por un pedículo percibido distintamente a través del conducto herniario hacia el interior del vientre. Por lo general, el paciente sabía de su hernia, y algunos habían ya sufrido algún acciden-

te o muy seria amenaza de estrangulación, pero por esta vez los dolores no cesan, vomita cuantas substancias le administran sus parientes con el mejor deseo de curarle y ¡fortalecerle contra la debilidad!, ¡cuando no han sido los purgantes dispuestos por el médico! antes de nuestra visita del caso; e igualmente, por muchas y abundantes irrigaciones y enemas gaseosas - y aún pensando también en las enemas eléctricas - que les habían sido aplicadas no consiguen restablecer el curso franco dentro del intestino, ni aliviar al paciente de la gran opresión y angustia dolorosísima, con la sensación personal concreta sobre que el contenido intestinal y los gases no pasan de un cierto punto.

Luego, durante la intervención hemos creído hallar extraordinariamente simplificadas sus causas, alcanzando éstas por exámen directo y por inducción desde la consideración de las condiciones materiales presentes de la hernia. Y bien pronto a las concepciones teóricas afirmativas de una estrangulación elástica, y de otra estrangulación

estercorácea, las hemos visto substituídas en la clínica por las alteraciones de las condiciones físicas y fisiopatológicas más elementales del intestino, mesenterio, epiplon y del saco herniario ligados en su continuidad funcional con el resto del aparato digestivo y a la unidad fisiológica del individuo, con el intermediario preciso y formal de un motivo activo de estática visceral - a pesar de su contenido - y de una condición pasiva de la puerta herniaria, que tampoco es elástica pura.

Antes que las travesuras de un anillo herniario acechando la ocasión para relajarse al paso del intestino, y contraerse más tarde sobre él, abrazándole elásticamente, tenemos por factor patogénico integral, primero y fundamental al mismo intestino, al mesenterio, epiplon y peritoneo sacular en sus variaciones estáticas y dinámicas al realizarse la fisiología particular que les dirige hacia el accidente, y que experimentan dichas vísceras a título de primeros términos de alteraciones patológicas subsiguientes e inmediatas que han de afirmarse, aún tra-

tándose de un anillo y de un conducto herniarios invariables en su luz, de difícil dilatación experimental, pero susceptibles de las más variadas relaciones cuantitativas y biológicas generales con el intestino y su contenido; lo mismo en la zona herniaria, en la que el proceso es más directo, que a distancia.

Nuestro aprieto ya sería mayor para el caso de solicitárenos el número, orden, medida y extensión de estas acciones causales que principiando por las aludidas alteraciones de estática visceral de un organismo vivo a través de una puerta herniaria han de conducir a la incarceration más absoluta, sobreañadiéndose durante el desarrollo del proceso los trastornos funcionales generales en ese organismo vivo por las causas mecánicas que estorban su funcionalismo, o comprometen su integridad, y manifestándose estos trastornos con su particular modo de reacción contra esas condiciones materiales inhibitorias de las funciones vitales de la víscera herniada, y sumándose, habitualmente, las

alteraciones especiales e infecciosas de la substancia orgánica y, sobre todo, del contenido intestinal en cavidad cerrada; precipitando el término de un proceso que ya tenía, igualmente, su suerte decidida con la sola intervención y agobio por las causas mecánicas de la estrangulación perenne, esencialmente privativas de la vida y de la conservación anatómica de las partes viscerales que sufren el accidente.

De todos modos, contrastadas durante nuestras vivisecciones operatorias las diferentes teorías que aspiran a explicar la patogénia y sucesión de los accidentes en la estrangulación, no hemos podido aceptar una sólo como satisfactoria y definitiva; pareciéndonos que todas ellas expresan hechos parciales de la clínica tomados en consideración en los diferentes momentos de la misma y sobre las distintas partes de la región herniaria. La verdad en patogénia de la estrangulación no reside en una doctrina ecléctica - cual afirma Forgue en su patología - sino en la unidad, consistencia y realidad de la naturaleza enferma,

traducida por la clínica. En varias ocasiones en las que los síntomas de estrangulación eran muy intensos y de muy viva reacción local éstos han desaparecido una vez abierto el saco herniario y derramado el líquido que contenía; apreciando ya el dedo la ausencia de toda resistencia visceral, deslizándose hacia fuera, y reduciéndose, con relativa facilidad el intestino herniado antes ya del desbridamiento cruento del anillo; lo cual nos ha puesto para los mismos en relación causal más directa con nuestro juicio sobre las acciones sinérgicas de obstrucción intestinal mediata por dilatación y tracción del saco herniario, con estrechamiento de su cuello, que con la teoría general de Kocher de dilatación y tracción del tubo intestinal; exornada esta etiología por el mismo autor con la condicional de que hasta puede faltar el paralelismo entre las capas del intestino, como, por ejemplo, en el grado de invaginación del cilindro mucoso en el externo seroso mantenido o adherido sobre algún punto desigual del anillo herniario; con las de Falopio y

Riolano atentas, sobre todo, a la condición anatómica y patogénica de los anillos naturales, y con la misma distancia mantuvieron nuestro criterio de las afirmaciones de Saviard, Ledran y Arnaud sobre que es el cuello del saco herniario el agente único y directo de estrangulación por acciones anulares de una compresión propiamente anatómica por su origen, y ajena a las restantes variaciones, solicitudes y alteraciones experimentadas por el saco herniario fuera de la región de su cuello, y que más eficazmente determinan el estrechamiento constrictor del mismo, conforme a la experiencia referida; en la cual la masa líquida evidentemente, con evidencia de experiencia inductiva, había provocado las expresadas alteraciones de dilatación y tracción sacular, que condicionaron y mediatizaron la repetida oclusión intestinal, mantenida hasta que fué desalojada dicha cavidad accidental hipotensa.

En cambio, en otros casos que habiéndose abierto ampliamente el saco herniario, hasta dejar libre el intestino de toda compresión sobre

toda la superficie accesible del mismo que constituía la hernia y, no obstante, continuaba ésta irreducible y como enclavado el intestino en las profundidades del conducto herniario, los aceptamos como hechos prácticos de constricción directa por las aberturas aponeuróticas de la pared abdominal y, sobre todo, por el cuello del saco sin desbridar todavía profundamente; sea porque éste haya sufrido un estrechamiento directo o notable angostura interior y concéntricamente al anillo musculo-aponeurótico extra-peritoneal, e independientemente de la luz y sostén de la puerta herniaria, a expensas de movedizo peritoneo sacular llegado a nivel de dicho anillo por deslizamiento durante las bruscas alteraciones ectópicas del accidente - explicación que difiere de la anterior por el origen, grado, residencia y estabilidad anatómicos de la alteración constrictora sacular, ya que se mantiene la estrangulación a pesar de la libertad (física) inferior de la masa visceral y de la supresión de toda tracción desde dicho punto -; o bien, que per-

maneciendo inalterable en su luz y topografía anatómicas el expresado anillo sacular se haya perdido la libertad y holgura de sus primeras relaciones con el contenido herniario - intestino o epiplon - por virtud de edema inflamatorio de éstas vísceras; aumentándose así su diámetro tanto como ha de afirmarse para dichas vísceras su dificultad o imposibilidad para reducirse en el interior de la cavidad abdominal.

No han logrado para nuestro ánimo siquiera semejante aceptación alterna y parcial para la explicación de los mismos accidentes - y las estimamos siempre menos objetivas que las anteriores y con alguna frecuencia perdidas en un raciocinio, sin guardar el necesario paralelismo con la experiencia queles debe ser propia y objetiva - la teoría patogénica de Reichel de invaginación del cilindro interno o mucoso del intestino en el externo firmemente sujeto a un punto del anillo; la del acodamiento intestinal de Chassaignac y de Busch junto a relieves agudos y aristas; la de Berger - más bien hipótesis, sin base anatómica -

ya que supone el mesenterio obrando de cuña de abajo a arriba entre los dos extremos intestinales; cuando le sobra siempre longitud al mesenterio para no ser accionado por sus medios de fijeza en la columna vertebral; la teoría Korteweg, basada en la creencia de que falta el paralelismo entre los bordes mesentérico y convexo del intestino, formando un pliegue o válvula que obstruye; la de Roser, con su idea-ción de los pliegues angulares del intestino, especie de válvulas conniventes accidentales, a las que daría lugar la detención de los gases rechazando fuertemente las asas intestinales contra el anillo; la misma teoría de Lossen no hemos podido sorprenderla y referirla a los hechos reales mostrados por nuestras vivisecciones operatorias, y unido a su ausencia de nuestra experiencia la estimamos, además, sin lógica clínica y no admitimos que pueda constituirse en causa ni motivo serio de una estrangulación herniaria la dilatación muy considerable del extremo aferente por penetración brusca en su interior de gases y

materiales y producirse el efecto de aplastamiento completo de la luz del extremo eferente o inferior; ya que hemos de tener presente que el segmento intestinal que se juzga causante de la estrangulación del segmento inferior por la primera potencia o virtud de una fuerza expansiva, y accionada súbitamente desde la cavidad abdominal, no tiene llave ni grifo de cierre por encima de dicho cabo aferente por modo que pueda impedir derivar y nivelarse su exceso momentáneo de presión con la correspondiente al resto del aparato digestivo libre; y así las cosas, entendemos que no es posible producir con la dilatación expansiva general del aparato digestivo, sin el concurso de otras condiciones materiales que favorezcan el accidente, la presión hasta la estrangulación con un trozo de tubo intestinal amplio y libre dentro del conducto herniario sobre otro trozo intestinal que le es contiguo y reducido - en tan gratuito supuesto - por el primero a la impotencia y al repliegue más absolutos, y en circunstancias que no las ha precedido

compresión alguna circunscrita sobre los vasos mesentéricos, ni sobre el intestino; ni ha podido ser el primer término del desarreglo una gran dilatación que pudiera en estos casos - conforme a los experimentos de Schweningen y de Kocher - explicar y hacer admisible hasta una parálisis de los movimientos peristálticos en el asa intestinal que se hallase expuesta a estas últimas influencias, y entonces esa misma asa intestinal sería propicia para la producción del accidente herniario, aún a presión intestinal mediana, porque no tardaría en sumarse correlativamente otras alteraciones; que en clínica - si del órgano caído no se hace leña, como del árbol - es positivo que se afirma y agranda progresivamente la serie de trastornos inherentes a su función propia y a las de sus relaciones anatómo-fisiológicas cuando no son removidas o suprimidas oportunamente sus causas patógenas.

Sobre todas estas y otras semejantes parcialidades de la clínica - referidas por sistema completo de cosas - miramos nosotros retros-

pectivamente a nuestra experiencia para explicarnos cada uno de éstos accidentes como a un gran prisma natural que ofrece múltiples facetas, y enseguida de reconstituir el concepto de hernia, de puerta herniaria y víscera a que dá paso; de tener muy presentes - ya que nos referimos también a las hernias de nuestra experiencia - las condiciones vitales y fisiológicas del intestino, del mesenterio, del epiplon y del saco herniario, y las disposiciones naturales y las modificaciones accidentales y casuísticas que a la larga experimenta el conducto herniario - generalmente con la característica de relajación de sus tejidos y con borradura progresiva del conducto, al que substituye un anillo más o menos ancho - hemos pensado frecuentemente, para la patogenia de las estranguladas, decimos, en el mecanismo general de producción de las hernias libres, por distensión y locomoción del peritoneo, principalmente bajo la influencia directa del descenso visceral y de la presión intraabdominal ejercida en condiciones particularmente favorables para

realizarse tal desplazamiento; mas con las transcendentales variantes para estos casos en la forma, grado y brusquedad de ese desplazamiento peritoneal en los enfermos en que existe, y de todas suertes al imprimirse en el desarrollo rápido del accidente herniario las más constantes, esenciales y muy violentas modificaciones estáticas y fisiológicas y de influencia recíproca en la víscera herniada y en las cubiertas que la circunscriben más estrechamente.

Y como forma y grado general de las modificaciones del peritoneo periherniario en los accidentes de estrangulación creemos - en orden de acontecimientos - en la elongación peritoneal excéntrica de causa biológica y mecánica, producida en el sentido del eje de la víscera herniada, y que marca y condiciona el conducto herniario. Esta elongación o estiramiento del saco herniario se efectua siempre a expensas o con reducción de su diámetro; aún en el caso de producirse simultáneamente un deslizamiento progresivo del mismo sobre los anillos hernia-

rios se hará mayor el descenso visceral y el volumen herniario; pero tanto mayor tracción ejerce su masa, tendremos el efecto próximo y necesario del más graduado estrechamiento anular alto del saco, generalmente a nivel de los bordes aponeuróticos del anillo herniario. En este lugar la acción, lograda ya la distensión y repleción visceral del saco herniario mediante el concurso de los fenómenos vitales, anatómicos y físicos - y habiendo necesariamente de asociarse a estos fenómenos expresados ya en las delineaciones de la clínica por trastornos mecánicos graduados, los circulatorios e inflamatorios generales nos remitimos - para la más verídica expresión de la realidad y unidad de esta parte de la clínica general - a aquellos casos de nuestra experiencia en que el acto quirúrgico nos ha puesto de manifiesto, además de las acciones causales de la estrangulación herniaria por extrema dilatación del saco herniario, tracción y locomoción del mismo, con el resultado continuo de su estrechamiento superior,- indirectamente en

la repleción por líquidos; directamente en las formas clínicas de estrangulación anatómica originaria por el mutable cuello peritoneal; aplicada la misma teoría de distensión, tracción y oclusión indirecta a expensas de las capas propias del intestino (Kocher); también nos referimos, lo repetimos, a los restantes predomios etiológicos o motivos casuísticos de la estrangulación herniaria manifestados en la misma experiencia (edema o inflamación visceral prematuros, peritonitis herniaria; calibre exagerado de la masa visceral herniada, que si mecánicamente pudo lograr el paso a través de la angostura, se halla evidentemente en absoluta incompatibilidad vital y fisiológica inmediata, y sin el concurso de otras alteraciones circulares de la clínica, en su desproporción con la luz de un saco o de un conducto herniarios inextensibles).

En materia de distensión intestinal herniaria progresiva, con el resultado paralelamente progresivo y continuo de estrechamiento supe-

rior del segmento visceral no distendido, y físicamente solicitado con violencia patológica por el cuerpo inferior en accidente, es muy expresivo el célebre experimento de Beirne insuflando también violentamente una asa intestinal a través de una sonda y determinando la oclusión de su angostura experimental a través del cartón por consumir el pequeño calibre intestinal de esa angostura la extrema dilatación con estiramiento, mientras no es fácil el deslizamiento progresivo de mayor porción de la misma asa intestinal a través del cartón para ir subviniendo, sin oclusión de su cuello, a la necesidad o solicitud física de la distensión del primer cuerpo; y, análogamente, en la realidad clínica ante los grandes efectos de la dilatación herniaria y del estiramiento sacular al nivel de los anillos el peritoneo parietal herniario - aún hallándose despegado y apto para deslizarse hacia el exterior - no puede asistir indefinidamente, ni siquiera corresponder paralelamente, sin sufrir antes la oclusión de su angostura, a la necesidad premiosa

y progresiva de la tracción ejercida por el conjunto de la masa herniaria, y de la extensa dilatación física y patológica que ella sufre, juntamente con la intensa distensión del peritoneo parietal violentamente saculizado. El mismo criterio patogénico de estrangulación es aplicable a las acciones, no mediatizadas por el saco herniario, de distensión y estiramiento visceral del intestino, con el resultado más directo de oclusión intestinal, cual ocurre en el mismo experimento de Beirne en combinación o concurso patogénico con las limitaciones y estrechamientos naturales por la puerta herniaria; pues que en este género complejo de patogenia insistimos no hay, ni debe buscarse otra cosa, más que predominios etiológicos de estrangulación escalonados sobre la serie casuística.

En ambos casos el cierre no se hace por válvula automática contrapuesta a la luz del cuello; sino que se llega a él indirectamente por la aproximación de las paredes saculares o intestinales, verificada por

estiramiento extremo del cuerpo hueco anterior en el caso y grado de una dilatación que ha excedido, con mucho, la potencia y el límite fisiológico de la tonicidad y contractilidad muscular del intestino.

Y, finalmente, antes de terminar este aspecto de la clínica experimental nos creemos en el deber de dedicar, siquiera dos palabras, a mostrar el interés extraordinario que en su veracidad o disposición anatómica claramente comprobada durante la maniobra quirúrgica nos ha ofrecido en materia de patogenia de estrangulación herniaria el caso n° 132. Habiendo incidido el saco herniario en toda la extensión accesible del mismo, incluso su cuello, y el anillo inguinal con bastante amplitud, nos hallamos con que el intestino herniado no se deslizaba hacia fuera y permanecía estrangulado y enclavado firmemente en el fondo de su pedículo herniario, más allá del conducto inguinal. Tomamos por nuestro guía al relieve o comisura interna de la incisión practicada en el cuello del saco y reconocimos el débil espesor del peritoneo

sacular unido o pegado al segmento intestinal; causándonos la impresión táctil muy distinta de bridas o haces peritoneales, densos y firmes, aprisionando a la víscera.

La misma disposición habíamos advertido, con la vista y el tacto, sobre la hernia antes de incidir su saco que, sin extenderse con presión uniforme sobre la víscera, ofrecía o modelaba algunas franjas o espirales incompletas de compresión, a modo de haces irregulares que hendían muescas de la misma disposición sobre el intestino; convirtiéndole, de cilíndrico, en multilobulado.

Y nos hemos dicho: ¡he aquí un predominio etiológico de estrangulación herniaria, interesantísimo en su conocimiento mirando a la terapéutica que le es propia! Habitualmente no nos explicamos las acciones causales del accidente en lo que se refiere a las clásicas y manoseadas dilataciones, distensiones, estiramientos, deslizamientos y ectopias saculares e intestinales - con el resultado anatómico genérico de su

estrechamiento en la región de su cuello y el de la fisiología patológica de la estrangulación visceral - mas que trayendo y llevando en alas de nuestra imaginación, que sistematiza los fenómenos físicos y vitales, los nombres de Beirne, Busch, Kocher, etc; aceptamos y transmitimos - y según ella nos gobernamos - la uniformidad de aquellas acciones físicas sobre toda la extensión de las membranas y paredes orgánicas viscerales que patológicamente substantivan esas causas; las dilataciones, estiramientos y deslizamientos intestinales y saculares los referimos actuando en la extensión anatómica de éstas vísceras con la misma continuidad abstracta que se otorga a iguales fenómenos incorporados a la dinámica general; y, así, en suma, hacemos y forjamos una patogenia de estrangulación bastante ideal, que demasiado pronto elevamos a la gran solidaridad de los fenómenos físicos y vitales, desdibujando los primeros términos anatómicos y físicos, fraccionarios y concretos en la determinación material inicial del accidente.

Dejando nuestra interpretación patogénica de la estrangulación herniaria, que sólo hemos esbozado sobre la limitada base de nuestra experiencia, auxiliada esta interpretación - al rebasar los límites de la observación directa de los caracteres - por el razonamiento obtenido dentro del estrecho círculo de nuestros escasos conocimientos, y mirando macroscópicamente durante la misma intervención quirúrgica de las estranguladas su anatomía patológica podríamos reconstituir borrosamente para una didáctica de su género con los caracteres recogidos, unidos a los elementos racionales que tenemos sobre la función de éstos órganos, los tres estadios de la época clásica: de hiperemia venosa, inflamación y gangrena; en el primero las venas de la parte herniada se hallan repletas de líquido sero-sanguinolento y la trasudación obligada constituye el líquido acumulado en el interior del saco; en el segundo estadio la estancación venosa del primero ha determinado la interrupción de la circulación arterial, con hiperemia de las partes si-

tuadas por encima del punto de estrangulación; y en el tercero se ha llegado - como consecuencia necesaria y forzosa de la interrupción de la sangre, que decían nuestros mismos clásicos - a la gangrena de intestino.

Pero la verdad es que en momento alguno en cada caso particular, ni en todos ellos reunidos, hemos obtenido inmediatamente "de visu"-y prescindiendo de todo razonamiento, siquiera sea sobre la fisiología elemental en las vísceras herniarias - el camino continuo y distinto del hilo esquemático y un tanto artificial - con el artificio que siempre revisten las creaciones del pensamiento - que se supone enlaza entre sí en la realidad clínica esos diferentes estadios; y en la misma impotencia nos hemos visto para llevar y adaptar la misma realidad a los mismos o semejantes términos o grados discontinuos de dominación y sucesión patológica en las vísceras estranguladas, renovados en el día en su significación antigua de congestión y de isquemia puras, y

de infiltración, de edema y de inflamación simples, por el consorcio vivificador de las nuevas corrientes que nos hablan muy preferentemente, en torno a la vida, de lo mecánico y de lo infeccioso.

La continuidad y la simultaneidad de los fenómenos morbosos y la verdad clínica en su fisonomía directa jamás la hemos hallado en distinta parte, en modo alguno ni en descripción que no sea la obra directa de observación experimental, viniendo en esto a confirmar en síntesis, y concretamente ahora a nuestro respecto clínico, cuanto ya decíamos fundamentalmente en los preliminares de este trabajo. Aquí en el buen camino, y como por añadidura el método cruento del tratamiento necesario a estos accidentes equivale también a una vivisección, el fruto de observación directa es más firme ya por sí propio, mas que no sea tan abundante ni penetrante como cuando se pone a los datos empíricos las alas de los raciocinios en serie; de esta forma, si nuestra precaria obra literaria no luce ni dá brillo a las diferentes etapas ni a

la clasificación de los caracteres de ésta nosología, ni puede resultar tan completa y adornada esa misma observación como cuando se complementa la clínica y la vivisección con la discreta aplicación de los medios técnicos analíticos pertinentes; confesando sinceramente para la misma materia de estrangulación herniaria que dentro del objetivo nuestro en esta experiencia, y en cuenta el carácter macroscópico de nuestras investigaciones no hemos podido seguir el proceso microscópico de anatomía patológica del accidente desde sus iniciaciones con las alteraciones vasculares - en los casos que ha existido esta posibilidad por parte la vida del paciente; confesando, asimismo, no nos hemos dado buena cuenta de la socavación progresiva de las capas del intestino por los derrames sanguíneos, y, paralelamente a estos trastornos vitales, del paso y actuación racional de los micro-organismos - por lo general de mucosa a serosa - dentro de tan propicio medio orgánico, produciendo múltiples focos de inflamación purulenta; y declarando que tampoco he

visto, ni presentido siquiera, otras distintas cosas que sólo sorprende y adivina en profética positiva el laboratorio con sus admirables preparaciones, con sabios y prolijos análisis; sino nos hallamos en el caso, decimos, de ver interiormente la continuidad plástica del hilo tejido para la didáctica de los accidentes de estrangulación herniaria con los materiales de la observación real amplificada y contrastada por el laboratorio y, tal vez, algo deformada en algún punto - ya en el número o disposición de sus caracteres, ora en la apreciación de la intensidad o dirección de sus manifestaciones -; si, en suma, no podemos en el resultado de nuestras sencillas observaciones clínicas reconocer una base experimental continua en la naturaleza para clasificar brillantemente por periodos perfectamente definidos y concretos todos sus caracteres o síntomas, creemos, al menos, en la virtud y enseñanza insuperables del momento directo de esta clase de vivisecciones que se llevan a cabo con un fin esencialmente terapéutico, mostrando a

nuestro ánimo - sin copia ni disgregación por el pensamiento en su sucesión obligada para la expresión articulada de su objeto - la verdadera disposición semeiológica, el verdadero tono y matiz real del auténtico cuadro clínico de la naturaleza enferma: todo uno y simultáneo en ofrecer el instante y el grado de sus caracteres para cada caso.

Y puesto que nuestro exámen ha sido siempre para todos los casos de simple inspección clínica y principalmente local durante el acto operatorio viendo y palpando la víscera herniada, nos limitaremos a decir a éste respecto que - aparte de los casos de hernia operados en completa desorganización y descomposición visceral, y que entre sí también tenían el gran parecido y semejanza del término de la vida orgánica, ofrecido ya el sentido de la vista generalmente por una coloración pardo-grisácea de hoja seca y todavía más característicamente a la palpación por una consistencia en absoluto flácida y de papel mojado - hemos visto y reconocido casi en todos ellos, aunque en los más diversos

grados e intensidades que presupone ya la misma variabilidad clínica constante de un caso con respecto a los demás: hiperemia venosa; trasudación de líquido sero-sanguinolento, con acúmulo del mismo en el interior del saco; interrupción de la circulación arterial y estancación venosa; infiltración hemorrágica del intestino, comunicando a éste el conjunto de tales trastornos exteriormente un color variable del rojo vivo y azul obscuro, al negro; convirtiéndole en órgano adematoso, engrosado y tenso, con los caracteres generales de la flegmasía visceral, y los particulares clínicos - de un valor absoluto - de las funciones más o menos profundamente alteradas del intestino o epiplon, cuya estrangulación consideramos.

Con análoga constancia hemos reconocido en la región del intestino situada inmediatamente debajo del espolón, agente, franja o anillo constrictor un surco circular de huella por compresión, y que resalta todavía más debido a la tumefacción de los tejidos congestionados e

inflamados que le son contiguos.

Si, distintamente a nuestro examen macroscópico le hubiésemos podido y necesitado hacer microscópico nos hallamos inclinados a tener por cierto - si en el mismo sujeto las relaciones halladas para sus mismos caracteres no han de oponerse, ni variar siquiera, porque se las mire al natural, o amplificadas - que para la descripción de la anatomía patológica de los mismos accidentes de estrangulación herniaria habríamos de haber encontrado genéricamente casi para todos los casos - aunque haciendo aquí el mismo respecto y consideración de las variantes clínicas que indicamos antes para la macroscopía clínica - una circulación que se retarda, vasos que se dilatan, aréolas de tejido que se separan entre sí; vasos que se hacen permeables primero para el suero, con el resultado de una infiltración edematosa; y a continuación permeables también para la migración de los corpúsculos sanguíneos, produciéndose la imbibición por la sangre de las capas lasas, con pér-

dida de la elasticidad de las células y conjuntamente de la del órgano que integran.

Y si nos hubiera sido factible usar de los medios técnicos y no técnicos apropiados, necesarios y oportunos para la investigación y determinación bacteriológica a través de la substancia del intestino en cada caso clínico seguramente que nos habría sido necesario - con necesidad de similitud esencial entre la biología microbiana actuando y sustentándose sobre los mismos órganos que sufren previamente a la aparición de aquella flora morbosa análogas privaciones y ataques a su más esencial fisiología y conservación anatómica - el referir cada uno de los antedichos casos clínicos a todos los demás; haciendo sólo entre ellos excepción como tales casos genéricamente infecciosos bajo el punto de vista de sus distintas y particulares intensidades toxémicas; y que, por lo demás, guardan siempre éstas - traducidas a la clínica - una cierta relación con el medio interno y con las defensas natu-

rales de cada individuo, y una relación absoluta siempre - y determinante, sobre todo, del final del proceso - con respecto a la gravedad del infringimiento fisiológico por la estrangulación visceral. Y lo genérico entre nuestros casos, más allá ya de los límites de nuestra experiencia - con las restricciones indicadas - nos enseñaría la marcha o evolución en cierto modo paralela entre aquellas alteraciones orgánicas que experimenta el intestino estrangulado y los fenómenos infecciosos de los que el mismo es prematura víctima, bajo la forma o patrón común de la infección; desarrollada, casi para todos los casos, desde los primeros y parecidos términos de epitelios que se desprenden a nivel de las vellosidades intestinales, con infiltración inflamatoria e infecciosa de estas vellosidades, así como de las distintas capas del intestino empapadas en la misma extravasación séptica y que se disgregan rápidamente; concluyendo también - con el genérico parecido de la muerte orgánica - por sucumbir en gangrena estos diferentes elementos

viscerales que sufren la doble acción patogénica mecánica e infecciosa, incompatible con el mantenimiento de su vida.

Y así, tanto por la propia y más directa experiencia de estos fenómenos, como en consideración de orden rigurosamente lógico de los mismos, que no hemos podido evitar de atender en sus límites y caracteres que nos han sido menos objetivos, hallamos invariablemente para cada caso - por macroscopía clínica, que nos es personal, durante lo que tiene de vivisección experimental el acto operatorio, y por indefectible lógica de los estudios y enseñanzas experimentales y traducidos por la anatomía patológica - sino aquél hilo ni camino continuo que suponen los clásicos tejiendo y enlazando entre sí en el tiempo morfológica y reaccionalmente los diferentes estadios y los múltiples caracteres semeiológicos de las hernias estranguladas - el verdadero cuadro clínico, lo repetimos, en su insuperable valor auténtico, mostrando en la multiplicidad de sus caracteres la unidad suma de la natu-

raleza, sin las discontinuidades de las clasificaciones, ni las interrupciones de los registros de los análisis; insistimos, enseñándonos, sobre todas las cosas, dentro de la unidad y solidaridad de su anatomía y de su fisiología y del generismo en la serie de las grandes causas perturbadoras de la vida orgánica, mecánicas e infecciosas, en vez de una estrecha sucesión fenoménica pura, una pluralidad aparente y una simultaneidad semeiológica que, aunque sujeta a la ley de evolución que le imprime el accidente, tiene siempre los límites borrosos para una doctrina particularista y distincionista; y lo mismo decimos de la imprecisión nosológica y hasta fisiológica de su especificidad, que tampoco aparece distinta elementalmente indagando en la serie de casos; hallando constantemente que esa naturaleza llena, sin divisiones ni sucesiones, toda la clínica.

Dejando no sólo ya el proseguir con la interpretación patogénica de la estrangulación herniaria - a la que ya hemos hecho puntos antes-

sino, además, también el continuar ahora discutiendo la interpretación de la anatomía patológica de los mismos accidentes sobre el fondo de verdad de que en el individuo y en la especie estimando justamente el desarrollo patológico de aquellos existe realmente - en medio de las múltiples formas con las que impresionan nuestros sentidos - una gran semejanza, coexistencia, relación y continuidad entre sus fenómenos; prescindiendo también del análisis puramente clínico, sin indagar orígenes, relaciones y afinidades generales de los síntomas de la estrangulación herniaria, con algunos ejemplos para casi todos sus grados en el curso de nuestra experiencia; porque, en definitiva, de éstos síntomas dá su primera razón la misma anatomía patológica dentro de los cuadros de las modificaciones locales experimentadas por el tumor herniario; prescindiendo de ocuparnos de los trastornos consecutivos a la oclusión intestinal, dolores, shock de estrangulación, descomposición pútrida del contenido intestinal, meteorismo, y alteraciones circulatorias.

rias de las paredes viscerales que dificultan ya la reabsorción gaseosa en los primeros términos del mal, antes del periodo de desorganización; vómitos, intoxicación e infección séptica, flemón estercoráceo, peritonitis, trombosis de las venas mesentéricas, pneumonía, etc; dejando, repetimos, el continuar intentando sacar algún brillo a tanto espejuelo de la didáctica clínica, corriendo siempre el peligro de quebrar y emborronar a la imagen real del paciente al prodigar esta luz refleja y lejana que nos suministran las abstracciones ejercidas sobre los escasos datos sensibles que poseemos de los mismos afectos, y encaminándonos hacia el tratamiento que reclama más o menos urgentemente todo accidente de estrangulación herniaria diremos hemos observado lo primero, sin aflojar nuestra voluntad y diligencia para la acción inmediata, que la meta de estos tratamientos no se halla sustentada muy ampliamente por tan rica doctrina de interpretación anatómico-fisiológica como para las estranguladas se ha emitido; pues es eviden

te no hay una relación paralela genérica, ni individual - entre las formas y teorías semeiológicas del accidente, y el tratamiento del cual necesita; por lo general muy sencillo y apenas diferenciado, como un acto mecánico puro que es obrando sobre las condiciones materiales del organismo alteradas primero localmente de un modo brusco; y resulta que siempre viene a constituir la indicación directa y formal para el tratamiento cruento éste tan simplicísimo hecho anatómico de haberse producido un obstáculo que estrangula la hernia, y que es preciso, urgente, el suprimirle consecuentemente por desbridamiento; admítase una u otra teoría patogénica. Y todavía en orden a estas mismas causas materiales y orgánicas habituales, que ejercen el monopolio de la estrangulación, no ha de preocuparse ni detenerse el cirujano en querer resolver ni en aquilatar previamente si consiste en tal o cual particularidad de organización o disposición del saco, o del anillo herniarios; y menos aún dentro de qué límites cuantitativos se ha infringido



Por las mismas consideraciones de propósito y fin generales de nuestro trabajo tampoco podemos empeñarnos ahora escrupulosa y extensamente en la exposición e interpretación semeiológica experimental, ni en la apreciación y legitimación de nuestras disposiciones de práctica terapéutica llevadas a término para con las hernias libres y sin accidentes. Alguna cosa, y casi solo ya a modo de enunciado acerca de tan importantes cuestiones, pensamos añadir casuísticamente en la estadística que vá a continuación de las siguientes conclusiones generales de la presente memoria, particularmente bajo la forma de observaciones para los casos que de algún modo, o por señalado motivo, estimados como interesantes en lo clásico, o singulares en su excepción, les hemos registrado verídicamente en nuestra experiencia clínica como signatura positiva - la más original de la naturaleza - de afirmaciones anteriores sobre la misma materia.

Mientras, y en orden a los aludidos tratamientos de las hernias libres, séanos permitido manifestar que sin mirar ni atender nosotros en caso alguno al procedimiento antes que al guía superior y natural de la clínica, reconocemos que prácticamente nos resulta, entre todos los demás, una singular preferencia por el procedimiento de cura radical por desplazamiento del saco herniario según el profesor Kocher. En este punto nos es muy difícil deslindar la parte que en los éxitos corresponde a este procedimiento terapéutico, en cuanto él ayuda y domina a la naturaleza en el accidente, por su eficacia intrínseca, de la parte o concurso que siempre pone para el más cierto éxito un mayor dominio, ajuste y precisión de una misma técnica que se repite con ligeras variantes morfológicas y materiales.

CONCLUSIONES:- Teniendo en cuenta la doble estructura de nuestro trabajo las condensaremos en dos resúmenes generales: uno para las cuestiones de método; y el otro, sobre toda la doctrina expuesta, para

concluir expresando la condición de verismo, y de verismo sintético y unitario de la clínica, que hemos obtenido para nuestros juicios por virtud de nuestra devoción y admiración por las investigaciones e intervenciones directas realizadas en las ocasiones prácticas con los diferentes grados o apremios de la necesidad física que en aquella se nos ha manifestado.

Primera: Es el primer deber de todo médico el no alterar ni invertir en la esfera de su conocimiento, ni en la de su acción; en la de la inteligencia pura, ni para con los hechos, lo que dirían los matemáticos el orden de los factores; el no confundir su primordial y único objetivo de la clínica, con la consideración inmediata y principal de los medios y modos que a descubrir aquel objetivo le pudieran conducir y les tomare a éstos por otros tantos objetivos esenciales próximos o finales; es indispensable al médico, decimos - en el alto grado de correr la pena y riesgo de no serlo y de anularse en absoluto

al seguir vía o entretenimiento distinto al que se interesa - el buscar, en suma, el libro, así como el intentar lograr todo conocimiento de la unidad de la clínica, requerido prácticamente en los cuadros fundamentales y en los casos vivos de su nobilísimo ministerio, en la misma naturaleza presente y en la misma patología real que se le ofrece y le reclama directamente su atención dentro del gran laboratorio de la vida; en vez de buscar a estos últimos en el libro y en la cátedra, aún con la lógica más discreta y rigurosa, ni plásticamente y de un modo sensible en el museo más acabado, ni en análisis científicos y de objetivos también fragmentarios que se hallan de algún modo fuera del plano y de la condición de la realidad natural sobre la cual se ejercitan todos estos medios docentes, experimentales y puramente representativos.

Segunda: Para la misma materia de las hernias afirmamos constantemente desde el mismo aspecto del conocimiento práctico,- y en una

bien cierta oposición con la pluralidad, división, dispersión, contraste, refracción y sucesión material y virtual de los caracteres semeiológicos y de las ideas a que se les refiere, y en contradicción con la unidad convencional asignada a los sistemas médicos alternantes y mudables referentes al propio tratado - la continuidad ininterrumpida, con la margen o amplitud que tiene la vida y sus manifestaciones; la relación íntima intrínseca entre aquella semeiología clínica, ofrecida polícromamente a nuestros sentidos ante todo examen superficial por los mismos, sobre la base inmutable de su substratum esencial de la unidad orgánica y de la solidaridad fisiológica del individuo y de la especie.

Corolario: Las indicaciones terapéuticas para las hernias se obtienen siguiendo aquella vía o método natural y expresamente se deducen del conocimiento práctico de la causa próxima de las alteraciones de éstas relaciones orgánicas y del de las perturbaciones fisiológicas solidarias que sufren los mismos afectos. Esas causas próximas patóge-

nas estimadas por sus efectos en el organismo enfermo en los grados y caracteres con que se nos manifiestan las hernias esencializan - atendidas conjuntamente con otros factores generales y no menos positivos e interesantes, que siempre es necesario definir y compulsar con los caracteres del afecto concreto en toda buena clínica - sus tratamientos más racionales y eficaces para toda experiencia.

En cambio, no esencializan, ni derivan corriente firme ni fecunda para los mismos tratamientos la multiplicidad de hipótesis y teorías patogénicas y de los sistemas que concurren a explicarse los diferentes síntomas de las hernias, aun siendo verdadera ésta explicación para la trabazón clínica de la enfermedad, si éstos sistemas y aquellas teorías no denuncian con precisión, certidumbre, con oportunidad ni con el orden natural de prelación los primeros términos materiales de causación del accidente herniario sobre los cuales se ha de obrar.

Sub-corolario: En el material clínico de nuestra estadística he-

mos obtenido las indicaciones terapéuticas que han sido llevadas a término para con las hernias libres de los orígenes, estado actual y constitución material particular de cada caso en punto a su anatomía anormal; más de índole ectópica o con defecto de organización de la región asiento de la hernia y de estática visceral, que netamente de substancial trastorno ni de alteración clínica dominante, compleja, aguda ni fulminante en la inmensa mayoría de los casos, por más que de dichas alteraciones de estática visceral y anomalías orgánicas deriva-se siempre un cortejo de trastornos morbosos más o menos apreciables, o señalados siquiera por un defecto de la aptitud física del sujeto herniado, que inevitablemente muestra un vacío en el activo fisiológico del propio individuo. Así, las causas próximas, sencillamente de anomalía de constitución, o patógenas, de las hernias libres - según el grado de expresión clínica en cada caso - sobre las cuales había de obrar nuestra corrección y reposición operatoria no solo reconocía

una amplia base anatómica, sino que también se mantenía sobre ella la indicación respectiva corrientemente sin apremios del tiempo.

Distintamente de las hernias libres en las hernias estranguladas sus indicaciones terapéuticas deducíanse siempre imperiosamente, más que de una especie de estática visceral pasiva y de una sencilla ectopia anatómica de los órganos constitutivos de las hernias, de los trastornos clínicos locales más graves de base anatomo-patológica intensamente activa en el desarrollo casi fulminante del accidente, con la cuenta de todas las complicaciones mecánicas y toxi-infecciosas a que se halla sujeta la materia viva de nuestro organismo lesionada profundamente.

De este modo las causas próximas patógenas peculiares al accidente herniario de estrangulación no tienen paradigma con las de constitución de las hernias libres - conservando su clínica la misma diversificación existente entre el agente morboso encarnado, y la forma o materia apta

sólo para sufrir e integrar las actuaciones patológicas del proceso de esta misma base o condición anatómica -; y esta misma consecuencia y afirmación particular llevada al tratamiento de las estranguladas ha dirigido y reglado nuestra acción - desarrollada en la forma y fondo de intervención operatoria - principalmente a restablecer el orden biológico de los primeros eslabones en el desorden mecánico y fisiológico reinante en tan graves accidentes y a contrarrestar ya las primeras alteraciones patológicas especiales, sumadas a las perturbaciones fisiológicas directas, con todo el apremio y urgencia que reclama un proceso que abandonado a su curso fatal hace rápidamente de su vital base anatómica y de la más grave perturbación de las funciones que en ella se realizan el baluarte más seguro para la destrucción de todo el organismo sobre el ara de la solidaridad orgánica, de la integración y dependencia fisiológica existente en nuestra economía.

Experimentalmente no podemos concretar cargo alguno clínico al

aplazamiento en el tratamiento de las hernias libres que no se pueda referir a las formas y gradaciones anatómicas de las mismas - y que indudablemente tienen una importancia de primer orden para garantizar, dentro de las determinantes de sus justas indicaciones, el éxito de reconstitución anatómica y la eficacia ortopédica ulterior de una intervención bien hecha -, y también al peligro de sufrir dichas hernias libres accidentes más o menos graves mientras no se las interviene quirúrgicamente.

En cambio, nuestros éxitos de la kelo-tomía sólo han sido invariables, precisos y completos durante nos ha sido posible intervenir y hemos operado dentro de los dos, cuatro o seis primeros días; contamos con éxitos todavía después de mayor número de días con el accidente, pero siempre hemos sido avaros del tiempo para intervenir en estos casos, y continuaremos siéndolo firmemente, con no ser partidarios de las precipitaciones ni de los radicalismos incondicionales en cirugía,

y no obstante haber gozado nosotros, sin duda, de una especie de suerte o fortuna en nuestra experiencia de keloatomías en las cuales había legítimamente mucho que temer por el tiempo transcurrido. Hemos sufrido algún fracaso únicamente en las herniotomías demasiado tardías; cuando el intestino se hallaba ya gangrenado, convertido el epiplon en masa friable, infectado el peritoneo, y, a la vez, era víctima el enfermo de otras muy graves y solidarias complicaciones locales y generales.

Es clásico en terapéutica quirúrgica que no es suficiente a nuestro arte - ilustrado de consuno por las ciencias médicas y sus afines, por la biología general y particular, y consciente y elevado mediante ellas - el realizarse indeterminadamente dentro del orden o serie de las indicaciones fundamentales que se encamina a llenar y para el cual ha sido más justamente creado ese arte, poniéndole el conocimiento y la experiencia en las manos del cirujano; ni basta tampoco aisladamente el que ésta mano del cirujano por diestra lleve a término en el gé-

nero de tratamiento encomendado una obra maestra del arte anatómico y de la estética quirúrgica, sino que, asimismo, fundamentalmente ese mismo arte ha de realizarse precisamente con oportunidad en el tiempo dentro de aquel orden u horizonte clínico propio de sus más pertinentes y necesarias indicaciones; es decir, ese arte para ser propiamente quirúrgico, bienhechor para el paciente, necesita observar en su acción un paralelismo dinámico y cronológico exacto y completo de rectificación con la evolución incesante de las cosas y de los fenómenos fisiopatológicos que le reclaman, mirando el cirujano constantemente a nuestra gráfica anatomo-fisiológica.

ESTADÍSTICA DE HERNIAS OPERADAS EN NUESTRA CLÍNICA.

-----XX-----

I

Hernias libres; o con adherencias flojas, y sin accidentes graves, ni fulminantes; determinantes sólo de incapacidades o de trastornos locales o generales, más o menos graduados, del paciente; pero compatibles hasta cierto límite con la realización elemental de las mismas funciones digestivas, y, desde luego, con la conservación de la vida del herniado mientras no sufriera el mencionado afecto - de habersele privado de su más propio tratamiento - el accidente o complicación de estrangulación.

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
1	Angel Sandin	Bena- vente.	Zamora	Hernia inguinal, entero- cele es- crotal.	Cura opera- toria: pur- gante, baño general de limpieza, desinfección de la región, anestesia general clo- rofórmica; reducción del conteni- do visceral, disección, dislocación, implanta- ción alta (Kocher) y subresección del saco herniario, y sutura par- cial del conducto in- guinal o puerta her- niaria.	Cura- ción.	Curso post- operatorio re- gular y benigno; cicatrización firme por primera inten- ción, que per- siste hoy sin reproducción de la hernia.

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
2	Antonio Martinez	Fuentes de Ropel.	Zamora	Hernia inguinal;	Cura operatoria.: " " "	Curación	" " "
3	Pedro Neira	Casoyo	Orense	Hernia inguinal;	Cura operatoria.: " " "	Curación	" " "
4	Tomás García	Biobra	Orense	Hernia inguinal; ex-teropilelo voluminoso, y varicocele.	Cura operatoria de la hernia, y extirpación del varicocele.	Curación	Se infectó; probablemente por las sedas, pero no hay reproducción de la hernia.
5	José Manuel Marti- nez.	Pereiro	Orense	Hernia inguinal irreducible; de gran enterocele adherente al saco herniario.	Cura operatoria, previa liberación de adherencias intestinales.	Curación	Durante unos días fué advertida una fistulita intestinal gaseosa, que se ocluyó espontáneamente.

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
6	Inocencio Lorenzo.	Villa-nueva de la Sierra	Zamora	Hernia inguinal; enterocele.	Cura operatoria según técnica.	Curación	Cicatrización por primera intención.
7	Eusebio Guerra	Villa nueva de la Sierra	Zamora	Hernia inguinal doble.	Cura operatoria de ambas hernias en una sesión, según técnica general para cada una.	Curación	" " "
8	Ramón Lorenzo	Villa nueva de la Sierra	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "
9	Salvador Canseco	Astorga	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "
10	José Morquecho.	Espinosa de los Montes.	Burgos	Hernia inguinal enteroepiplocele voluminoso.	Cura operatoria, con resección de epiplon.	Curación	Se produjo hernia de epiplon al sexto día, y fué resecado nuevamente.

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
11	Manuel Rodriguez	Real (Rubiana).	Orense	Hernia inguinal de ambos lados; enteroceles.	Cura operatoria de las dos hernias en una sesión	Curación	Curso post-operatorio muy bueno.
12	Elvira Fernandez	Torneiros de la Valderia.	León	Hernia crural enterocele.	Cura operatoria según técnica sobre el anillo crural.	Curación	Con peritonitis herniaria crónica y dolorosa, curó sin accidentes.
13	Margarita Martinez.	Palacios de la Valduerma.	León	Hernia crural " "	Cura operatoria: " " "	Curación	Curso completamente regular, sin molestias.
14	Marcos Miguélez	Coomonte	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria sobre el conducto inguinal.	Curación	" " " "

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resul- tado	Observaciones
15	Claudio Maestro	La Ba- ñeza.	León	Hernia inguinal; gran en- terocele escrotal	Cura ope- ratoria: " " "	Cura- ción.	" " "
16	Magín Pacho.	Manza- neda.	León	Hernia ingui- nal; " " "	Cura ope- ratoria: " " "	Cura- ción.	" " "
17	Florencio Viejo	Audan- zas de Valle.	León	Hernia inguinal; " " "	Cura ope- ratoria: " " "	Cura- ción	" " "
18	Antonio Casasola	Villa- nueva	León	Hernia inguinal; " " "	Cura ope- ratoria: " " "	Cura- ción	" " "
19	Bernardo Villar	Alija de los Melones	León	Hernia inguinal; entero- cele es- crotal muy vo- lumino- so.	Cura ope- ratoria: " " "	Cura- ción	" " "

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resul- tado	Observaciones
20	Faustino Carracedo	Valdavidó.	León	Hernia inguinal enterocele, en ambos lados.	Cura operatoria en dos sesiones.	Curación	" " "
21	Manuel Charro	Alija de los Melones.	León	Hernia inguinal de ambos lados; enteroceles.	Cura operatoria de las dos hernias en una sesión.	Curación	" " "
22	Gaspar Martinez	Coomonte.	Zamora	Hernia inguinal; gran enterocele.	Cura operatoria: suturas de refuerzo sobre el conducto inguinal.	Curación	" " "
23	Antonio Cabero	Villamontana	León	Hernia inguino-escrotal de intestino; vólvulo lumino-sisima.	Cura operatoria: suturas especiales de refuerzo sobre el conducto inguinal,	Curación	Este caso se infectó; mas luego, igualmente, ha quedado permanente la curación radical de la

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
					con plegamiento aponeurosis oblicuo mayor		hernia; comprobado por reconocimiento reciente del sujeto.
24	Eugenio Perez	Entrepeñas.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria; técnica habitual.	Curación	Ningún accidente.
25	Francisco Lozano.	Molezuelas	Zamora	Hernia inguinal	Cura operatoria:	Curación	" " "
26	Froilán Martinez.	Toralino.	León	Hernia inguinal	Cura operatoria:	Curación	" " "
27	Bernardo del Rio.	Alija de los Melones	León	Hernia inguinal	Cura operatoria:	Curación	" " "
28	Agapito Ferrero	Carracedo.	Zamora	Hernia inguinal enterocele y quiste del cordón (congénita).	Cura operatoria de la hernia y extirpación del quiste.	Curación	Figuran los curiosos detalles de disposición anatómica de esta hernia, á lo largo del cordón, en la memoria.

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
29	Juan Ferreras	Carra- cedo	Zamora	Hernia in- guinal en- terocele	Cura ope- ratoria de la hernia	Cura- ción	" " "
30	Patricio Perez.	La Ba- ñeza	León	Hernia in- guinal en- terocele con adheren- cias del cuello del saco al anillo.	Cura ope- ratoria, con liberación de adheren- cias; sutu- ra apreta- da del con- ducto in- guinal.	Cura- ción.	Se registró un accidente pasajero de oclusión in- testinal.
31	Juan Blanco	Mora- les del Rey	Zamora	Hernia in- guinal en- terocele; testículo del mismo lado en el conducto inguinal.	Cura ope- ratoria de la hernia, y tracción de la glán- dula hacia la vaginal	Cura- ción.	Sin novedad; ascendió el testículo.
32	Victoriano de Luis	Torne- ros de la Val- dería.	León	Hernia in- guinal en- terocele.	Cura ope- ratoria según téc- nica.	Cura- ción	Cicatrización rápida y sin accidentes.

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
33	Pedro N.	Santiago Millas.	León	Hernia inguinal enteroceles de ambos lados.	Cura operatoria de las dos hernias en una sesión.	Curación.	" " "
34	N. Ramirez	Villabrázar.	Zamora	Hernia inguinal enteroceles	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
35	Lorenzo Tejedor	Arribal de	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
36	Claudio Balado	Fuente Encalada.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
37	Pedro Charro	Vecilla de la Polvorosa.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
38	Celedonio Bécarres.	Vecilla de la Polvorosa.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
39	Manuel López	Morales de Rey	Zamora	Hernia inguinal enteroepiplocele.	Cura operatoria, con resección de epiplon.	Curación.	Se produjo una epiploítis, que se dominó en pocas horas, aplicando compresas calientes sobre el vientre.
40	Tomás López	Morales de Rey.	Zamora	Hernias inguinales con grandes enteroceles escrotales.	Cura operatoria de una según técnica general.	Curación.	Sin accidente alguno.
41	Domingo Casado	Morales de Rey.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
42	Manuel Fidalgo	Vecilla de la Polvorosa.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
43	Miguel Fernandez	Santiago Millas.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "
44	Santiago García	Veguellina de Orbigo	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "
45	María Fernandez.	Villoria de Orbigo	León	Hernia crural enterocele.	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "
46	Agustín García	La Bañeza	León	Hernia inguinal enterocele	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "
47	Clodoaldo Martínez.	Val de San Lorenzo.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "
48	Elías Martínez	Carballada de Valdeorras.	Orense	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura ción.	" " "

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
49	Francisco Fernandez.	Carballada de Valdeorreras.	Orense	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura-ción.	" " "
50	Nicomedes Llor-den.	Quintanilla de Yuso.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria incom-pleta.	Sin éxito ortopédico.	Anciano: ha-bía sufrido varias es-trangulacio-nes. Un acci-dente de anestesia clíca - por astenia del miocardio - impidió ulti-mar la in-tervención.
51	Casimiro Peña	León	León	Hernia inguinal " " "	Cura opera-toria según técnica gene-ral.	Cura-ción.	Curso post-operatorio no-tablemente bueno y sin molestias.

° de rden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
52	Miguel Fernandez	Santa María del Páramo	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
53	Rafaél Martinez	Castri-lllo.	León	Hernia inguinal enteroce- le, y varicocele del mismo lado.	Cura operatoria de la hernia, y extirpación del varicocele.	Curación.	" " "
54	Miguel Bécares.	Verde-nosa.	Zamora	Hernia inguinal enterocele	Cura operatoria de la hernia, según técnica.	Curación.	" " "
55	Antonio Charro	Villa-veza Valverde	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
56	José Ortiz	Coomon-te	Zamora	Hernia inguinal, gran enterocele escrotal.	Cura operatoria: " " "	Curación.	Con historia de varias estrangulaciones, transitorias.

no de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
57	Florencio Mateos	San Juanico.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura- ción	" " "
58	Eliseo Martinez	Grajal	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura- ción.	" " "
59	Sinforiano Trancón.	Rivera	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura- ción	" " "
60	Marcelino Palmero.	Rionor	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura- ción	" " "
61	Martin Andrés	Cubo de Benavente.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura- ción.	Con historia de algunos accidentes de estrangulación; con- jurados sin mayor peligro para la vida.
62	Felicidad Martinez.	Manzaneda.	León	Hernia crural en- terocele.	Cura operatoria: " " "	Cura- ción	Historia clínica sin accidentes.

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
63	Antolín García	Fresno de la Polvorosa.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
64	Demetrio Lobato	S. Pedro de la Viña.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
65	Demetrio Presa	Quintanilla de Yuso.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
66	Modesto Fernandez.	Alija de los Melones	León	Hernia inguinal enterocele escrotal voluminoso.	Cura operatoria: " " "	Curación.	Historia de varias estrangulaciones, bastante apretadas.
67	Valentin Rueda	Coomonte.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria dos veces.	Curación.	Se reprodujo la hernia después de la primera intervención; y ha quedado firme la curación con la segunda operación.

° de rden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
68	Juan Zamora	San Pedro de la Viña.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria según técnica	Cura-ción.	Sin accidente, ni reproducción.
69	Marcelo Fernandez.	Genestacio.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura-ción.	" " "
70	Luis Blanco.	Villanueva de las Peras	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria " " "	Cura-ción.	" " "
71	Antonio Mañanes.	San Cristobal de Entreviñas.		Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Cura-ción.	Había sufrido varios accidentes de estrangulación intestinal, y peritonitis herniaria. Curación feliz.
72	Felipa Sandín	Villaveza de Valverde.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Cura-ción.	Sin novedad antes, durante ni después de la intervención.

° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
73	Inés Rodriguez	Fuente Enca-lada.	Zamora	Hernia crural " " "	Cura opera-toria: " " "	Cura-ción	" " "
74	Martin Hidalgo	Fresno de la Polvo-rosa.	Zamora	Hernia inguinal enterocele voluminoso	Cura opera-toria: " " "	Cura-ción.	Sufrió el accidente de "absceso urino-sa";y, al fin,ha cura-do de todo muy bien.
75	Melchor Gutierrez	Pobladura del Valle.	Zamora	Hernia inguinal enterocele escrotal; de mediano volumen.	Cura ope-ratoria: " " "	Cura-ción	Antes de ope-rarse sufría vómitos muy violentos y repetidos en actitud ver-tical;que só-lo cesaban al acostarse. Inmediatame-nte de opera-do curación radical de la hernia,y su-presión abso-luta de los vómitos;para

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
76	Mariano Gullón	Molezuelas	Zamora.	Hernia inguinal enterocele, y varicocele.	Cura operatoria de la hernia, y extirpación del varicocele.	Curación.	<p>los cuales habian sido inútiles multitud de remedios prescriptos, tratado el caso de "gastropatía" por el médico de cabecera.</p> <p>Se determinó orquitis; que cedió pronto.</p>
77	Juan Lobato	Peque	Zamora	Hernia inguinal enterocele voluminoso.	Cura operatoria de la hernia, según técnica.	Curación.	<p>Ha ingresado obligado por serias y repetidas amenazas de estrangulación intestinal.</p> <p>Curso postoperatorio muy bueno.</p>

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
78	Teresa Fernandez.	Villa-ferruela.	Zamora	Hernia crural enterocele	Cura operatoria: " " "	Curación.	Sin novedad.
79	Emilio Lozano	Molezuelas	Zamora	Hernia inguinal enterocele	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
80	Fulgencio Pastor	Navianos de Valverde.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
81	Manuel Martinez	Santa Colomba de la Vega.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "
82	Juan Llamas	Garra-patas.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "
83	Julián Sastre	Quintanilla de Yuso	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
84	Diego Fernandez	San Martin de Torres	León	Hernia inguinal enterocele escrotal, de extraordinario volumen.	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
85	Pedro Santos	Entrepeñas.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación.	Sufrió, independientemente de las determinantes de la intervención, una paratífica; sin complicación local en la hernia operada.
86	Pedro Alija	Genestacio.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	Sin accidente alguno.
87	Vicente Torrado	San Feliz de la Valderia.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
88	Manuel Astorga	Valcabado.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
89	Bonifacio Casado.	Alija de los Melones	León	Hernia inguinal enterocele escrotal, muy voluminoso.	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
90	Manuel Rubio	Genestacio.	León	Hernia inguinal enterocele	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
91	Fabriciano Rodriguez.	Navianos de Valverde.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	Retención de orina durante ocho días; hubo necesidad de sondarle tres veces cada veinticuatro horas.

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observación
92	Saturnino Fernandez.	Navianos de Valverde.	Zamora	Hernia inguinal doble, enteroceles	Cura operatoria de ambas en dos sesiones distintas.	Curación	Sin accidente.
93	Marcelo Cadenas	Cimanes de la Vega.	León	Hernia inguinal enteroceles	Cura operatoria con alguna celeridad, por el estado orgánico del enfermo.	Curación	<p>Obligadísimo se vió á operarse por haber sufrido dos estrangulaciones; una de ellas muy grave; hubo necesidad de conducirlo en angarilla á su domicilio.</p> <p>La curación en la clínica se efectuó normalmente; no obstante su un cardiaco con ateroma y arritmias</p>

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
94	Moisés Martínez	Hospital de Orbigo	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria según técnica	Curación.	Niño que sufrió varios accidentes de estrangulaciones transitorias.
95	Pedro Carro	San Roman de la Vega.		Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	Sin historia de accidentes, y sin haber sufrido alguna interacción alguna especial en su salud durante su curación.
96	Alejandro Vara	Verdenosa	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	" " "
97	Lorenza Arias	Villalis.	León	Hernia inguinal voluminosa, enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación.	Con historia de varias estrangulaciones. Intervención y curación sin novedad.

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
98	Pedro Esteban	Quintanilla de Urz.	Zamora	Hernias inguinales, enteroceles, de gran volumen.	Cura operatoria de una " " "	Curación.	Sin historia de accidentes; tenía grandes anillos y gran masa visceral abajo. La primera intervención muy bien; al intentar la correspondiente a la segunda hernia hubo necesidad de suspenderla por amenaza de accidente anestésico.
99	Joaquin Blanco	Población del Valle.	Zamora	Hernia inguinal enterocele.	Cura operatoria: " " "	Curación	Su curación no ha ofrecido nada de particular.
100	José Valcarce	Villafraanca del Bierzo	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
101	Francisco León		León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
102	Regino Rabanal	San Roman de la Vega.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria " " "	Curación	" " "
103	Isidro Felipe	Garra-patas.	Zamora	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "
104	Manuel Gil.	Morales de Rey	Zamora	Hernia inguinal muy voluminosa; enterocele escrotal.	Cura operatoria: " " "	Curación.	Con antelación a la intervención sufrió varias estrangulaciones herniarias, una de ellas muy grave. Curación sin novedad.
105	Pedro Fernandez	Morales de Rey	Zamora	Hernia inguinal muy voluminosa " " "	Cura operatoria: " " "	Curación	Corrió varios peligros su vida por estrangulaciones herniarias, transitorias.

N° de orden	Nombre y apellidos	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
106	Santos Mañanes.	Morales de Rey.	Zamora	Hernia inguinal enterocele escrotal, de extraordinario volumen.	Cura operatoria " " "	Curación	Hernia adquirida, de cincuenta años de fecha; tuvo algunas estrangulaciones en su larga historia de patología herniaria. No obstante la antigüedad de la lesión, su extraordinario volumen y haber imprudentemente cargado con grandes sacos de trigo - en su oficio de panadero - desde las cinco semanas de la intervención no se ha causado reproducción de la hernia hasta el día; han transcurrido trece años.

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones.
107	Eleuterio Bercianos	Villa veza de Valverde.	Zamora	Hernia inguinal, epiplocele enterocele, de gran tamaño.	Cura operatoria de la hernia, previa liberación de adherencias, y resección de gran masa de epiplon.	Curación.	Lo notable de este caso es la producción súbita de la hernia durante el trabajo con la aparición instantánea de una enorme tumoración en la ingle; constituida en su mayor parte por epiplon. La curación se efectuó rápida y normalmente.
108	Blas Uria	San Juan de la Mata.	León	Hernia inguinal enterocele	Cura operatoria, según técnica general.	Curación.	Curso de reparación, normal.
109	Manuel Cuesta	Val de San Lorenzo.	León	Hernia inguinal " " "	Cura operatoria: " " "	Curación.	" " "

Nº de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones.
110	José Hiebra.	Bembibre.	León	Hernia inguinal	Cura operatoria	Cura	Por su muy ventajosa cicatrización y consolidación se le ha permitido salir de la clínica, completamente curado, á las dos semanas de la intervención.
111	Damian de Vega	Olleiros de Tera.	Zamora	Hernia inguinal, gran enterocele escrotal, crural, y lipoma virtual; todo del mismo lado.	Cura operatoria de ambas hernias, inguinal y crural; y extirpación del lipoma herniario. Intervención laboriosa	Cura	Hombre de cincuenta y dos años, presbítero, nos hablaba de la antigüedad de su "quebradura". La intervención ha puesto de manifiesto lo que no se pudo concretar antes de la misma: enterocele inguino-escrotal voluminoso que nunca se lograba reducir por completo, en conexión con una masa tumoral piriforme (lipoma) aplicada sobre

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones
							<p>esta región herniaria, deformada anatómicamente, y con la sorpresa de hallar un saco peritoneal completo, vacío, de hernia crural en comunicación directa con la cavidad abdominal, costeando a dicho lipoma; y subyacentemente, pues, al gran saco y hernia inguinal, y paralelamente a su eje.</p> <p>La intervención completa se llevó a efecto sin inconveniente alguno; el curso postoperatorio muy bueno y el resultado ortopédico muy eficaz; motivando una carta de gracias "por estar satisfecho</p>

N° de orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado.	Observaciones
							<p>simo de la operación".</p> <p>Era un gran hipocondriaco, que llegaba en días hasta la manía y temores más inverosímiles; y hoy nos parece, moralmente, otro hombre, ya muchísimo más tranquilo y confiado consigo mismo. Es caso que se ha comprendido relacionadamente - como tantos otros - en el desarrollo del texto de la memoria.</p>

N° de Orden	Nombre y apellido	Pueblo	Provincia.	Hernia	Operación	Resultado	Observaciones.
	Bernarda Brasa	Maire de Castroponce.	Zamora	Hernia crural, enterocele.	Cura operatoria, según técnica	Cura-ción.	Curso normal de cicatrización por primera intención.
112	Marcos Blanco	Santi-bañez de Vidriales.	Zamora	Hernia inguinal, enterocele.	Cura operatoria: " " "	Cura-ción.	Historia corriente de hernia libre, sin accidentes. Intervención, sin novedad; reparación normal; y resultado orgánico ortopédico firme en la cura-ción.

HERNIAS ESTRANGULADAS

Nº de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia.	Clase de hernia.	Tiempo con el accidente	M o d o de la Intervención	Resultado.	Observaciones
113	Santiago Vara.	Verde-nosa.	Zamo-ra.	Hernia inguinal estrangulada; enterocele escrotal	30 horas	Kelotomía inguinal.	Curación.	Es caso referido en la memoria y que hace relación, más que a su interés clínico -corriente principalmente a nuestra falta de experiencia cuando la practicamos, ya que ha sido nuestra primera intervención de hernias. De todos modos, actualmente le aprecia.

N° de or- den.	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia.	Tiem- po con el acci- dente.	M o d o de la Intervención	Resul- tado	Observaciones
114	Bernardo Alija.	Huenga Garaba- lles.	León	Hernia es- trangulada de ciego; de gran volumen	7 dias	Herniotomía: desinfección de la región, anestesia clo- rofórmica, cor- te de la piel sobre el eje de la hernia y des- cubrimiento del saco herniario;	Cura- ción del aco- ciden- te; y anató- mica oc- ciana, y de de su- presión de la hernia	mos más como hecho integra- te de una es- tadística clí- nica, que mira- do simplemente como un primer eslabón de la cadena o esca- la de nuestro conocimiento progresivo en el mismo orde- de experien- cias.  Curso post- operatorio bu- no, no obstant- los días con- el proceso; tr- tarse de un a- ciano, y de ha- berse ejercid- reiteradas ma- nipulaciones

N° de or- den.	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia.	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la Intervención	Resul- tado.	Observacio
						pequeña abertu- ra del mismo en- tre dos pinzas, comprobado cla- ramente un pun- to en el que ha- bía líquido her- niario por deba- jo, y su amplia- ción primero sobre la sonda, y acto seguido utilizando los dedos - guía ya el más seguro y breve para todos los restantes tiempos en la in- tervención; sin- crónicamente con esta abertura del saco se de- rramó dicho lí- quido, producido durante la vio- lenta peritoni- tis herniaria		de taxis co- evidente vic- lencia.

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia	Clase de Hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la Intervención	Resul- tado.	Observaciones
						del accidente; sección clásica hacia arriba y afuera del anillo estrangulador, constituído por el mismo saco her- niario en el in- terior del con- ducto inguinal; tracción hacia abajo del ciego para examinar completamente to- da su superficie, hasta más arriba del surco de es- trangulación; re- ducción gradual y suave de la ví- scera, examen o comprobación -in- troduciendo el dedo-de las nue- vas relaciones de la víscera re- ducida en la ca- vidad abdominal;		

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente.	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observacion
115	Rafaél Franco	Rivas	León	Hernia inguinal en- teroce- le, es- trangu- lada.	20 horas	<p>cierre del orifi- cio y del conducto inguinal por los procedimientos de cura operatoria de las hernias, en cu- ya exposición par- ticularista no po- demos detenernos en este momento.</p> <p>Herniotomía: her- nia de muy pequeño volumen, con estran- gulación extraordi- nariamente apreta- da a nivel del cuello; desbrida- miento difícil; el segmento intesti- nal se hallaba ne- gruzco, con manchas y surco de estran- gulación sospecho- sos ¡a las veinte horas!; me decido</p>	Cura- ción	<p>Sufrió est operado, vari dias despues de la opera- ción, muy gra ves enterorr gias que pu- sieron en pe ligro su vid más de una v acompañadas una colitis muco-membran sa agudísima Se hicier</p>

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado	Observaciones
						por la reducción visceral, previos suave masaje intestinal y lavados con agua esterilizada, y termino, según costumbre, practicando la cura operatoria de la hernia.		al paciente varias inyecciones de suero fisiológico, y se le aplicó hielo sobre el vientre. Sin antecedentes ulcerosos, ni de hemipatía alguna anterior, sólo señalamos el hecho clínico; mas no podemos todavía en la cuestión patogénica de estas hemorragias determinar si fue un efecto del abuso de ingestión de hielo, o más bien fenómeno hemorrágico directo y tardío de aquellas condiciones anatómicas viscerales sospecho-

N° de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	Modo de la intervención	Resultado	Observaciones
116	Clara García	Jimenez	León	Hernia crural enterocele, estrangulada.	8 días	Herniotomía: modo clásico descrito, sobre el anillo crural.	Curación.	<p>sas; o reflejo por éxtasis de la circulación en el intestino intensamente flageado; o bien debido a otra cualquiera causa que no alcanza mos ni en hipótosis. El enfermo, con todo, ha curado muy bien es joven y cumple, sin advertir nada, sus deberes de párroco rural.</p> <p>Anciana de sesenta y cuatro años. A los cuatro días de operación se manifestó una neumonía catarral febril contraída en las pésimas condiciones</p>

N° de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	M o d o de la intervención	Resultado.	Observaciones
117	Santiago Rodriguez	Fresno de la Polvorosa.		Hernia inguinal enterocele, estrangulada.	3 dias	Kelotomía, con drenaje de la cavidad abdominal.	Cura.	<p>nes de medio en que vivía, con temperaturas bajo cero.</p> <p>Se la había recomendado permanecer con el pecho elevado sobre la horizontal del lecho, en prevención de la neumonía hipostática.</p> <p>Anciano de setenta años, muy bien constituido. El intestino neogruzo en su superficie y con equimosis y erosiones en el sitio de estrangulación nos hace tener alguna com-</p>

Nº de orden den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observacion
118	Rafaél Pal- mero.	Morales de Rey.	Za- mora.	Hernia in- guinal, y adenitis in- guinal fle- monosa.	2 días	Extirpación del ganglio de la puerta herniaria, liberación del pequeño epiploce- le estrangulado y resección del mismo.	Cura- ción.	plicación pró- xima; mas, por fortuna, no oc- rrió el menor accidente y e- desagüe fué re- tirado al se- gundo día.  Periodo de reparación mu- rápido; niño de cinco años
119	Pablo Cano	Brime y Sog		Hernia inguinal epiplóica, y adenitis.	7 días	Herniotomía: resección de epiplon y del ganglio inguinal.	Cura- ción.	Anciano bie- constituído; s- frió un leve abceso por de- bajo de la lí- nea de sutura cutánea.

Nº de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
120	Agustin Fisabarro	Alto- var de la En- comien- -da.	León	Hernia in- guinal es- trangulada; entero-epi- plocele.	30 horas	Herniotomía, con resección de epiplon y cu- ra operatoria de la hernia.	Cura- ción.	Adulto de bu- na constitución Curso post-ope- ratorio perfec- tamente regula-
121	Daniel Gon- zález	La Bañeza	León	Hernia inguinal es- trangulada, enterocele.	2 días	Herniotomía clínica, segui- da de cura ope- ratoria de la hernia.	Cura- ción.	Anciano de ma- estado general con arterio-es- clerosis. Sufrió un vómito negro abundante, con sangre, inmedia- tamente de la intervención, y otro vómito de estos mismos ca- racteres, e igua- mente alarmant más tarde. Inve- stigando la caus orgánica próxi pensamos en el ateroma. Curó bien.

Nº de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
122	Pascual Casado.	Redel- ga.	Za- mora	Hernia inguinal es- trangulada; enterocele escrotal	2 días	Herniotomía: procedimiento clásico.	Cura- ción.	Adulto: cur- so post-opera- torio regular
123	Inés Gon- zález	San Adrian del Valle	León	Hernia in- guinal es- trangulada; entero-epi- plocele vo- luminoso	2 días.	Herniotomía: con resección de gran masa de epi- plon por debajo de ligaduras en cadeneta con se- da estéril. Se drenó la cavidad abdominal.	Cura- ción.	Cicatrizaci- del trayecto inguino-cutáneo por segunda in- tención; mas sin accidente alguno.
124	Francisco Ferrero	Brime de Urz	Za- mora	Hernia inguinal estrangula- da, entero- cele.	10 días!	Herniotomía, con inclusión - por sutura de la serosa sana in- mediata - de las plaquitas de gan- grena que pre- sentaba el in- testino.	Muerte	Anciano agot- do; víctima ya de peritonitis. La intervenció- no pudo domina- la un instante ni restablecer localmente la vitalidad del testino; así, f

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado	Observaciones
125	Joaquin Dominguez	Villa- zala.	León	Hernia epiplóica tubular, es- trangulada, con notabi- lísima se- mejanza a	11 días	Herniotomía: resección del asa epiplóica, y oclusión de la cavidad abdomi- nal.	Cura- ción.	lleción una semana después de la opo- ración y, sobre todo, después del abandono en que se le tuviera aquellos nueve días de punible espectación, y á causa relacionad de la misma negl gencia que permiti tió al proceso alcanzar el térmi no infecto-gangr noso del intesti no herniado y se rosa peritoneal.  Adulto; la hern antigua. La oclu sión intestinal no parecía absol ta, mas los sínto mas dolorosos y

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente.	M o d o de la intervención	Resul- tado	Observaciones
				una asa intestinal.				<p>la reacción local de las partes herniarias fenómenos intensos y manifestados súbitamente desde el principio al hacerse irreducible la hernia.</p> <p>Abierto el voluminoso saco herniario nos sorprendió una masa neogruzca y sangrante con forma de asa intestinal algo aplastada, o de figura de gruesa cinta. No fué posible hacer descender más a esta víscera antes ni después de hacer el desbridamiento del anillo sacular constrictor.</p> <p>Hecha una especi</p>

N° de or- den.	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
								de hernio- laparoto- mía- en busca de ca- po, y para saber la r- turaleza y relaciones anatómicas de la pi- za que teníamos en nuestra mano- halla- mos, en punto a orga- nización, se constit- a principalmente de tejido celulo-adipo- so flojo, de aparien- cia epiplóica, mezcl- do con algunas form- ciones conjuntivas serosas de relativa consistencia, cual s- hubiese sido modela- su forma y modifica- su constitución his- tológica en el tiem- bajo la influencia d- acciones de compre- sión y de reiterados frotamientos en su papel de contenido

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado	Observaciones
								<p>alternativo de un s co que tiene un cue llo relativamente e trecho y firme, dis- puesto más bien par hormar en hilera la masa visceral, que p ra permitirle su de censo en informe bl que; el braguero, qu usaba el operado, pu hacer lo demás. Lo dicho, creemos, equiv le, no sólo a una in terpretación macros cópica sobre la for ma y organización d dicha víscera herni da, sino, juntamente, su explicación pato génica en el proces dentro de ciertos l mites.</p> <p>Mas este concept no podía ser madura</p>

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones.
								en el momento prem so de la interven- ción sin investiga inmediatamente en campo operatorio l relaciones de cont nuidad anatómica q tuvieran los extre mos de esta víscer y observamos esta continuidad con la masa epiplóica, haci la raíz del mesent rio. He excluído e pensar en una form de obliteración in completa del condu to onfaloentérico divertículo de Mec kel a falta de con tinuidad apreciable con el ílion infe- rior; o, mediante co dón, con el ombligo Entonces atacué di rectamente y reseque

Nº de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	M o d o de la intervención	Resultado.	Observaciones
126	Julián Llamas	Micereces.	Zamora	Hernia inguinal estrangulada, enteroceles	9 días	Herniotomía, drenaje.	Muerte	<p>sin temor alguno de llevarme cosa de mayor importancia física, dicha famosa pieza herniaria. Los Dres P.Arias y M.Vila, que me auxiliaron muy eficazmente en la intervención, hubieron de pasar por los mismos Apuros.</p> <p>Anciano; tenía el intestino -de escasa vitalidad- con una placa sospechosa de esfacelo. Prosiguió la peritonitis y falleció a las cuarenta y ocho horas.</p>

Nº de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
127	Manuel Gorion	Santa Elena	León	Hernia inguinal estrangu- lada; en- terocele escrotal.	10 días	Herniotomía; drenaje de la cavidad abdo- minal.	Muer- te.	Joven, de buena constitución. El in- testino, negro, había perdido las cualida- des de vitalidad; examinado arriba e epiplon nos encon- tramos con un plas- te o masa inerte m- gruesa, deslustrada friable. El enferm- tenía ya convertid su vientre en una especie de pasta d- ra e informe en el desarrollo avanzad- de una peritonitis violentísima; y, as- fué intervenido po- co menos que sabie- do el resultado; co- esperanza muy remo- ta de salvarle.

Nº de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
128	José Ace- bes.	La Bañeza	León	Hernia inguinal estrangu- lada, en- terocele	20 horas	Herniotomía; procedimiento clásico.	Cura- ción.	Niño menor de dos años. No obstante lo difícil de conservar aséptico, ni limpio e apósito, cicatrizó de tro de los ocho prin- ros días.
129	Juliana Fernandez	Brime y Sog	Za- mora.	Hernia crural, enteroce- le estran- gulado; de peque- ño volu- men.	19 días!	Herniotomía; como el intes- tino se halla- ba gangrenado se dejó ano- artificial; es- perando mejo- res condicio- nes para la intervención definitiva.	?	Adulta; la hallamos en el desarrollo de una peritonitis por el accidente. Vivió dos meses en su casa mas luego no sabemos si terminó sólo por esta causa, o si se pr- cipitó a consecuencia de alguna enfermedad intercurrente.

Nº de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	M o d o de la intervención	Resultado.	Observaciones
130	Samilo de Lera	Valdes-corriel	Zamora.	Hernia inguinal de gran entero-epiplocele, con adherencias.	8 días.	Herniotomía: liberación de las adherencias entero-epiplóicas y saculares; reducción visceral, seguido de cura operatoria de la hernia.	Cura-ción.	Anciano, buena constitución; hernia antigua, presentaba el cuadro clásico de <u>obstructio et inflammatio herniæ</u> , con accidentes de mediana intensidad. El intestino se hallaba almohadillado y cubierto por el epiplon, y adheridas entre sí estas vísceras y con el cuello del saco; este -orgánicamente fuertemente callosa y muy engrosado.
131	Manuel M. Carreño	Villamañan	León	Hernia inguinal; enterocele estrangulado.		Herniotomía: reducción visceral, resección de epiplon prolapsado, y cura operatoria de la hernia.	Cura-ción.	Adulto; hernia adquirida, con ectopía inguinal fija del testículo del mismo lado, mas sin relación inmediata entre sí por el <u>pro-</u>

N° de or- dem	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
								<p><u>cessus vaginalis,</u> <u>obstruido.</u></p> <p>En medio de sín- tomas generales de gran depresión ner- viosa y moral, local- mente, durante el ac- to operatorio halla- mos una asa intesti- nal negruzca, con al- gunas placas de mar- chas grisáceas, bas- tante sospechosas, y un profundo surco anular de estrangul- lación; no obstante haber sido ejercida prudentemente las m- niobras de taxis por varios compañeros que asistieron prim- ro al paciente, in- cluso el piadoso cu- rudo de haber sido conducido el enfermo</p>

Nº de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiempo de el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones
								en automovil hasta nuestra clínica con la asistencia médica farmacéutica por los D <sup>ES</sup> Martinez Merino y Carreño, quienes también tuvieron la bondad de auxiliarnos eficazmente en la intervención, además de Dr. P. Arias, de la clínica; y de haber sido operado sin pérdida de tiempo en la misma noche de su ingreso; -cuarto día con el accidente. Al fin, se optó -más confiado y por el consejo de mis ilustres compañeros- por la intervención en un sólo tiempo, con reducción visceral y cura operatoria, después de haber resecado la masa de epiplo

N° de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	Modo de la intervención	Resultado.	Observaciones
132	Santiago Martínez.	Val de San Lorenzo.	León	Hernia inguinal congénita; enterocele escrotal estrangulada por bridas peritoneales arriba del anillo, y sin apoyar-	32 horas	Hernio-laparotomía, con quebrantamiento de dichos haces peritoneales constrictores; inspección del intestino, reducción del mismo, y cura operatoria de la	Curación.	<p>más directamente relacionada e interesada con el trastorno de peritonitis herniaria por estrangulación. El curso postoperatorio regular a excepción del tercer día que sufrió un dolor cólico que, por fortuna desapareció inmediatamente.</p> <p>Personifica los atributos naturales del accidente individual según el orden y disposición que se expresa (Véase pág. 139 y siguientes) para alimentar una teoría patogénica realista de estrangulación herniaria - que sólo hemos</p>

N° de orden	Nombres y apellidos	Pueblo	Provincia	Clase de hernia	Tiempo con el accidente	M o d o de la intervención	Resultado.	Observaciones
132	Santiago Martínez.	Val de San Lorenzo.	León	Hernia inguinal congénita; enterocel escrotal estrangulado por bridas peritoneales arriba del anillo, y sin apoyar-	33 horas	Hernio-laparotomía, con quebrantamiento de dichos haces peritoneales constrictores; inspección del intestino, reducción del mismo; y cura operatoria de la	Curación.	<p>más directamente relacionada e interesada con el trastorno de peritonitis herniaria por estrangulación.</p> <p>El curso postoperatorio regular a excepción del tercer día que sufrió un dolor cólico que, por fortuna desapareció inmediatamente.</p> <p>Personifica los atributos naturales del accidente individual según el orden y disposición que se expresa (Véase págs 139 y siguientes) para alimentar una teoría patogénica realista de estrangulación herniaria -que sólo hemos</p>

N° de or- den	Nombres y apellidos	Pueblo	Pro- vin- cia.	Clase de hernia	Tiem- po con el acci- dente	M o d o de la intervención	Resul- tado.	Observaciones.
				se en sus estrechos. Antes de la operación no se pudo reconocer la glándula genital del mismo lado.		hernia.		esbozado, y consideramos no menos natural en su base; y que, mediante el raciocinio aplicado a la semejanza existente entre las formas y grados anatómo-patológicos de nuestra naturaleza puede servir y comprender genéricamente la explicación causal análoga para muy gran número de casos con el mismo accidente. Durante la intervención se comprobó, asimismo, el caso de <u>criptorquismo</u> .
								<p style="text-align: center;"><del>Don Esteban de la Cruz</del> Baltasar Ctero.</p>

Verificio de ejercicio de la graduacion de  
Doctor y otorgo la calificacion de ~~Doctor~~  
Madrid 10 de Enero de 1917

El Presidente,

B. Mollá

Eniñe Lobo

Pedraza

J. Peña

R. M. M. M. M.