

FACULTAD NACIONAL DE MEDICINA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

LAS HERNIAS INGUINALES REPRODUCIDAS

TRATADAS POR EL METODO DE
HUET Y BLONDIN
MODIFICADO POR EL DOCTOR
FRANCISCO FONSECA

TESIS

JOSE MANUEL CISNEROS ARJONA

MEXICO, D. F.
MCMXXXVIII



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico esta tesis a todas aquellas personas que con su cariño y abnegación, que en muchas ocasiones llegó al sacrificio, me alentaron y me dieron los medios para cursar mi carrera. Relatar las virtudes de ellas necesitaría palabras que no encuentro, palabras maravillosas que no existen en el lenguaje humano. Básteles saber que el mayor de los agradecimientos que pueda encerrar un corazón de hombre, será el menor pago con el que pueda corresponder a todas ellas.

A MIS PADRES LA SRA. DOÑA
ESPERANZA ARJONA DE CISNEROS
Y EL SR.
ING. DON FELIX CISNEROS

A MIS MAESTROS
LOS SEÑORES DOCTORES
DON FRANCISCO FONSECA GARCIA
Y
DON GERMAN TROCONIS ARAGON

A LA SRA. DOÑA
AMALIA SESMA VDA. DE ARJONA
Y A LA SRTA. DOÑA
HORTENSIA ARJONA

A MI NOVIA LA SRITA.

MARIA C. MARTINEZ

A MIS TIOS, LOS SEÑORES

DON ABEL R. PEREZ

DON MANUEL W. ALVAREZ

DON DANIEL SANCHEZ

DON SADOT ALEMAN

DON BERNARDO L. DE GUEVARA

Y SUS FAMILIARES

A MIS PADRINOS EL SR. DON

SEBASTIAN GUTIERREZ

Y DOÑA

HORTENSIA DEGIVES DE GUTIERREZ

**A MIS HERMANOS Y A
MIS DEMAS PARIENTES**

**AL PERSONAL MEDICO DEL PABELLON 1
LOS SEÑORES DOCTORES
DON GUILLERMO GUEVARA
DON ENRIQUE FLORES ESPINOSA
DON MARTIN MAQUIVAR
DON EDUARDO GARCIA CEPEDA**

**A LA SIRTA.
MARIA LUISA ZALDIVAR
Y A LAS SRITAS.
ENFERMERAS DEL PABELLON 3**

**A TODOS MIS
COMPAÑEROS Y AMIGOS**

**AL HOSPITAL GENERAL
Y A SUS ENFERMOS**

MAESTROS:

Con el anterior, he terminado los años de estudio en los que la Escuela de Medicina de México distribuye las materias teóricas y prácticas que constituyen el alimento mental indispensable para la comprensión de los hechos y de los fenómenos fisiológicos y patológicos humanos; cultivado el espíritu con ellas, podemos aspirar al supremo fin de la actividad médica: la terapéutica que lleve las torcidas funciones de los organismos patológicos a una fisiología normal. Esos años pasados en las aulas de nuestra escuela y en los pabellones de los hospitales, apenas son suficientes para cimentar la carrera del médico, cirujano y partero; éste realmente se hace después, pues siendo tan grande como es la medicina moderna, de campos tan extensos, que la vida del individuo, si por entero fuera dedicada al estudio de ella, sería insuficiente para abarcarla toda; el resultado de éste que se aprecia a primera vista, es la división y la especialización de los estudios de ella en sus diversas partes; así tenemos internistas y cirujanos. Los primeros desde tiempos muy remotos han seguido una marcha regular, siempre aumentando sus conocimientos, siempre progresivamente avanzando; los segundos, en cambio, solo hasta los princí-

pios del siglo pasado, al descubrirse la anestesia, inician un progreso que, lento durante cincuenta años, se ve impulsado, ya en las postrimerias de ese siglo, por los grandes descubrimientos de Pasteur y Lister.

El cirujano de la época prelisteriana se veia atado de manos por el temor a la infeccion; no habiendo métodos de prevenirse en contra de ella, resultaba un verdadero juego de azar el que se presentara o no; pero nacen la antisepsia y la asepsia y la maravillosa técnica que se deriva de ellas, colocan en la ruta del progreso al pensamiento quirúrgico y las intervenciones son practicadas en todos los terrenos de la patología; sus tan satisfactorios resultados son de los más prometedores para la evolución de nuestra ciencia; más a pesar de tan grandes progresos, problemas hay que no se han resuelto y que siguen siendo los mismos para el cirujano; durante cuatro años que he asistido al servicio de cirugía general de los doctores Francisco Fonseca García y Germán Troconis Aragón en el Hospital General de esta ciudad, he podido darme cuenta de uno de ellos: el de las hernias inguinales reproducidas; también la observación me ha permitido ver que, aún siendo varios los métodos operatorios que se emplean en su tratamiento, los fracasos terapéuticos son numerosos; así, al llegar al término de mis estudios y queriendo cumplir con la tradición de nuestra Facultad de presentar una tesis al sustentar el examen recepcional, he puesto mis ojos en ese problema: exponer, someramente, la anatomía y la fisiología de la región inguinal; las causas que, en general, dominan en la reproducción de las hernias inguinales; y, por último, la descripción de un método, que, basado en procedimientos antiguos, realmente ha sido creado por los doctores Huet y Blondin, llevado a la práctica por ellos en los servicios del profesor Lecène de París e in

troducido en México, donde hasta hoy ha sido el único que lo ha practicado, por el doctor Fonseca García; las modificaciones que el doctor Fonseca ha hecho a éste método que, además de facilitar la técnica operatoria poniéndola al alcance de cualquier cirujano con práctica en la cirugía general, permiten extender a cualquier hernia inguinal reproducida, la indicación de la operación, pues según sus creadores, pocos serían los enfermos a los que pudiera aplicarse; aumentando el campo de sus indicaciones, creemos que pueda resolver un problema ya antiguo; finalizará este trabajo con una breve descripción clínica de los enfermos tratados y de su evolución postoperatoria, relato de su tratamiento y las conclusiones que de todo se derivan; ojalá que este trabajo llene el fin para el cual fué hecho: 1o.—La experimentación de un método operatorio racional, basado en principios sólidos, que creemos llena el objeto para el cual fué creado; 2o.—Su divulgación, ya que es casi desconocido en México.

Siendo casi nula la bibliografía que pudimos encontrar sobre el punto que vamos a tratar, quiero hacer la observación, antes de abordarlo, que únicamente ha sido la lectura de la técnica empleada por Hult y Blondin la que nos ha servido, al tomar de ella la base para el desarrollo de esta tesis. Con tan pocos datos, me hubiera sido casi imposible llevarla a feliz término; pero la buena voluntad, el cariño con el que el doctor Fonseca García ha ayudado siempre a todo aquel que se le ha acercado con el fin de trabajar a su vera, ha sustituido, con enorme ventaja, aquella falta; lo que hubiera sido una simple copia es, así, un trabajo real llevado a cabo por nosotros; debe e pues, a él, que pueda yo presentar a ustedes esta tesis. Quiero también hacer ver que el interés mayor que se va a encontrar en

ella, es la mayor ampliación de sus indicaciones, cuya causa está en las modificaciones hechas a la técnica por el doctor Fonseca; que en esta ampliación y en las modificaciones que la facilitan y la hacen menos peligrosa, es donde mayor originalidad podemos aducir en nuestro favor, ya que nunca hemos pensado apropiarnos, haciéndola pasar por nuestra, la mentalidad creadora del sistema.

México, D. F., a 1938.

JOSE MANUEL CISNEROS ARJONA.

Anatomía de la Región Inguinoabdominal

La anatomía de la región inguinoabdominal nos interesa, para el fin que perseguimos, solamente desde el punto de vista anatomotopográfico; haremos de ella la descripción más suscita que nos sea posible; junto con la descripción de ella, diremos algunas palabras sobre el conducto inguinal.

Colocada en la parte anterior e inferior de la pared del abdomen, a ambos lados de la línea media, de la cual está separada únicamente por los músculos rectos mayores, contiene en su espesor al conducto inguinal, conducto que da salida del abdomen, en el hombre, al cordón espermático y, en la mujer, al ligamento redondo; susceptible por diversas causas de adquirir dimensiones que vayan más allá de lo normal, favorece la formación de hernias, siendo éste el lugar donde ellas se producen de manera más frecuente. La región está constituida por diversos planos:

1.—La piel: cubierta de pelos en su parte interna e inferior, es lampiña hacia afuera y arriba; muy elástica y de una gran movilidad en casi toda la región, en la parte correspondiente al pliegue de la ingle se adhiere muy íntimamente al borde anterior del arco crural.

2.— El tejido celular subcutáneo: dispuesto como una fascia superficial, formada por dos hojillas entre las cuales se acumula grasa; hay, además, en los individuos fuertemente musculados, una hoja aponeurótica que desprendiéndose de la línea media, cubre la región que estudiamos y se arroja en el muslo, para continuarse con la aponeurosis del recto anterior de esa región: es la fascia de Thompson; el cirujano debe tenerla en cuenta, pues cuantas veces al estar tratando una hernia, se cree haber llegado a la aponeurosis del gran oblicuo y se pierde el tiempo disecando una hoja que no tiene mayor importancia para la intervención.

3.—Los vasos y las venas de este plano carecen de importancia; si acaso, hay que considerar la subcutánea abdominal. Ramos procedentes de los últimos pares intercostales y de los dos abdominogenitales inervan la piel de esta región; su sección no acarrearía trastornos de importancia.

4.—La aponeurosis de envoltura del gran oblicuo, que carece de importancia para el cirujano.

5.—Llegamos a la parte realmente interesante de la región: la capa muscular y aponeurótica, a través de la cual está excavado el conducto inguinal: la llamamos la interesante por ser ella la afectada por el padecimiento a cuya terapéutica tratamos de contribuir:

a).—Oblicuo mayor: reducido, en la parte superior de la región, a unos cuantos fascículos carnosos, está constituido en ella, principalmente, por la parte inferior de su fuerte aponeurósisis de inserción; forma ésta la pared anterior y el orificio superficial del conducto inguinal; este último está colocado hacia la parte interna e inferior; es de forma triangular, con base inferior y vértice superior; vemos las

fibras de la parte media de la aponeurósís distribuirse divididas en tres paquetes: uno, superficial, insertándose en la espina del pubis del mismo lado, forma el pilar externo del orificio; otro, también superficial insertándose en la sínfisis púbica, en el lado opuesto, después de cruzarse con el homólogo, forma el pilar interno; un tercero, en fin, colocado detrás del anterior, profundo, forma el pilar posterior o ligamento de Colles.

Las fibras aponeuróticas superiores, después de pasar por delante del recto mayor, se insertan en la línea blanca; las fibras inferiores, formando un paquete fuerte y resistente, se insertan por arriba y afuera, en la espina iliaca anterosuperior, se dirigen hacia abajo y adentro y se van a insertar en el púbis: forman el arco crural.

b).—Oblicuo menor: incidido el anterior plano, aparecen a la vista, al separar los labios de la herida, las últimas porciones carnosas del oblicuo menor y las fibras más inferiores de su aponeurósís de inserción; la parte alta de ésta, pasando por delante del recto mayor, va a insertarse en la línea alba; la parte inferior, dirigiéndose hacia abajo y adentro, se reúne con la homóloga del transverso dando origen al tendón conjunto, que describiremos más adelante.

c).—Transverso del abdomen: comportándose de manera idéntica al anterior, vemos su parte superior pasar por delante del recto mayor; su parte inferior la describiremos con el tendón conjunto.

d).—Tendón conjunto: formado por la reunión de las partes inferior e interna de los músculos oblicuo menor y transversos, tiene la forma de un triángulo: su vértice truncado, se dirige hacia arriba; no se delimita con precisión, continuándose con los fascículos inferiores de los músculos que lo forman. La base corresponde a la inserción del ten-

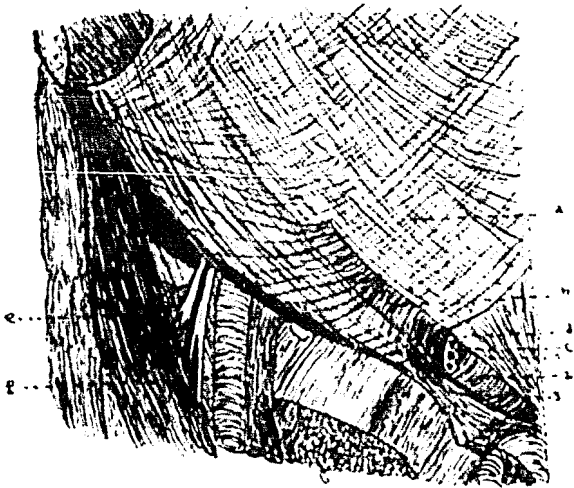


Fig. 1.

Fig. 1.—Representa la región inguinoabdominal y la parte alta del muslo, a los que ha sido quitada la piel y el tejido celular subcutáneo:

a).—Aponeurosis del gran oblicuo. b).—Pared anterior del conducto inguinal. c).—Cordón inguinal seccionado a su salida del conducto. d).—Orificio superficial del conducto inguinal con: 1.—Su pilar interno. 2.—Su pilar posterior. 3.—Su pilar externo. e).—Músculo sartorio. f).—Vasos femorales.

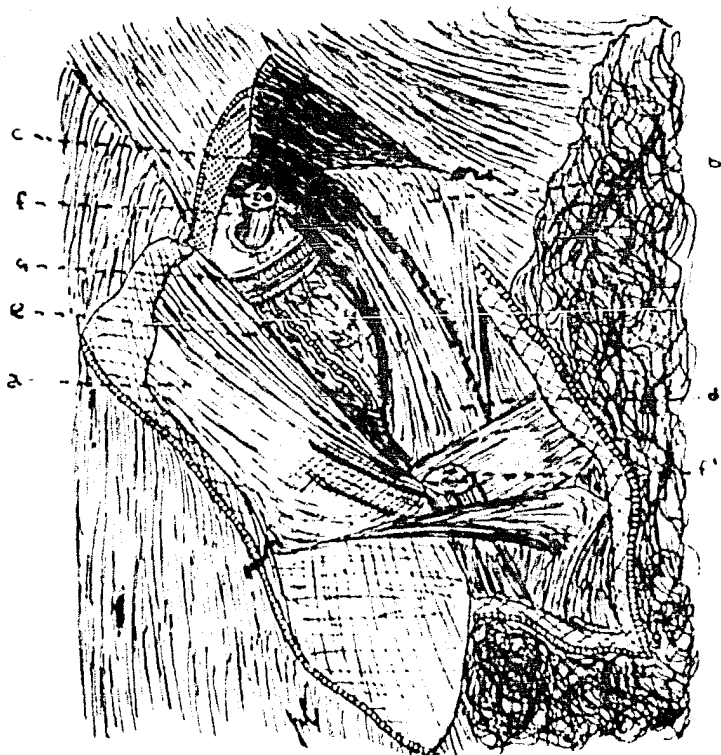


Fig. 2

Fig. 2.—Representa la misma región que la figura anterior. En esta figura ha sido incidida la aponeurosis del gran oblicuo y erinada hacia afuera; así podemos apreciar:

- a).—Aponeurosis del gran oblicuo llevada hacia afuera. b).—Músculo oblicuo menor y su aponeurosis llevada hacia arriba.
- c).—Músculo transverso y su aponeurosis. d).—Tendón conjunto.
- e).—Fascia transversalis. f).—Parte superior del cordón seccionado y f').—Parte interior. g).—Vasos epigástricos.

dón en la sínfisis púbica, en toda la parte del púbis comprendida entre el ángulo y la espina y en la crista pectinea; su borde interno, colocado por delante del músculo recto mayor, se continúa insensiblemente con la hoja anterior de la vaina de dicho músculo; su borde externo, libre, es una arista dura y resistente en los individuos fuertes y está representada, en los débiles, por fibras delgadas y desunidas que hacen difícil su identificación.

6.—La fascia transversalis: continuación de la fascia retroperitoneal, ocupa toda la región inguinal; por abajo, después de pasar por detrás del arco crural, se inserta en la fascia ilíaca; después, a nivel del orificio profundo del conducto inguinal, la vemos dirigirse hacia la región de las bolsas envolviendo al cordón y después al testículo; rodea los vasos femorales y va a insertarse en la espina del púbis. Encontramos en ella tres ligamentos de refuerzo: a nivel del orificio profundo, que describiremos después y formando su borde interno, tenemos el ligamento de Hesselbach; a nivel de la línea media, el ligamento de Henle; por último, al colocarse por detrás del arco crural y extendiéndose de la espina ilíaca anterior y superior hasta la espina del púbis, lugares donde se inserta, un pequeño paquete de fibras, también fuerte y resistente, que forma la cintilla o banda ileopectinea.

7.—Terminan los planos de la región en el tejido celular subperitoneal: dividido en dos capas, una, profunda, se adhiere al peritoneo parietal; la otra, superficial, se adosa a la fascia transversalis. En el espesor de este tejido, entre sus dos capas, avanza de arriba abajo la arteria epigástrica; a la mitad del trayecto se flexiona y dirigiéndose entonces hacia arriba y adentro se introduce en la vaina del recto mayor del abdomen.

Como dijimos más arriba, estas diversas partes forman el conducto inguinal, al que se le describen cuatro paredes y dos orificios: la pared anterior, formada por la aponeurosis del oblicuo mayor; la pared posterior, formada por la fascia transversalis; la pared superior, formada, en sus dos tercios externos, por el borde inferior de los músculos pequeño oblicuo y transverso y en su tercio interno por la primera parte, correspondiente al vértice, del tendón conjunto; la pared inferior, formada por el canal que queda entre el arco crural y la cintilla ileopectínea. El orificio superficial, ya descrito con la aponeurosis del oblicuo mayor; el orificio profundo o peritoneal, corresponde a la parte media del arco crural, a 1.5 cms. por arriba de él y como a siete centímetros de la línea media; tiene el aspecto de una hendidura vertical de un centímetro y medio de altura; su lado externo es poco marcado; el interno está formado por el ligamento de Hesslbach; a través de este orificio puede verse el peritoneo parietal presentar una depresión correspondiente a la fosita inguinal externa. A través de este conducto transcurre el cordón espermático; para nuestro fin no creemos útil describir su constitución anatómica, pues el tratamiento operatorio que vamos a describir posteriormente se aplica a las hernias reproducidas; solo lo puede llevar a cabo una persona con práctica en el tratamiento de las hernias, que debe saber, por lo tanto, lo referente a la anatomía de él y del saco herniario; si describimos todo lo anterior, es con el fin de hacer más fácil la comprensión de cierta parte de la técnica. Sin embargo, enumeraremos los diversos elementos del cordón: conducto espermático, las arterias funicular, deferencial y espermática; un paquete venoso anterior y otro posterior; linfáticos; ramas del simpá-

tico; ramas genitales procedentes de los dos abdominogenitales y del génitocrural.

Nos queda por último, decir algunas palabras sobre el sartorio; definido como el músculo satélite de la arteria femoral, es un músculo largo que sigue una dirección muy parecida a la de ésta; insértase por arriba en la espina iliaca anterior y superior, se dirige hacia abajo y adentro, hacia el cóndilo interno del fémur, terminando en el tendón de la pata de ganso. En nuestro caso nos interesa saber que está envuelto en una vaina aponeurótica que será necesario incidir para tener el tejido muscular a la vista; también para la operación es necesario saber que su segmento superior está irrigado por vasos que provienen, los dos principales, de la arteria del cuádriceps, de la femoral profunda o de la circunfleja iliaca; y que sus nervios motores lo abordan más arriba de la unión de su tercio medio con su tercio superior.

LAS CAUSAS QUE DOMINAN EN LA REPRODUCCION DE LAS HERNIAS INGUINALES

Estadísticas numerosas y con resultados variables, que nos dan porcentajes que van desde un uno hasta un trece por ciento de reproducciones, nos indican el gran valor de las intervenciones cruentas en el tratamiento de las hernias inguinales; en todas estas estadísticas se podrá apreciar como es la hernia inguinal oblicua externa la que con menos facilidad se reproduce; pero es en ellas donde se aplica la intervención que con justicia puede ser calificada de ideal; que respetando la anatomía y la fisiología del conducto inguinal, nos da un porcentaje tan elevado de curaciones, capaces de resistir el calificativo de radicales; nos referimos al Bassini. ¿Por qué, entonces, de sus fracasos? La respuesta nos la pueden dar por una parte, el cirujano, que, empleando una técnica inadecuada o conduciendo de manera incorrecta la intervención, condena a ésta al fracaso; por otra parte, los enfermos, con tejidos muscular y aponeurótico deficientes y poco resistentes, obesos, ptósicos, laborantes en trabajos que exigen una intensidad de esfuerzo máxima, etc., darían el contingente más elevado a esa falta de éxito en las operaciones. El gran error imputable al cirujano lo debemos buscar en las resecciones incompletas del saco de

la hernia, tan importante tiempo éste, que algunos cirujanos, considerando la presencia del saco como la única causa de la hernia, reducen su tratamiento a operaciones que consisten únicamente en suprimirlo; quizás este modo de pensar esté justificado en las hernias congénitas: la técnica de Bassini, reprochada por unir tejido muscular con aponeurosis, se ve a salvo de estos ataques por experiencias en animales, que demuestran que lo que impide la cicatrización, no es la diferencia de los dos tejidos, sino la interposición de tejido laxo, que facilitando el deslizamiento de un plano sobre el otro, si no impide, retarda el proceso cicatricial, haciéndolo poco resistente; bastaría una limpieza de los planos, liberándolos de dicho tejido, fácilmente apreciable sobre su superficie, para que el defecto quedara corregido; la supresión de estas dos causas de error, eleva el número de éxitos que hemos visto a través de cuatro años de trabajo en el pabellón 3 del Hospital General; pero ésta llamémosla profilaxis de la reproducción de las hernias, solo es factible cuando a la intervención correcta se agrega la buena calidad de los tejidos como factor de mucha importancia, quizás el de mayor importancia, en los resultados duraderos de ella. Siendo la mala calidad de esos tejidos la segunda gran causa de la reproducción, solo contamos, para combatirla, con un medio: es el aumento de la resistencia de la pared; para seguirlo, tenemos que tomarla de los tejidos de las regiones vecinas; llegamos ya al capítulo de los injertos y de las plastias: cuando una técnica irreprochable ha fracasado, no tenemos porque emplearla en una segunda intervención; cuando la pared abdominal no ha resistido y ha dado lugar a la reproducción, no hay que exponerse a un segundo fracaso; finalmente, cuando esa mala calidad salta a la vista, nuestro deber está en evitar una

segunda operación; como decíamos en el preámbulo, el problema no es nuevo, el problema es conocido de antiguo y muy numerosas soluciones se le han propuesto; más todas son susceptibles de ataque; la que nosotros venimos a proponer probablemente también lo sea; por eso indicaremos, aunque sea un tanto prematuramente, que esta intervención debe practicarse: en los individuos ya operados, cuya pared no ha podido resistir y ha cabido la reproducción y en los individuos de musculatura abdominal débil, en los cuales, por razones de fisiología deba persistir el conducto inguinal. Por lo tanto, quedarán excluidos de sus indicaciones los viejos y las mujeres; la supresión del conducto no es de importancia en ellos.

Para poder apreciar las ventajas de éste método bastan considerar algunos de ellos, de los que más frecuentemente han sido empleados; y que conservan o proporcionan un conducto: los colgajos osteoperiosticos, que, si bien proporcionan una pared resistente y fuerte, pueden ser el origen de un osteoma que por compresión, en su crecimiento, es capaz de estrangular el cordón; las inyecciones por substancias esclerosantes que aunque han eliminado el peligro de la necrosis peritoneal, por ser muy irritantes, usándolas a muy baja concentración, no eliminan el peligro de estrangulamiento y piden, a una pared ya incidida y cicatrizada, una nueva reacción fibrosa en esa pared que por sí sola, a pesar de la cicatriz, ya ha demostrado que es incapaz de impedir la reproducción de la hernia; los colgajos musculares libres, rápidamente esfacelados y eliminados; las suturas vivas y las bandas de aponeurosis también libres, tomadas por ejemplo de la fascia lata, que aumentan la resistencia de la pared por mantener durante más tiempo adosadas las superficies y bordes de suturas, pero que no apor-

tando un nuevo elemento de resistencia caen en el peligro que indicamos para las inyecciones.

Capaz de aumentar la resistencia de la pared; de proteger el cordón, al creársele un nuevo conducto, colocando el injerto por delante de él; de no estrangularlo por tratarse de un tejido elástico; la poca probable necrosis o atrofia del injerto por conservársele su pedículo vasculonervioso; tales son las condiciones que debe llenar la plástia que debemos emplear: sólo las llena un colgajo muscular pediculado: para que ese pedículo se conserve, debemos tomarlo de alguna de las regiones vecinas a la inguinal: la anterior del muslo o la misma pared del abdomen; ahora bien, si no sólo es débil la musculatura inguinal, sino toda la pared abdominal, no es de concebirse la idea de tomar el injerto de dicha pared pues para fortalecer una de sus partes, necesariamente se habría de debilitar otra; sólo pueden venir en nuestra ayuda los músculos del muslo; pero para que la técnica fuera completa e irreprochable, la toma de ese colgajo no debería traer trastornos de ninguna clase en las funciones del muslo, es decir, que sus movimientos deberían conservarse íntegros; el único capaz de no provocar trastornos al ser seccionado es el costurero; teniendo por función el llevar hacia afuera al mismo tiempo que dar rotación externa al muslo, puede ser sustituido, cuando se recciona, por el cuádriceps y por los músculos pelvitrocantereanos, como lo hemos podido comprobar en los casos tratados por nosotros siguiendo este método.

Resumiendo: el principio de la operación consiste, después de la resección del saco, en la reconstrucción de un trayecto inguinal formado, hacia atrás y adelante del cordón por paredes musculares y aponeuróticas resistentes; la pared posterior formada por todos los elementos de la pa-

red abdominal, (músculos gran oblicuo, pequeño oblicuo y transverso): suturados en un solo plano y permitiendo salir, por la parte alta y externa, al cordón; la pared anterior, formada por el segmento anterior del costurero, constituyéndole una pared fuerte y resistente además de elástica. La técnica, las dificultades y los peligros de la intervención, las modificaciones hechas por nosotros a ella, sus posibles complicaciones y la manera de evitarlas, así como los casos tratados por nosotros, vienen en seguida.

LA TÉCNICA DE LA MIOPLASTIA, CON LAS MODIFICACIONES QUE LE HEMOS HECHO; SUS PELIGROS Y EL MODO DE PREVENIRLOS, TANTO A ELLOS COMO A SUS COMPLICACIONES

Abordamos en seguida la descripción de la técnica quirúrgica a seguir para llevar a cabo la mioplastia utilizando el costurero; los primeros tiempos corresponden exactamente a cualquier otra intervención sobre el conducto inguinal:

1.—Incisión de diez centímetros de longitud, iniciándose en el ángulo formado por el pliegue inguinal y el borde externo del músculo recto mayor y siguiendo la bisectriz de dicho ángulo; abarca en profundidad la piel y el tejido celular subcutáneo; hemostasis de los vasos seccionados; se elimina el bisturí empleado en esta incisión.

2.—Descubierto el orificio superficial del conducto inguinal, después de una ligera disección de los planos superficiales, se introduce una sonda acanalada por ese orificio, siguiendo una dirección paralela a la de la herida cutánea; sobre la sonda se incide la aponeurosis del gran oblicuo en una extensión igual a la de la herida cutánea; tomar los labios de la herida aponeurótica con pinzas de Pean.

3.—Diseción de la hojita aponeurótica inferior hasta llegar a la cintilla ileopectínea; disección de la superior hasta la identificación del tendón conjunto. Esta maniobra será conveniente hacerla con el dedo envuelto en gasa.

4.—Aislamiento del cordón espermático e identificación de todos sus elementos; identificación del saco herniario y disección del mismo hasta su cuello en el orificio de salida; apertura de dicho saco y reintegración, después de cuidadoso examen, de su contenido a la cavidad abdominal.

5.—Ligadura del saco a nivel de su cuello en el orificio de salida, practicando la transfixión del mismo con una aguja con catgut crómico del número tres. Dejar los cabos de este catgut suficientemente largos para practicar la:

6.—Maniobra de Barker: pasar, por medio de una aguja, los cabos del catgut de ligadura del saco, a través de los músculos oblicuo menor y transverso, de su cara profunda a la superficial, con el fin de retirar el muñón, del orificio de salida; anudarlos a su salida; para facilitar la maniobra será conveniente levantar ligeramente el borde muscular por medio de un gancho de Farabeuf.

Al llegar a esta parte, el doctor Fonseca agrega un punto más, plegando el músculo oblicuo menor con un punto de catgut, inmediatamente arriba del ángulo superior de la herida; tiene por objeto el prevenir alguna eventración debida a la flojedad del músculo a esta altura, eventración que él ha tenido oportunidad de ver en un sujeto operado por él y el doctor Troconis Aragón, de hernia inguinal bilateral; la eventración se produjo en ambos lados, algún tiempo después de haber cicatrizado las heridas de las intervenciones.

En este momento, llegamos a la mioplastia propiamente:

7.—Llevando hacia abajo y afuera el cordón por medio de un gancho separador, se cierra la pared abdominal en un solo plano, utilizando, de preferencia, material de sutura de absorción tardía; nosotros empleamos el catgut crómico del número tres; pero se puede emplear la crin de floren-
cencia en puntos perdidos; se harán con él puntos en ocho de guarismo, (8), de la siguiente manera:

Penetrando la aguja por la cara superficial del labio inferior de la aponeurosis del gran oblicuo, va a tomar, también por su cara superficial, el borde inferior del pequeño oblicuo y del transverso, saliendo por su cara profunda; de aquí se dirige nuevamente hacia abajo, para tomar, de la profundidad a la superficie, la cintilla ileopectínea y al salir de ella irá a tomar, también de lo profundo a lo superficial, el labio superior del gran oblicuo. Cuatro o cinco de estos puntos, colocados de dentro afuera y de abajo arriba, sin ser cerrados desde un principio, sino hasta que la tracción sobre sus cabos demuestre que no hay, al afrontar los bordes, sino el orificio de salida del cordón, bastarán para proporcionarnos una pared fuerte y resistente y que vendrá a constituir la pared posterior del conducto artificial que le vamos a proporcionar al cordón; se puede colocar otro punto idéntico en el ángulo superior de la herida, con el objeto de reforzar el borde externo del orificio profundo del conducto. Cuando el cirujano, por razones de una calidad pésima de los tejidos, lo considere necesario, repetimos que puede utilizar crin de floren-
cencia; nosotros pensamos que no es necesario su uso constante.

En este momento tenemos el cordón reclinado hacia la región del triángulo de Scarpa; colocándolo en su sitio sobre la sutura aponeurótica, nos faltará proporcionarle una

pared anterior y un orificio superficial para que nuevamente tenga un conducto completo:

8.—Se lleva pues el cordón a su sitio por encima de la pared: prolongamos la incisión superficial partiendo de su ángulo superior con dirección hacia la espina iliaca anterior y superior y, contorneando ésta por su parte inferior, cambiamos la dirección de la incisión, abordamos el muslo, dirigiéndonos hacia abajo y adentro, siguiendo el trayecto del costurero, según una línea que una la espina iliaca al cóndilo interno del fémur; esta incisión tendrá una longitud determinada por la horizontal que pase por el vértice del triángulo de Scarpa; en profundidad, esta herida llegará, en el abdomen, hasta la aponeurosis; en el muslo, hasta la vaina del costurero; inmediatamente hacer la hemostasis de los vasos seccionados ligandolos con catgut simple número 1.

9.—Descubierta la vaina del sartorio, se abre desde el ángulo inferior de la incisión hasta la espina iliaca quedando el músculo a la vista; llegamos así a uno de los tiempos preciosos de la intervención y del que dependerá en gran parte el éxito de ella: la identificación y la disección de los pedículos vascular y nervioso del segmento superior del costurero:

10.—Utilizando un instrumento romo, desprendemos el borde interno del músculo de su vaina aponeurótica y disequemos su cara profunda lentamente; bien pronto se verán los elementos buscados que se ponen tensos al tirar del músculo hacia afuera; una sencilla maniobra nos servirá para diferenciar los filetes nerviosos propios del músculo de aquellos ramos sensitivos que simplemente lo perforan para distribuirse por la piel de la región: una excitación de cualquier naturaleza, llevada sobre el nervio, producirá la contracción del músculo en caso de que el nervio sea un ramo

propio de él; en caso contrario no habrá ninguna respuesta a la excitación; ya identificados los vasos y los nervios, (los primeros siempre acompañan a los segundos), se iniciará su disección, la cual nos llevará hacia arriba y adentro, al tratar de llegar lo más cerca posible de su origen; para encontrar éste necesitamos:

11.—Levantar el colgajo cutáneo circunscrito por la incisión superficial, diseccándolo de arriba abajo y procurando, sin importar el tiempo empleado en una disección lenta, dejar la mayor cantidad posible de tejido celulo adiposo adherido a la cara profunda de la piel, con el objeto, detalle interesante, de respetar el mayor número posible de vasos, que respondan después por la vitalidad de este colgajo cutáneo; la disección de éste tendrá por objeto descubrir los vasos y los nervios del costurero en un trayecto bastante largo y facilitar también la colocación del injerto en el lugar que le ha de corresponder; por lo tanto no deberá llevarse muy lejos y nos deberemos limitar a lo estrictamente necesario.

12.—Disecados los elementos neurovasculares del músculo y el colgajo cutáneo, procedemos a la sección del sartorio, para tomar de él la porción que emplearemos en la plástica; esta porción tendrá una longitud sensiblemente igual a la del arco crural; no deberá ser menor por razones que aduciremos posteriormente; antes de seccionar el músculo hay que practicar la hemostasis de las que serán superficies de sección: se hacen dos suturas en paquetes, que sean paralelas y estén separadas por un centímetro de distancia; todavía antes de la sección, el extremo que será segmento inferior, se fija, con el mismo catgut que empleamos para la ligadura, a la vaina aponeurótica, con el fin de evitar su retracción; se corta el músculo con bisturí entre las dos sutu-

ras de hemostasis. Para éstas es conveniente emplear catgut atraumático número cero para evitar desgarros en el músculo.

13.—Terminamos entonces la ya iniciada disección del segmento superior del músculo, acabando de desprenderlo de su vaina; quedará inertado por arriba en la espina ilíaca y mantenido en su parte media por su pedículo; haciéndolo girar sobre sí mismo y llevándolo hacia la región inguinal, transformaremos su borde externo en interno; el interno en externo; su cara superficial en profunda y la profunda en superficial; en esta última veremos cómo se introducen entre las fibras musculares los pedículos vascular y nervioso. El costurero, en esta su nueva posición estará colocado por delante del cordón, que solo se hace ya visible en la parte interna y baja; se fijará el segmento muscular por medio de puntos separados: el borde superointerno a la superficie del gran oblicuo; el inferoexterno al arco crural; ya le hemos dado al cordón una pared anterior y un orificio superficial para terminar de construirle su nuevo conducto.

14.—Sólo nos queda un último tiempo: reparar la herida cutánea; los procedimientos de costumbre, por puntos separados de preferencia a las grapas metálicas, bastarán para terminar la operación; una recomendación aquí: al cerrar la herida crural, procurar tomar el plano profundo para evitar la formación de espacios muertos.

Así, al terminar la operación, tendremos al cordón saliendo por el orificio normal, reforzado; deslizarse hacia abajo y adentro por un conducto, que si bien no es el natural, está formado por dos planos resistentes, fuertes, elásticos y salir de él por un orificio, también artificial, pero que corresponde, sin duda alguna, al orificio superficial suprimido por nosotros.



Fig. 3.—Abierta la aponeurosis del oblicuo mayor, diseccionado y resecaado el saco se colocan los puntos en ocho. En la figura se ven los catgut en la forma en que son pasados a través de los diferentes planos; se ve el cordón inguinal reclinado hacia afuera. En línea punteada, dirección que deberá tener la incisión crural.



Fig. 4.—La pared posterior ha sido cerrada, el cordón colocado en su sitio; se ha abierto el muslo y se ve el costurero al fondo; su pedículo llegando a él por su cara profunda; además el colgajo cutáneo ya ha sido disecado y se pueden apreciar sus vasos y nervios.



Fig. 5.—Se ha llevado el colgajo muscular sobre el cordón; de éste ya solo se distingue su porción inferior; vemos cómo el pedículo del segmento muscular lo abor­da por su cara profunda, ahora superficial; se ve el segmento inferior fijado a la vaina

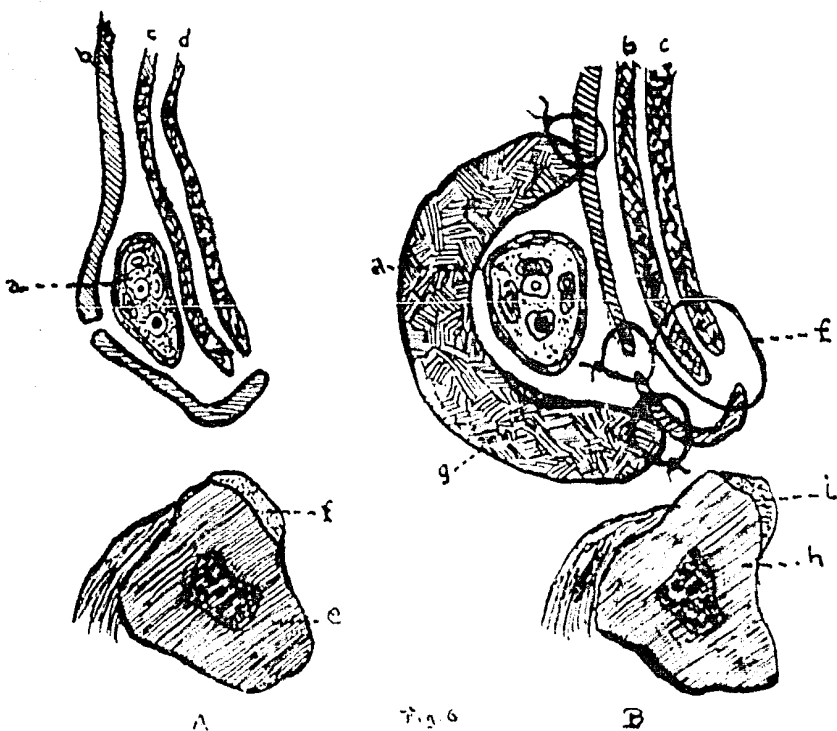


Fig. 6.—Esquemas representando la sección de la región antes y después de la operación;

A).—Se ve:—a).—Cordón espermático, b).—Aponeurosis incindidad del gran oblicuo, c).—Borde inferior del pequeño oblicuo, d).—Borde inferior del transverso, e).—Pubis seccionado, f).—Ligamento de Cooper.

B).—Se ve:—a).—Cordón inguinal por delante del gran oblicuo que ha sido suturado a; b). — borde inferior de pequeño oblicuo y c).—borde inferior del transverso por medio de; f).— puntos en ocho de guarismo, g).—Costurero seccionado fijo al gran oblicuo, h).—Pubis seccionado, i).—Ligamento de Cooper.

Apegándonos a esta técnica creemos necesario, sin embargo, y para darnos el margen más amplio posible para prevenir complicaciones y asegurar el éxito, hacer observar lo siguiente:

Debemos asegurar ante todo una hemostasis perfecta o casi perfecta; en todos los vasos, pequeños y grandes que hayan sido seccionados, se practicará la ligadura con catgut simple del número 1; la primera ventaja que obtendremos con esta precaución será que trabajaremos sobre un campo no ensombrecido por la sangre; nos ayudará a prevenir las supuraciones en el tejido celular subcutáneo.

Practicar la resección del saco herniario hasta su cuello en el orificio de salida; como decíamos, en la primera parte de este trabajo, una de las principales causas del fracaso quirúrgico en el tratamiento de las hernias, reside en que una disección incompleta de dicho saco impide reseccarlo en su totalidad, quedando un pequeño saco; casi seguramente la hernia se reproduce.

Los peligros y complicaciones a que puede dar lugar la inobservancia de todos los tiempos de la operación puede ocasionar, decimos, cuando menos el fracaso de la intervención; así, el cirujano deberá tener en cuenta, muy principalmente, los tiempos correspondientes a la disección del pedículo vasculonervioso que mantendrá la vitalidad del segmento muscular; esta vitalidad constituye el principio sobre el que se basa la operación; es el que la puede hacer superior a otras plásticas y será obligación nuestra conservar esa superioridad en beneficio del paciente; un pedículo insuficiente, un pedículo en el que no estén incluidos precisamente los vasos y los nervios correspondientes al colgajo muscular, tendría, como consecuencia inmediata, el esfacelo de dicho colgajo y, posteriormente, el fracaso total de la

operación; además, la prolongación de la evolución postoperatoria hasta la eliminación del tejido necrosado, la producción de irregularidades de la cicatriz abdominal y el peligro de una infección por el excelente medio que se le presenta, vienen a aumentar el número de molestias, en una intervención cuya duración debe ser, en el postoperatorio, igual que la de cualquier operación típica y clásica, por ejemplo, el Bassini. Si es el nervio el faltante, la atrofia consecutiva le restaría resistencia a la pared anterior.

En segundo lugar, si pasando por alto la precaución indicada en el tiempo II de la descripción de la técnica, se disecciona un colgajo cutáneo muy grande, aislándolo de su tejido celular, perderá su irrigación, se esclerizará y dará lugar a una cicatriz muy irregular, grande, y a una evolución muy lenta antes de que se consiga por completo la cicatrización. Mucho menos temible que la anterior, esta complicación debe sin embargo temerse, ya que si no compromete directamente el éxito de la intervención, debe ser recordada constantemente pues es la que con más frecuencia se presenta; el sitio afectado de preferencia es el ángulo del colgajo cutáneo, donde se reúnen las heridas cutáneas abdominal y crural; a consecuencia de éste accidente hemos visto un caso prolongar su evolución postoperatoria durante cuarenta días para obtener su completa cicatrización.

La ligadura en paquetes del extremo distal del costurero, que permanece en el muslo, proviene la formación de hematomas en el hueco que a dejar el colgajo utilizado en la plástica: un enfermo de Kutsch-Lissberg muere tras la supuración de un hematoma postoperatorio; nosotros contamos con un accidente parecido, aunque felizmente, la vida del paciente nunca se vió comprometida; más adelante relatemos el caso.

La fijación del segmento muscular inferior ayudaría a prevenir ese mismo accidente, no permitiendo que se formara una cavidad cerrada al venir la retracción del mismo; la que además trae como consecuencia una deformación de la parte interna de la rodilla, al apelotonarse ahí el músculo.

Cuando se han llenado todos los requisitos de asepsia y se han tenido todas las precauciones necesarias indicadas inmediatamente arriba, cualquier drenaje de las heridas resulta inútil; así, se deberá cestrar la piel de un modo definitivo.

Dos recomendaciones más: emplear siempre dos bisturís, uno para la piel y tejido celular; otro para los otros planos; segunda, utilizar la raquianestesia: se puede uno asegurar mejor que la resección del saco ha sido completa, además de que puede ayudar a su identificación cuando ésta es difícil: para ello bastará pedirle al enfermo que haga un esfuerzo cualquiera con la pared abdominal: inmediatamente el saco se llenará y será más aparente; esto no podría hacerse con otro anestésico.

LOS CASOS TRATADOS EN EL PABELLON 3 DEL HOSPITAL GENERAL

Describiremos concisamente los datos clínicos obtenidos de los enfermos; lo hacemos más con el objeto de fundar claramente la indicación de la operación, de hacer objetivos sus peligros y los resultados de nuestras recomendaciones: para prevenirlos, que con el de presentar casos raros en la clínica o resultados muy brillantes durante la intervención y después de ella.

Caso I.—Pedro Morales Gómez, pabellón 3, cama 15, del Hospital General de México.

Diagnóstico: hernia inguinal derecha, reproducida, oblicua externa, extrafunicular. Apendicitis crónica.

Alcoholismo crónico ligero: no ha padecido infecciones de ningún género, ni crónicas ni agudas; no hay intoxicaciones de ninguna clase. Hace 11 años, a consecuencia de un esfuerzo intenso, aparece una hernia inguinal derecha; sufre la cura radical de la hernia dos años después de aparecida siendo eficaz el tratamiento pues durante nueve años han desaparecido las molestias que lo llevaron a operarse; hace aproximadamente un año por un nuevo esfuerzo, se reproduce la hernia que ha causado molestias que lo obligan a internarse en el Hospital; añadidas a estas molestias ha

otras reveladoras de un ataque apendicular crónico; practicado el examen físico y comprobados los diagnósticos, se le propuso y aceptó la intervención.

Desgraciadamente, una reacción de Wassermann positiva nos obliga a atrasar la operación; pero un mes más tarde en que se le estuvo tratando a base de bismuto la intervención se lleva a cabo.

Se procede a la intervención y se encuentra un gran saco herniario conteniendo epiplón e intestino delgado; examinadas y comprobada su integridad, fueron reintroducidas tales vísceras en la gran cavidad abdominal; por el orificio que estaba a la vista, por medio de una pinza de corazón, es sacado el ciego; se practica, al comprobarse la apendicitis, una apendicetomía por el método del doctor Gustavo Baz: tres pinzas de Kocher machacando el apéndice en su base; jareta con catgut atraumático del cero en la base del apéndice, (únicamente seromuscular); sección del apéndice entre la pinza distal y la media; se retira la pinza media y se toma el segmento del muñón apendicular con una pinza de disección; se retira la tercera pinza, invaginándose al mismo tiempo el apéndice; se cierra la jareta. Ya practicada la apendicetomía se reseco el saco y se cerró la pared según la técnica descrita antes; tuvimos ocasión de observar que la retracción del segmento inferior del costurero lo lleva hasta la rodilla; en cambio, la del segmento superior no es tan amplia; por lo tanto no será necesario que éste último sea más grande que el arco crural; basta con que sea de su longitud; vale más no tomarlo en menor cantidad pues puede suceder que la retracción ya no permita cubrir al cordón en toda su extensión; esta es la razón que prometíamos al describir el tiempo 12 de la técnica.

La anestesia utilizada fué la raquia, habiéndonos va-



Foto. 1. — ENFERMO PEDRO MORALES GOMEZ

Adviértase en el ángulo superior de la herida la pequeña ulceración que resta; a lo largo de la herida crural y principalmente en su ángulo inferior, las irregularidades que quedaron como consecuencia de haber tenido que drenar el derrame que se formó.

lido de ella para comprobar que ningún saco había quedado; decimos esto, pues, aunque raro el caso, pueden existir dos sacos o tres y siendo uno mayor que los otros, puede fácilmente el cirujano dejar pasar desapercibido uno de los menores teniendo como consecuencia un rotundo fracaso su intervención.

La evolución postoperatoria de este enfermo fué accidentada; presentó las complicaciones más benignas para fortuna de él y para experiencia de nosotros:

El primer accidente fué la presentación de un derrame seroso, en el espacio libre dejado por la retracción del costurero en su segmento inferior; ocupaba casi todo el tercio medio del muslo en su cara anterior; practicada rápidamente la evacuación del líquido derramado, quitando los puntos de afrontamiento que habíamos colocado en la parte inferior de la herida crural, se evitó la posible supuración del derrame y el peligro que traía aparejada esta supuración; en cambio, la cicatrización de esta herida fué irregular, como podemos ver en la fotografía correspondiente; con todo y que pudo ser el más grave de los accidentes, evitadas más complicaciones con el drenaje y atacando la lúes con bismuto, fué el que menos dificultades nos puso para la rápida evolución hacia la cicatrización total.

No tardé en presentarse un segundo; el esfacelo de la piel en las regiones correspondientes del ángulo de la incisión y al labio inferior de la incisión abdominal: cinco días después de la intervención, fenómenos asfícticos superficiales nos indican la falta de irrigación sanguínea local: la piel estaba amoratada, cianótica, a lo largo del borde inferior de la herida abdominal; el labio superior permanecía intacto; con el objeto de ver hasta donde podía llegar este esfacelo, lo abandonamos hasta su eliminación espontánea.

nea: solo nos permitíamos hacer una limpieza; pero nunca la tijera o el bisturí vinieron a acelerarla; a pesar de esta actitud de expectación, los fenómenos se localizaron y el esfacelo no fué más allá de donde lo hemos descrito; pocos días más tarde sobrevino la eliminación: en su lugar quedaron dos úlceras, una pequeña, abdominal; otra mayor en el ángulo de la herida; estas ulceraciones tardaron en cicatrizar más de cuarenta días y todavía, cuando el enfermo fué dado de alta del servicio, en la parte correspondiente al ángulo existía una pequeña parte de la úlcera todavía no cicatrizada como puede verse en la fotografía.

Ése atraso en la evolución nos ha permitido ver que el pedículo vascular que se le dejó al músculo ha sido suficiente para conservarlo vivo: si no fuera así, tiempo suficiente ha pasado para que, ya muerto, se hubiera eliminado.

Con la experiencia adquirida en este primer caso pasamos al segundo: los accidentes ocurridos al primero nos hacen pensar en su prevención y llegamos a la mesa de operaciones con algunas ligeras modificaciones que hacer a la técnica: las indicaciones de la operación eran claras: el sujeto había sido operado de dos hernias inguinales, una de cada lado; ambas se habían reproducido; tenemos, pues, derecho de pensar en los tejidos de mala calidad como causantes de la reproducción.

Caso II.—Antonio de la Rosa González, pabellón 3, cama 39, del Hospital General de ésta ciudad.

Diagnóstico: Hernia inguinal bilateral, oblicuas externas, extrafuniculares, reproducidas.

Entre sus antecedentes y en la exploración, ningún dato hace pensar en la lúes manifestada por una reacción de Wassermann positiva; los análisis de laboratorio y las prue-

bas funcionales a que fué sometido el sujeto antes de la operación nos indican que también hay una ligera insuficiencia hepática. Pero nos interesa más el hecho de haber padecido dos hernias inguinales, que, tratados por el clásico Bassini, se han reproducido; el hecho de que la reproducción haya sido bilateral, nos obliga a pensar, no en errores de técnica en las primeras intervenciones, sino en la mala calidad de sus tejidos; como al anterior, se le propone la operación, que se lleva a cabo cinco días después del primero, habiendosele tratado en primer lugar, la hernia de su lado derecho; durante un mes se le había estado preparando con compuestos bismúricos, para evitar que la lúes trajera complicaciones que se podían prever y evitar.

La primera parte de la técnica fué idéntica al anterior; después de abrir el conducto inguinal, se disecó el saco, se aislaron los elementos del cordón y se reseco aquel; pasamos al tiempo de disecar el sartorio, pero antes de seccionarlo pensó el maestro Fonseca en las ventajas que traería la fijación previa del segmento inferior, con el fin de evitar la retracción de ese segmento, para evitar la formación de un espacio muerto en el lecho aponeurótico del músculo y evitaría ayudando a la ligadura, a evitar la formación de derrames de cualquier naturaleza que fueran; se seccionó el músculo y por segunda vez comprobamos que la retracción del segmento superior no era tan grande; por eso ya no tomamos una parte muy grande; fijado el músculo sobre la pared abdominal, se procedió a cerrar la brecha cutánea con puntos separados de catgut.

La evolución postoperatoria de este enfermo, aunque larga, fué menos accidentada que la del primero; el primer resultado efectivo que vimos como consecuencia de las precauciones tomadas, fué la no formación del derrame visto



Foto 2. — ENFERMO ANTONIO
DE LA ROSA

Vemos en la herida del muslo derecho las irregularidades que dejaron en la cicatriz las ulceraciones consecutivas al esfacelo cutáneo. En este lado del enfermo, puede apreciarse sobre la región inguinal, el abultamiento producido por el segmento muscular en su nueva colocación; el mismo detalle puede ser observado en el otro enfermo. Sobre el lado izquierdo, la diferencia en la longitud de las heridas es muy marcada; en esta no hay irregularidades.

en el anterior caso; por tanto, si es conveniente la fijación del segmento muscular inferior; aparece la asfixia cutánea en el ángulo y en el borde inferoexterno de la herida abdominal; en esta ocasión esa asfixia alcanzó un espacio como de dos centímetros de longitud sobre la parte media de la herida crural; abandonadas a su evolución espontánea, vimos a las lesiones permanecer tal cual eran; la cicatrización vino aproximadamente treinta días más tarde. Pensando que en esta vez no solo habían influido en el esfacelo de la piel la sección de los pequeños vasos que irrigaban la porción esfacelada y que hubiera sido grande la porción disecada, sino que probablemente, también hubiera tenido parte en ella el estado general del enfermo, la sífilis, decidimos intensificar el tratamiento específico antisifilítico durante todo otro mes para poder proceder a la intervención sobre la hernia del otro lado; ya en condiciones inmejorables en ese sentido, fué llevado a las operaciones treinta días más tarde.

La primera parte no ha tenido modificación que hacerse y fué idéntica a las anteriores; en los tiempos referentes al costurero, tomamos de él un segmento más corto; la herida cutánea no fué llevada más allá del nivel del triángulo de Scarpa, en la parte crural; no pasamos del vértice del triángulo; a pesar de la reducción en la longitud de la plastia, ésta fué suficiente para cubrir todo el cordón; teniendo que dar paso a un colgajo muscular menor, el colgajo cutáneo también fué de menores dimensiones que los de las operaciones anteriores; se le pudieron conservar mayor número de vasos; se disecó menor cantidad de tejido celular subcutáneo; no hubo esfacelo de la piel.

En esta tercera operación se pudieron apreciar ventajas en gran número: la operación tardó treinta y cinco mi-

nutos en ser terminada; llevado al pabellón el enfermo, sufre una elevación de temperatura a 39 grados la tarde del día en que fué operado; desciende para el segundo a la normal y en ella se conserva definitivamente; ocho días más tarde era dado de alta como enfermo del servicio y diez días después abandona el hospital; estos últimos diez días permaneció internado para facilitarnos obtener una fotografía de sus heridas; ninguna complicación vino a atrasar en su evolución a la cicatrización. Como se puede ver, en esta operación se obtuvo ya una evolución como en cualquier otra operación, sin más riesgos para el enfermo que los que toda operación trae aparejados consigo y de los que nunca está a salvo el cirujano.

CONCLUSIONES

La primera conclusión que podemos derivar, tanto de la parte escrita como de los resultados obtenidos en nuestros tres casos, es que se trata de un método basado en principios lógicos y racionales; que puede contribuir eficazmente a evitar la reproducción de las hernias inguinales cuando consideramos que una de las causas es la mala calidad de los tejidos de los enfermos; que también puede ser empleada con éxito en aquellos casos en que siendo la reproducción un hecho hay que tratarla y evitar una segunda reproducción; simplemente en tres casos nos hacen ver cómo la aplicación precisa de la técnica en todos sus tiempos, cómo al prevenir los accidentes, se obtienen resultados que mejoran a grandes pasos del primero al tercer caso.

Creemos haber demostrado en el curso de nuestro breve trabajo que el sistema tiene ventajas sobre los otros métodos; creemos, por tanto, que merece la atención de los cirujanos, principalmente los de nuestro Hospital, donde a pesar de haber material suficiente para la aplicación de todos esos métodos nuevos y eficaces no se ponen práctica y se siguen empleando otros que acumulan fracaso tras fracaso. El punto que siempre ha de tener presente el ciruja-

no que a emplearlo se decida, es el de que sus pacientes se encuentren dentro del cuadro general de la indicación:

Individuos con tejidos aponeuróticos débiles, con hernias inguinales en los que hay que prevenir la reproducción de la hernia desde el momento en que se interviene para tratarla; en aquellos individuos, en que siendo la reproducción un hecho consumado y la causa de la reproducción la misma mala clase de tejidos, se quiera tratarlos de un modo eficaz y no pasajero; por último, en aquellos sujetos afectados de hernia inguinal, que, aún teniendo aponeurosis y músculos fuertes, por la clase de trabajos a los cuales se someten, están expuestos constantemente a la reproducción de sus hernias.

No son estos los únicos trabajos que empleando el costurero se han efectuado tomándolo como el mejor donador de elementos mioplásticos en el tratamiento de las hernias: ya desde 1903, Diakonow, Ramlait-Hansen, lo han empleado; de Garay, Pfann, Streissler en 1909 y Kustcha-Lissberg entre 1911 y 1926; las variantes de la técnica son muchas, a veces con aplicaciones en mujeres que no tienen porque conservar el conducto necesariamente y para las cuales habría operaciones de menos dificultades técnicas y de menores peligros. Corta ha sido nuestra experiencia; solamente tres casos pudimos presentar pues el tiempo apremiaba; los casos a los que la operación es aplicable escaseaban; había la necesidad de salir a desarrollar el trabajo social con el que la Facultad de Medicina está contribuyendo al bienestar de nuestros poblados alejados y miserables a los que aún no llegan los beneficios médicos que en nuestra República solo son patentes en las grandes ciudades. Damos fin a este nuestro corto trabajo, repitiendo nuestro deseo de que llene su pequeño objeto.