BIBLIOTECA MEDICA ROMA
B 16
4

Mic. B. 16.4

Año 1918 **N. 3517**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Las Hernias Retroinguinales

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOMINGO M. HAROSTEGUY

Ex-practicante rentado del Instituto Jenner (1911 1915)
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1914-1915)
Ex-practicante menor por concurso del Hospital Pirovano (1915-1916)
Ex-practicante mayor del Hospital Salaverry (1916-1917)
Ex-practicante mayor Asistencia Pública de La Plata (1915-1918)
Ex-practicante mayor del Hospital Rawson (1917-1918)

BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

LAS HERNIAS RETROINGUINALES

Año 1918 **N. 3517**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Las Hernias Retroinguinales

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DOMINGO M. HAROSTEGUY

Ex-practicante rentado del instituto Jenner (1911 1915)
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1914-1915)
Ex-practicante menor por concurso del Hospital Rivadavia (1915-1916)
Ex-practicante mayor del Hospital Salaverry (1916-1917)
Ex-practicante mayor Asistencia Pública de La Plata (1915-1918)
Ex-practicante mayor del Hospital Rawson (1917-1918)

BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano interino

DR. JOSÉ ARCE

Secretarios Interinos

SR. JORGE V. MULLER

» FERNANDO G. RAMOS

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica.	» Vacante
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» Vacante
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» MARIANO R. CASTEX
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» Vacante
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» Vacante
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» ARTURO ENRIQUEZ
» Pediátrica	» VACANTE
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» Vacante

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Botánica Médica...	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.... ...	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO » MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
Clínica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA » BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	» SILVIO E. PARODI
	» EUGENIO GALLI
	» JUAN JOSÉ CIRIO
Fisiología general y humana	» FRANCISCO ROPHILLE
	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología	» RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica	» SALVADOR MAZZA
Higiene Médica	» BENJAMÍN GALARCE
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos	» SANTIAGO M. COSTA
	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITÓN
Anatomía patológica	» PEDRO J. HARDOY
	» ANGEL H. ROFFO
Anatomía topográfica	» PEDRO ELIZALDE
	» ANGEL F. SAN MARTÍN
Materia médica y terapéutica	» JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	» PEDRO CASTRO ESCALADA
	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
	» GUILLERMO BOSCH ARANA
Patología externa	» GUILLERMO ZORRAQUIN
	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
	» ENRIQUE M. OLIVIERI
	» ALEJANDRO CEVALLOS
	» NATAL LOPEZ CROSS
Clínica dérmato-sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito urinaria	» PEDRO L. BALIÑA
	» JOAQUÍN CERVERA
» epidemiológica	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
» oftalmológica	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL THAMM
» oto-rino-laringológica	» ADOLFO NOCETI
	» RAÚL ARGAÑARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
Patología interna	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» DIÓGENES MASSA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
Clínica quirúrgica	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDÍVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» Neurológica	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
» Médica	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULIO MARTINI
	» CÁNDIDO PATIÑO MAYER
» pediátrica	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
» ginecológica	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
obstétrica	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNQUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» TOMÁS A. CHAMORRO
	» DOMINGO IRAETA
Medicina legal	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
Clínica Psiquiátrica	» AMABLE JONES
Toxicología	» ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel Gallardo
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química farmacéutica inorgánica	» Miguel Puiggari
Botánica y Micrografía vegetal	» Adolfo Mujica
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso)	» J. Manuel Irizar
Higiene, Ética y Legislación	» Ricardo Schatz
Química analítica general	» Francisco P. Lavalle
Farmacognosia especial	Sr. Juan A. Domínguez
Técnica farmacéutica (2º. curso)	Dr. J. Manuel Irizar

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general — Anatomía y fisiologías comparadas	Sr. Angel Bianchi Lischetti
Física farmacéutica	Dr. Tomás J. Rumi
Química farmacéutica inorgánica	» Angel Sabatini Sr. Emilio M. Flores
Botánica y Micrografía vegetal	» Ildefonso C. Vattuone
Química farmacéutica orgánica	» Pedro J. Mésigos Dr. Luis Guglialmelli
Técnica farmacéutica	Sr. Ricardo Roccatagliata » Pascual Corti » Cleofé Crocco
Química analítica general	Dr. Juan A. Sanchez
Farmacognosia especial	Sr. Oscar Mialock

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas	— —
Mineralogía y Geología	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. Juan A. Sánchez (supl en ejercicio)
Química biológica	» Pedro J. Pando
Química analítica aplicada (Bromatología)	— —
Física general	— —
Bacteriología	» Carlos Malbràn
Toxicología y Química legal	» Juan B. Señoràns

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE

» TOMAS S. VARELA (2º año)

SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)

» CORIOLANO BREA (»)

» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

Dr. RICARDO RODRÌGUEZ VILLEGAS

Mèdico interno del Hospital Rawson y cirujano del Servicio del Dr. Medina

A MI ESPOSA MARIA LYDIA UNÁNUE

CON TODO MI CARIÑO

A MIS QUERIDOS HERMANOS

A MI TIA EMILIA DIEHL DE MOLINAS

RECONOCIMIENTO

A LA MEMORIA DE MI TIO JULIO DIEHL

A MIS SUEGROS

JOAQUÍN UNÁNUE Y LYDIA GOÑI DE UNANUE

A LOS DOCTORES:

FORTUNATO DEROSSI

RAFAEL COSENTINO

ROMEO SAN PEDRO

ALFREDO DIEHL

ADOLFO ACEVEDO

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

A MIS AMIGOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Vengo ante vosotros, a llenar la disposición exigida por nuestra Facultad a sus alumnos, al aspirar éstos al título de Doctor en Medicina.

Anticipadamente, os pido disculpa por si en este breve esbozo que haré, de un procedimiento quirúrgico me apartase en algunos detalles, del método usual indicado en vuestras lecciones, durante nuestra convivencia intelectual del hospital.

¡Sed indulgentes mis eruditos maestros! A vosotros debo y ofrendo con toda lealtad e inmensa gratitud este humilde trabajo.

Hago especial mención de mi agradecimiento hacia el Doctor Rodríguez Villegas, padrino de esta tesis; de quien he merecido a la par de su sabia enseñanza de maestro, testimonio espontáneo de amistad desinteresada.

Hernias retroinguinales

Cultor de la práctica y fundamental clasificación del Doctor Enrique Corbellini, he ajustado el tema de mi tesis a describir uno de los grupos de hernias de la citada clasificación; para dejar una vez más, sancionada con la práctica y prolija observación, un hecho que, si bien es ya una confirmación, un cien más de observaciones, de hábiles, numerosos y prolijos cirujanos, lo proclaman; en la seguridad de que, si no acarrea novedad al asunto lo justifica y confirma, refrescando en los estudiosos de nuestro país, una producción genuinamente nuestra, y que bien, podríamos llamar la *Clasificación nacional de las hernias inguinales;* haciendo a la vez justicia a nuestro inteligente y hábil cirujano.

Concepto de la hernia retroinguinal

Para hacer resaltar más la cuestión y acarrear nitidez al asunto, comenzaré por describir los distintos grupos de la clasificación y así establecer las dife-

rencias fundamentales y armónicas que existen en ambos tipos.

Trazados los dos grandes grupos fundamentales: de "Hernias intranguinales" y "Hernias retroinguinales" o sea correlativamente anteriores y posteriores pasemos a ver lo que se entiende por lo uno y por lo otro.

Las hernias intranguinales son aquellas que, atravesando el orificio interno del canal inguinal, evolucionan progresivamente adentro de la fibrosa del cordón recorriendo el canal en toda su extensión, para asomar por el orificio externo y seguir bajo la fibrosa hasta el fondo de las bolsas; llegando o no, a la vecindad del testículo; siempre que haya o no, persistencia completa del canal vagino-peritoneal.

Son las hernias oblicuas externas de los clásicos y externas de Tillaux, las que enumero, tan solo para entendernos; comprendiendo lo que clínicamente llamamos osqueocele; ya sea congénito o adquirido.

Las hernias retroinguinales, son aquellas que evolucionan fuera de las envolturas del cordón sin recorrer el canal inguinal; dentro del que no penetra pero sí rechazan la pared abdominal al nivel de este, buscando de abrirse paso para emerger por el orificio externo, con más o menos dificultad; dado que el saco debe vencer la pared exterior del canal inguinal.

Son las hernias directas y oblícuas internas, de los

clásicos e internas, de Tillaux comprendiendo lo que clínicamente llamamos bubonocele: Las primeras las intrainguinales, son las favorecidas por una disposición congénita, la consistencia del conducto vagino-peritoneal; por un cierre tardío o un debilitamiento de su obliteración; Las segundas, las retro inguinales, son aquellas que aprovechando el debilitamiento de la pared posterior del canal inguinal arrean delante de sí a los elementos constitutivos formados a ese nivel, tan solo por la fascia transversalis, el ligamento de Hessellbach y el tendón conjunto y más adelante el cordón y la pared anterior.

La hernia intrainguinal comienza su trabajo de rechazamiento del peritoneo al nivel del orificio interno, al cual dilata, sufriendo este mismo mecanismo, todo el trayecto del canal inguinal; separando su pared anterior de la posterior y distanciando así la arcada de Poupart de los labios inguinales del pequeño oblicuo y transverso, y dilatando también a su paso el orificio externo.

La hernia retroinguinal muy distante de distender el canal, lo aplasta, rechazando la pared posterior que es abombada contra la anterior; ella nada tiene que ver con el orificio interno del canal por el cual no pasa, y más bien lo comprime rechazándolo y no lo dilata a pesar de sus empujes contra la pared posterior, terminando por debilitar todos los esfuerzos de la fascia

transversalis, como así mismo el ligamento de Hesselbach; de donde resulta una distensión del orificio interno.

La hernia retroinguinal inicia al peritoneo, ya por la fosita inguinal media o ya, en la interna distendiendo la pared posterior del canal, a la cual empuja hasta hacerla pasar entre el borde muscular inguinal y la arcada de Poupart buscando así salida al través del orificio externo, de donde se desprende que la pared posterior es la primera rechazada en la zona comprendida entre el borde externo del ligamento conjunto y el borde interno del ligamento del Hessellbach punto débil de las fascias transversales; la cual se encuentra sola, o a veces resforzada por las fibras ileopubianas; terminando la hernia por vencer y a veces hasta destruír el tendón conjunto; el más considerable resfuerzo de esta región; más la hernia intrainguinal evoluciona estrechamente relacionada al cordón donde está contenida y tiene por envoltura las de aquel. En tanto que la hernia retroinguinal no tiene en cuenta al cordón y, por el contrario, está separada por la fascia transversalis, teniendo por envoltura a la pared posterior del canal inguinal, los planos Subcutáneos; piel y tejido celular. Dedúcese de esto que para llegar al saco de la hernia intrainguinal, debemos disecar las envolturas del cordón, entanto que para aislar el saco de la hernia retroinguinal, hay necesariamente que abrir la

pared posterior del canal inguinal. Además, los sacos de estas hernias, difieren completamente, en tanto el de la hernia retroinguinal es piriforme y tiene un cuello bien marcado; el de la hernia retroinguinal no lo tiene o es muy ancho. Luego los elementos que acompañan al saco de la una o de la otra son muy distintos correspondiendo una leve envoltura grasosa superitoneal y excepcionalmente acompañada por la vejiga, para las intranguinales; mientras que generalmente el saco de la hernia retroinguinal tiene una espesa envoltura grasosa y es habitualmente acompañada por la vejiga u otra víscera; modalidad que origina la clasificación del Dr. Ricardo Finochietto en *saculares, lipomatosas y viscerales.*

Llama hernia sacular a aquella que se presenta por dentro del cordón sin adherencia con el mismo y caracterizada por ser fácilmente aislable de los elementos de la región, y continuarse en su base con la pared abdominal la forma es por lo común hemiesférica; alargándose algo en las hernias de considerable tamaño, tiene por elementos la fascia transversalis, grasa peritoneal muy escasa y el saco peritoneal fácilmente aislable. Dando tironeamientos al saco abierto vemos aparecer en su lado interno la grasa prevesical y acentuando la maniobra, también la vejiga. Llama hernia lipomatosa a aquella que se presenta también por dentro del cordón, teniendo en su porsión extra canicular

una pelota de grasa amarilla pálida ligada por débiles tractus conjuntivos; presenta este lipoma la característica de ser bien encapsulado y tener un estrangulamiento que corresponde al orificio externo luego tiéndose como si formase la base de un cono no diferiendo del tipo anterior. Abierto el lipoma en sentido sagital, apenas sobrepasado el cuello presenta una cavidad limitada por una lámina conjuntiva lisa que le asemeja a un saco herniario; si lo disecamos prolijamente bien pronto nos damos cuenta de la anomalía, de la no existencia del peritoneo (1).

En ciertos casos donde está muy desarrollado el lipoma el saco herniario es siempre pequeño, de paredes sumamente delgadas y recubiertas de una pequeña lámina de grasa; para encontrarlo es preciso incindir la base del tumor, por dentro de los vasos epigástricos, *o sea en su parte supero externa;* también aquí la grasa prevescical y la vegiga están dispuestas a asomarse si se tracciona la delgada lámina sacular; maniobra sobre la cual no debe insistirse demasiado por los frecuentes desgarros. Esta preponderansia grasosa es la que ha dado el nombre a la variedad de lipomatosas.

Llama hernia visceral a aquella en cuyo contenido existe con carácter permanente una víscera.

Son hernias poco reducibles y no tienen adherencias al cordón; sus caracteres son propios, el caso delgado

a pesar de su tamaño; abierto aparece en su interior una masa grasosa amarillo clara muy apelotonada, sin relieve de vasos; buscar un plano de clivage sería maniobra inútil, pues el peritoneo que la recubre se comporta a manera de meso continuándose con el sacular, incindido el peritoneo perpendicularmente al gran eje del lipoma, se le diseca fácilmente; luego debajo de esta capa de grasa poco irritada se encuentran las vísceras, siendo ella la generalidad de las veces la vejiga.

ESTADÍSTICA DE LAS HERNIAS RETROINGUINALES

N.º de orden	Edad	H. Simple	H. Doble	Izquierda	Derecha	Lipomatosa	Sacular	Esplácnica		Bífida	O. Externa	Transinguinal	Debilidad	O. Interna	N.º de Historia	Operador	Observaciones
								Vejiga	I. Grueso								
1	55		—	—	—		I —			D —					320	Dr. R. Villegas	
2	36		—	—	—		D —				I —				325	" "	
3	46		—	—	—		D —				I —				364	" "	
4	39		—	—	—			D —							410	" "	
5	45		—	—	—			I —	D —						429	" "	
6	49	—			—	—		½							454	" "	Recidiva
7	89	—			—	—									559	" "	
8	40		—	—	—			D —							634	" "	3 veces recidiva izquierda
9	25	—		—				—							638	" "	1 vez recidiva derecha
10	39	—			—					—					653	" "	
11	25	—			—					—					814	" "	
12	25	—			—					—					873	" "	
13	32	—		—						—					876	" "	
14	50	—		—											966	" "	
15	56		—	—	—		D —								1977	" "	
16	25	—		—			—								1950	" "	
17	54	—		—			—								1828	" "	
18	40	—		—			—								1751	" "	
19	18	—		—			—								1672	" "	
20	40	—		—			—								1603	" "	
21	26	—		—			—								1595	" "	
22	63	—					—								1582	" "	
23	30	—		—			—								1574	" "	

NOTA.—Clase de hernia correspondiente al casillero:
I.—Significa izquierda. **D.** Significa derecha.

N.º de orden	Edad	H. Simple	H. Doble	Izquierda	Derecha	Lipomatosa	Sacular	Esplácnica				O. Externa	Transinguinal	Debilidad	O. Interna	N.º de Historia	Operador	Observaciones
								Vejiga	I. Grueso	Bífida								
24	45	—		—			—									1530	Dr. R. Villegas	
25	36	—		—			—									358	„ „	
26	62	—		—			—									256	„ „	
27	50	—		—			—									240	„ „	
28	29	—		—			—									196	„ „	
29	20	—		—			—	—								103	„ „	
30	49	—		—			—	—								89	„ „	
31	47	—		—			—	—								59	„ „	
32	31	—		—			—									44	„ „	estrangulada
33	43		—	—	—		id	i —								36	„ „	
34	27		—	—	—		id —									33	„ „	
35	62		—	—	—		id —									26	„ „	
36	34		—	—	—		id —									8	„ „	
37	44		—	—	—		id —									2959	„ „	
38	30		—	—	—		id —									2940	„ „	
39	23		—	—	—		id —									2935	„ „	
40	48		—	—	—		id —									2928	„ „	
41	48		—	—	—		id —									2907	„ „	
42	40		—	—	—		id —									2874	„ „	
43	40		—	—	—		id —									2850	„ „	
44	40		—	—	—		id —									2935	„ „	
45	37		—	—	—		id —									2826	„ „	
46	35		—	—	—		id —									2793	Dr. R. Egaña!	

N.º de orden	Edad	H. Simple	H. Doble	Izquierda	Derecha	Lipomatosa	Sacular	Esplácnica		Bífida	O. Externa	Transinguinal	Debilidad	O. Interna	N.º de Historia	Operador	Observaciones
								Vejiga	I. Grueso								
47	50		—	—	—		—								2768	Dr. R. Egaña	
48	52		—	—	—		—								2733	" "	
49	32	—			—		—								2703	" "	
50	45	—			—		—								2655	" "	
51	20	—			—		—								2634	" "	
52	32	—			—		—								2632	" "	
53	48	—			—		—								2572	" "	
54	39	—			—		—								2527	" "	
55	25	—			—		—								2512	" "	
56	40	—			—		—								2492	" "	estrangulada
57	27	—			—			—							2416	" "	
58	25	—			—			—							2512	" "	
59	36	—			—			—							2369	" "	
60	36	—			—			—							2339	" "	
61	43	—			—			—							2342	" "	
62	50	—			—			—							2349	" "	
63	52	—			—				—						2249	" "	
64	27		—	—	—		id —								2201	" "	
65	48		—	—	—		id —								2193	" "	
66	52	—			—			—						—	2167	" "	
67	32		—	—	—		d —				i —				2108	" "	
68	42		—	—	—		id —								2085	" "	
69	48		—	—	—		d —				—				2078	" "	

N.º de orden	Edad	H. Simple	H. Doble	Izquierda	Derecha	Lipomatosa	Sacular	Esplácnica		Bífida	O. Externa	Transinguinal	Debilidad	O. Interna	N.º de Historia	Operador	Observaciones
								Vejiga	I. Grueso								
70	28		—	—	—		id—								2061	Dr. R. Egaña	
71	25			—					—						2035	" "	
72	43		—	—	—		i—	d—							2002	" "	
73	27	—			—		—								3071	" "	
74	48	—			—			—		—					72	Dr. R. Finochietto	
75	64		—	—	—						i—	d—			78	" "	
76	18	—			—							—	—		124	" "	
77	52		—	—	—		id—								178	" "	
78	44		—	—	—		d—						i—		179	" "	
79	29	—		—					—						315	" "	
80	51	—		—					—						555	" "	
81	33		—	—			id—								591	" "	
82	42		—	—	—		id—								614	" "	
83	55		—	—	—		i—	d—							658	" "	
84	40	—			—			—							661	" "	
85	22	—			—		—								718	" "	
86	44	—		—			—								868	" "	
87	50		—	—	—		id—								963	" "	
88	42	—		—				—								" "	
89	46		—	—	—		id—								1371	" "	
90	22		—	—	—		id—								1409	" "	
91	36		—	—	—			i—		d—					1450	" "	
92	62		—	—	—	i—	d—			i—					1557	" "	

N.º de orden	Edad	H. Simple	H. Doble	Izquierda	Derecha	Lipomatosa	Sacular	Esplácnica			Bífida	O. Externa	Transinguinal	Debilidad	O. Interna	N.º de Historia	Operador	Observaciones
								Vejiga	I. Grueso									
93	30		—	—	—		id —	d -	i —	d —						2583	Dr. R. Finochietto	
94	46		—	—	—		i —		d —							1672	" "	
95	31	—			—				—							1558	" "	
96	43	—			—		—									1636	" "	
97	39	—			—		—									1643	" "	
98	35	—			—		—									1794	" "	
99	38	—			—		—									1806	" "	
100	50	—			—		—									1742	" "	
101	45	—			—		—									1881	" "	
102	22	—			—		—									2145	" "	
103	26	—			—		—									1944	" "	
104	29	—			—		—									2002	" "	
105	40	—			—		—									2122	" "	
106	50	—			—		—									2172	" "	
107	21	—		—			—									2110	" "	
108	19	—		—			—									2226	" "	
109	44	—		—			—									2334	" "	
110	46	—		—			—									2335	" "	
111	40	—		—			—									2243	" "	
112	43	—		—			—									233	" "	
113	43	—		—			—									2338	" "	

Tratamiento

Este capítulo no será más que el complemento, el final, si se quiere del trabajo publicado por los doctores Ricardo Finochietto y R. Rodríguez Villegas en el año 1913 y que versa sobre una "Nueva Técnica" operatoria de las hernias retro-inguinales. Con la aparición de este trabajo se aclara notablemente la anatomía quirúrgica de esta variedad de hernias, se fijan con presición los diversos tiempos operatorios, haciendo de esta intervención, antes atípica y difícil por el hecho mismo de su polimorfismo imprevisto, una intervención simple, precisa, con todos sus tiempos también reglados como lo están en las hernias oblicuas externas, a las que los autores han dado siempre siempre preferencia. Creemos que es una técnica completa y que pocas modificaciones podrán introducirse en ella.

Dijimos al principio que este trabajo sería el final del anteriormente publicado y en efecto versará sobre la

elección de procedimientos operatorios, es decir, comenzará en donde termina el artículo mencionado.

Decididamente partidarios de la investigación anátomo-quirúrgica en toda intervención, cualquiera que sea su sitio y naturaleza, creemos que la operación de la hernia retro-inguinal, debe ser ante todo y sobre todo *anatómica*. Deben buscarse todos los elementos anatómicos de la región haciendo una disección prolija al extremo de no seccionar un elemento anatómico, aún los de poca importancia, como es el 12.° nervio intercostal, sin antes haberlo reconocido y aislado. El cirujano debe seccionar los elementos anatómicos a conciencia y no por sorpresa,—decía Teodoro Kocher—y estaba en lo cierto.

Esta disección deberá hacerse siempre a bisturí, dejando definitivamente los desgarramientos a dedo, tijera o pinza; métodos torpes, ciegos y aún en boga actualmente y que jamás reemplazarán a la elegancia, *seguridad* y fineza del bisturí.

Parecería a primera vista que, envalentonados por unos cuantos éxitos, pretendemos implantar un método nuevo; muy lejos de eso, al contrario, estamos plenamente convencidos de que la mayoría de los cirujanos no ignoran que las intervenciones deben hacerse a base de anatomía quirúrgica y que el bisturí es el único instrumento adecuado para tales fines, pero hay, desgraciadamente, gran distancia entre la creencia y la conducta seguida en el enfermo. Es así como vemos en efec-

to cirujanos de nombre, de gran ilustración, operar eléctricamente una hernia, en pocos minutos. Es en la época actual, una monstruosidad quirúrgica, que desaparecerá seguramente el día que la sociedad haga responsable al cirujano de muchos de los actos que ejecuta.

No somos tampoco partidarios de las intervenciones lentas, que duran horas, comprometiendo con la anestesia la vida del enfermo; aquí, como siempre, saber colocarse en un término medio razonable, es la base de una buena técnica.

Como lo hemos dicho anteriormente, las hernias retro-inguinales (siempre adquiridas, nunca congénitas), tienen como causa primordial, una alteración más o menos pronunciada de la pared inguinal posterior, que ha permitido al peritoneo parietal progresar a travéz del canal inguinal. Al efectuar esta travesía el saco rechaza, destruye a veces el tendón conjunto, el elemento más importante de la pared inguinal posterior. Los demás, ligamento de Henle y Hesselbach, arco de Poupart, etc. Tienen un rol secundario y son, por otra parte, también profundamente modificadas por la hernia en su avance destructor. Si se tiene en cuenta por otra parte, la formación y desarrollo rápido de tales hernias que arrastran muy a menudo a órganos vecinos muy importantes como es el intestino grueso y la vegiga, será fácil darse cuenta como queda la pared inguinal posterior en las hernias antiguas, de sujetos obesos a vientre globuloso, y las dificultades muy serias a veces en la disección del

saco, y la reconstrucción de una pared sólida. Creemos, pues, que lo esencial, lo fundamental no es solamente el saco, sino también el estado de la pared inguinal posterior, pues de ella dependerá o la duración definitiva de la hernia o su reproducción en breve plazo.

En esta variedad de hernias, mucho más que en las oblícuas externas, la reconstrucción del canal inguinal es de suma importancia; es la base de una buena técnica operatoria.

Tratándose de una alteración manifiesta de la pared inguinal posterior, se debe tratar de devolver al canal, una pared sólida, capaz, por sí sola, de impedir la salida del peritoneo, colocando los elementos normales, más o menos alterados, en situación primitiva en hipercorrección aún, para que al final tomen una situación intermedia eficaz.

Al hablar de pared inguinal posterior, no solamente comprendemos en ella, el tendón conjunto, la fascia transversalis y el arco de Poupart, sino también ciertos elementos a los que en general se les da poca importancia, tales como la arteria epigástrica y la arteria umbilical, que nos parece ejercen el rol de pilares protectores para la pared posterior.

La primera — epigástrica — adosada al cordón, evitando que el peritoneo se deslice conjuntamente con el cordón en sus movimientos de ascenso y descenso, en relación con las excitaciones genésicas; la segunda — la umbilical — evitando que la vejiga solicitada por su

peritoneo, abandone su "loge". Vemos, en efecto, en los grandes cistóceles, que el cordón umbilical forma un puente en el que cabalga la vejiga en plena emigración; forma una barrera que lucha contra la salida del órgano. Igual cosa vemos en las hernias mixtas — oblícuas, externas y retro-inguinales — en las que el saco es bífido debido a la presencia de la arteria epigástrica. Algo semejante ocurre en las hernias mixtas, internas en las que ambos sacos están separados por el ligamento de Henle. Rechazamos por parecernos poco fisiológicos, aquellos métodos que seccionan la epigástrica, para unir ambos sacos en las hernias mixtas externas; o la sección del cordón umbilical, para facilitar la reducción vesical.

Técnica operativa

En la generalidad de los casos, es posible hacer antes de la intervención, un diagnóstico exacto de la hernia a operar, si es oblicua o retro-inguinal, de manera pues que el operador sabe ya la técnica que debe seguir y no anda a tientas. Si no se hubiera hecho diagnóstico, una vez incidida la piel y seccionado el oblícuo mayor, es fácil conocer esta variedad de hernia, por sus caracteres clásicos descriptos anteriormente.

El tratamiento del saco se hace, según la técnica de Finochietto y Rodríguez Villegas. Se comprende en este tiempo el tratamiento de la vejiga y el intestino si existen.

Al final de esta disección queda en el triángulo de Hesse, un amplio "poso" como la llama el Dr. Corbellini, espacio muerto, exagerado por la prolija disección, la posición de decúbito y la falta de presión abdominal en el enfermo anestesiado. Es para facilitar el adosa-

miento del muñón peritoneal a la cara profunda del oblicuo menor y suprimir así este espacio muerto, que colocamos sistemáticamente el punto de Barker (teniendo la precaución de anudarlo después de haber descendido el oblícuo menor), y no para levantar el muñón sacular como es creencia general.

En los cistóceles intra-inguinales grandes, en casos en que el tercio de la vejiga está herniada, la reducción de esta víscera, tan seriamente dislocada a su sitio primitivo, después de haber ligado el saco, es difícil y aún imposible a veces. Hacer permanente esta reducción es toda una maniobra operatoria y que no siempre se obtiene resultado.

En sus últimos operados, el doctor Rodríguez Villegas ha introducido un nuevo tiempo a su técnica del año 1913.

Antes de ligar el saco con el dedo introducido en el abdomen, sutura el peritoneo yusta-vesical a la cara posterior de la vaina del recto, con un surjet de catgut que se extiende del borde del oblícuo menor al arco de Poupart, cerrando así herméticamente la "loge" vesical. Si bien es cierto que el peritoneo no ofrece gran resistencia, por lo menos se evitará la salida inmediata del órgano. Se sutura después el saco y se coloca el punto de Barker.

Elección de procedimientos

Tratándose de una debilidad, de una alteración, destrucción a veces de la pared inguinal posterior, provocada por el descenso del saco y su contenido, toda intervención que se lleve sobre estas hernias debe después de resecar el saco, reconstruír la pared inguinal alterada, colocando los elementos anatómicos en su situación fisiológica, en hipercorrección aún, para que al final tomen una posición intermedia que opondrá una barrera al peritoneo en su tendencia a herniarse.

Siempre que sea posible realizarlo, empleamos el método de Bassini — sutura del tendón conjunto al arco crural, sutura del oblícuo mayor seccionado, cordón espermático entre ambos planos.

Hay enfermos sin embargo, en los que el estado del tendón conjunto no permite su sutura con el arco de Poupart. En efecto, dicho tendón, que normalmente aparece oblícuamente dirigido hacia abajo y adentro, se

presenta en muchos enfermos, siguiendo una dirección transversal y aún ascendente, rechazado por el saco; su misma consistencia varía notablemente de un sujeto a otro, presentándose a veces como una tenue membrana que se desgarra a la más mínima tracción. Lógico, pues, es suponer que en estos casos no se pueda seguir la técnica de Bassini, que no era posible descender dicho tendón al encuentro del arco de Poupart, sobre todo hacia adentro al nivel del pubis, punto cardinal de la hernia retro-inguinal por donde tiene lugar el avance de la vejiga durante la residiva tan frecuente en estos enfermos.

Por otra parte, este procedimiento parte de la base de la existencia de un buen arco crural, cosa poco frecuente, tanto más cuanto más antigua es la hernia.

Cuando la pared inguinal es mala en sus dos planos anterior y posterior, reconstruímos la pared según el método de Postenesky o la modificación de Esquirru y E. Finochietto de imbricación retro-funicular.

La gran mayoría de los enfermos que aparecen en la estadística del servicio del doctor A. J. Medina, fueron operados siguiendo la técnica de Andrew's 1 y 2 — y la de Mugnai y Ferrari — con muy buenos resultados; el número de recidivas es muy escaso.

Jamás, en 300 operados, hemos tenido necesidad de recurrir a los métodos autoplásticos, cuya bondad, por otra parte es muy discutible.

La estadística que acompaño, pertenece a enfermos

asistidos en el servicio del doctor A. J. Medina y en el del doctor E. Finochietto (hospital Rawson), y cuyas historias figuran en sus archivos respectivos, prolijamente llevadas.

Llamará, sin duda alguna la atención, la cantidad bastante elevada de hernias retroinguinales y la frecuencia de cistóceles y deslizamientos del colon, dado que otros servicios municipales, con igual número de camas, no podrían presentar igual estadística. Sin embargo, lo hemos dicho y lo repetimos, la frecuencia con que se presentan tales hernias, está en relación directa con la mayor preparación del cirujano, con su tendencia investigadora. Hay, en efecto, cirujanos que encuentran muy pocas veces esta variedad de hernias, y se debe a que no investigan y que no tienen formado un concepto claro de su anatomía patológica; tales cirujanos se limitan a resecar bien alto el saco herniario y reconstruir la pared, sin preocuparse de los caracteres de la hernia y de la situación externa o interna de la epigástrica.

Los 113 casos que figuran en la estadística total, se distribuyen en la forma siguiente:

H. Retro-inguinales. Unilaterales	Izquierdas (31)	Sacular		24
		Esplácnicas	Vejiga	6
			I. Grueso	3
		Bifidas		2
	Derechas (39)	Lipomatosas		2
		Sacular		20
		Esplácnicas	Vejiga	10
			I. Grueso	3
		Bifidas		4
		Transinguinales		1

H. Retro-inguinales. Dobles (43)	Derechas (43)	Sacular		34
		Esplácnicas	Vejiga	4
			I. Grueso	2
		Bifida		3
		Transinguinales		1
		Debilidad		1
	Izquierdas (43)	Lipomatosas		1
		Sacular		31
		Esplácnicas	Vejiga	5
			I. Grueso	1
		Bifida		1
		O. Externas		5
		Debilidad		1

30332

Buenos Aires, Octubre 14 de 1918.

Nómbrase al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor extraordinario Dr. Carlos Robertson Lavalle y al profesor suplente Dr. Tomás B. Kenny para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes».

ARCE.
F. G. Ramos.

Buenos Aires, Octubre 30 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3517 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

ARCE.
F. G. Ramos.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El estrangulamiento en las hernias retro-inguinales.

Diógenes Decoud.

II

Hernias y accidentes del trabajo.

Carlos Robertson Lavalle.

III

Hernias por deslizamiento.

Tomás B. Kenny