

LA HERNIA INGUINAL DIRECTA (*)

Dr. Abel Chifflet

La hernia inguinal directa es una afección frecuente. Provoca una invalidez apreciable. Puede originar complicaciones. El tratamiento operatorio no está standardizado, habiendo un número elevado de procedimientos y variantes. Ninguno de estos tratamientos es de segura acción curativa.

En un análisis de numerosas estadísticas Mair (1) llega a la cifra de 25 % de recidivas. El público tiene noción exacta de estos fracasos y en un alto porcentaje no desea la operación. En resumen; el capítulo de hernia inguinal debe interesar seriamente a los cirujanos.

Lo que se ha escrito sobre hernia en los 70 años que se hace su cirugía es realmente asombroso. En su mayor parte estos escritos son de técnicas o variaciones de técnica. Para sacar de ellos lo que puede servir de base para seguir progresando en el tema se nos ofrecen dos vías: la confrontación estadística de los resultados con cada técnica, o el estudio científico analítico.

Las estadísticas constituyen en el momento actual la forma de estudio más corriente para juzgar una terapéutica. Se trata de un procedimiento de estudio que da enormes beneficios en muchos aspectos del ejercicio médico, pero que a nuestro entender ha sacado de su verdadero cauce de investigación científica a muchos puntos de terapéutica quirúrgica. En lo que respecta a

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de abril de 1950.

la hernia inguinal, Edwards (2) ha hecho un estudio crítico de las estadísticas publicadas, llegando a la conclusión de que es necesario desechar todo lo realizado hasta hoy en estadísticas de operaciones por hernia. Hay en efecto tal cantidad de contradicciones y variaciones tan extraordinarias en los números finales, que éstos no pueden servir de base para ninguna afirmación. Doran y Lonsdale (3) en un estudio sobre el aspecto científico de estas estadísticas llegan a la conclusión de que existe tal porcentaje de elementos variables en el problema de operación por hernia, que no será posible tomarlos en debida consideración para obtener en los números una expresión aproximada de la realidad.

Por supuesto que al descartar el estudio crítico de las estadísticas científicamente realizadas no desdeñamos la consideración de los resultados operatorios, en la medida que puede aleccionar nuestro criterio sobre la operación.

La investigación directa es hoy el mejor derrotero para mantenerse en la línea principal del progreso. Esta investigación comprende en el problema de la hernia, el estudio del proceso, y el estudio de los recursos de orden plástico que se pueden aplicar.

I. — LA ANATOMIA DE LA REGION INGUINAL

La región inguinal ha sido motivo de numerosos e interesantes estudios. La lectura de estos trabajos permite concluir que hay en ellos dos motivos serios de error:

1° Muchos autores siguen repitiendo, sin la debida confrontación anatómica, afirmaciones que pasan de libro a libro y que fueron erróneas en su origen, deformadas al pasar de un autor a otro, o alteradas por defectos en la traducción de idioma.

2° La región inguinal ofrece numerosas variaciones individuales, por lo cual puede inducir a un anatomista serio a considerar como normal lo que sólo es lo más frecuente y sobre todo es motivo para que más de un visitante de Anfiteatro, encuentre en su primer disección, una disposición que no figura en los textos clásicos y con ello un aliciente para edificar en su escritorio una nueva descripción de la región.

Nuestra exposición se basa en un número que ignoramos de

disecciones operatorias y cadavéricas. Corresponden a 20 años de cirujano y a 25 de actuación en el Instituto de Ciencias Morfológicas. Estas observaciones han sido hechas con el criterio de que las disposiciones anatómicas responden a exigencias funcionales. La anatomía, aún estudiada en el cadáver, adquiere así vigor de vida, y recibe continuamente de la clínica y de las intervenciones quirúrgicas, iniciativas y confirmaciones.

Entre los principios generales que rigen esta anatomía funcional hay uno que encuentra aplicación en la región inguinal. Según este principio, las variaciones morfológicas de una zona, traducen la falta de autonomía funcional. Se trata de regiones donde confluyen diversos territorios funcionales. El desarrollo variable de cada territorio, le imprime a la zona de confluencia, en grado mu variable, los caracteres propios de cada función.

Estas variaciones en zonas de confluencia funcional se encuentran en todo el organismo. Recordemos como ejemplos sencillos, lo que sucede en la columna vertebral, en las zonas donde contactan territorios de gran movilidad con territorios poco móviles: 7ª cervical con 1ª dorsal; 10ª y 11ª dorsal; y sobre todo 5ª lumbar y 1ª sacra. Es un absurdo y es un grueso error decir que las variaciones de la 5ª lumbar son el resultado de la evolución hacia la posición bípeda. La 5ª lumbar tiene variaciones y las seguirá teniendo, sin uniformar su morfología, porque en cada individuo es el asiento de solicitudes funcionales en grado variable, al movimiento y a la fijeza.

Con el concepto de que la región inguinal es la zona de confluencia de varios sistemas funcionales, hagamos la descripción de estos sistemas. Luego será sencillo comprender la región inguinal en sus infinitas variaciones morfológicas y sobre todo saber cómo es la región en el ser vivo. Sólo así podremos comprender sus alteraciones y los recursos para corregirlas.

La pared ánterolateral del abdomen, está constituída por varias láminas musculares y aponeuróticas que cierran la cavidad abdominal. El contenido de esta cavidad está a una presión superior a la atmosférica. Esta presión abdominal está mantenida por la resistencia de las aponeurosis, y uniformada por los músculos, que, sometidos a reflejos, actúan por su tonus y sus contracciones.

Pero los músculos y aponeurosis de la pared abdominal, no cumplen solamente esta función de continente más o menos dócil, sino que intervienen en otras funciones. Es del cumplimiento de estas otras funciones que resulta la particular diferenciación de los distintos integrantes de la pared.

El tronco está constituido por dos cajas unidas por el sector lumbar de la columna vertebral. La caja superior es el tórax; la caja inferior la pelvis. La movilidad del tronco se efectúa en la columna lumbar, moviendo una caja con relación a la otra. La fuerza activa para estos movimientos proviene de numerosos músculos que van del tórax a la pelvis y que para nuestra descripción englobaremos bajo el título de sistema de la dinámica del tronco.

La caja torácica tiene una función predominantemente respiratoria. Los músculos de la pared abdominal, en su sector supraumbilical intervienen en forma muy importante en esta función. Hemos publicado un estudio anatómico de esta región en vistas a su función respiratoria (4). Prescindiremos de este sector que no nos interesa para nuestra comunicación.

La caja pelviana tiene su orificio de comunicación con el resto de la cavidad tóraco-abdominal (estrecho superior) en un plano predominantemente frontal. El plano que pasa por el promontorio y el borde superior del pubis forma con la vertical un ángulo de sólo 30°. El contenido del vientre que a los efectos de la presión intra abdominal se comportaría como masa líquida (5) ejerce su máximo de presión en la posición de pie, sobre la parte subumbilical de la pared del abdomen. Los músculos y aponeurosis de esta región dispuestos bajo forma de cincha, soportan a perfección tal presión y por sus contracciones obran directamente sobre el contenido abdominal pelviano. La característica topográfica de tal cincha, que constituye la tapa de la cavidad pelviana, la hace particularmente efectiva en las funciones de la evacuación. En esta función actúa en armonía con sus antagonistas, que forman el perineo, cumpliendo las exigencias fundamentales de las vísceras pelvianas. Estudiaremos este sistema muscular, con el nombre de sistema de la cincha.

Sistema de la dinámica del tronco

El movimiento principal de la columna lumbar es la extensión y se realiza por la fuerte masa muscular lumbar. La flexión es mucho más limitada y tiene como músculo más importante al Recto Anterior del Abdomen. Los movimientos de lateralidad y torsión de la columna pueden resultar de la acción unilateral de estos músculos situados a ambos lados de la línea media, pero son especialmente producidos por los haces musculares que se extienden entre los bordes laterales de las cajas torácica y pelviana. Estos haces musculares corresponden al músculo Cuadrado Lumbar y a la parte posterior del Oblicuo Mayor y del Oblicuo Menor en el sector en que sus fibras se insertan arriba en las costillas y abajo en el coxal.

El Cuadrado Lumbar es un músculo bastante posterior; las fibras del Oblicuo Menor que van de caja a caja llegan adelante hasta las que desde la 10ª costilla van a la cresta ilíaca; las fibras del Oblicuo Mayor desbordan hacia adelante esta inserción inferior y llegan a la espina I. A. S. y borde anterior del coxal hasta la espina del pubis.

La línea de unión de las fibras musculares del Oblicuo Mayor con las fibras aponeuróticas que le hacen continuación, es horizontal. Desde el borde superior del coxal dicha línea va a terminar por arriba y adelante de la espina ilíaca ántero superior. En ese punto la línea de unión músculo aponeurótica forma un ángulo recto, el ángulo carnososo, haciéndose vertical. Esta porción vertical responde a otro sector funcional del Oblicuo Mayor. El ángulo carnososo da origen a las fibras aponeuróticas que han de constituir el pilar externo y el pilar interno del orificio inguinal superficial.

La inserción pelviana del Oblicuo Mayor se realiza a lo largo de la cresta ilíaca y en la espina ilíaca ántero superior. Luego por intermedio de las hojas resistentes que constituyen la llamada "vaina del Psoas" toma inserción en el borde anterior del coxal, en particular en la eminencia íleopectínea. Mas adentro, pa ando los vasos, el Oblicuo Mayor toma sólida inserción sobre la espina del pubis y conectándose con la llamada aponeurosis del Pectíneo va hasta el ligamento de Cooper.

El borde interno de esta porción del Oblicuo Mayor, extendido desde el ángulo de la unión músculo aponeurótica hasta la espina del pubis, forma, con el borde externo del músculo recto anterior, un ángulo abierto hacia arriba y afuera. En los esfuerzos de movimiento del tronco, los bordes del ángulo se ponen tensos, dejando así hacer saliente al área que abrazan. Esta saliencia, conocida por los anatomistas clásicos con el nombre de saliencia suprainguinal es particularmente importante en ciertas personas.

Sistema de la cincha

Los tres músculos anchos del abdomen llegan por sus aponeurosis a la línea media, en la porción de pared abdominal que hace de tapa a la pelvis. En esa región pasan todos por delante del Recto Anterior.

Las fibras musculares del Oblicuo Mayor se hacen aponeuróticas a lo largo de una línea vertical que se inicia en el ángulo carnoso. Desde esa línea, las fibras aponeuróticas, en forma de lámina, se dirigen hacia abajo y adentro, para formar con las del lado opuesto arcadas a concavidad posterior y superior. La concavidad hacia atrás es más acentuada cerca del ombligo, mientras que allí la concavidad superior tiende a desaparecer. Hacia abajo, la concavidad posterior disminuye hasta desaparecer al llegar al pubis, mientras que se hace importante la angulación hacia arriba.

El Oblicuo menor y el Transverso forman en la parte más externa, láminas musculares insertadas a la espina ilíaca A. S. y en la mitad externa de la arcada crural. Las fibras musculares de ambos músculos siguen allí un trayecto sensiblemente horizontal. En su borde inferior confunden sus fibras formando el músculo conjunto. Al aproximarse al borde externo del Recto Anterior el músculo Transverso se hace aponeurótico y luego se fusiona con el Oblicuo Menor a lo largo de la línea de continuidad músculo aponeurótica de este músculo. La línea de fusión de ambos músculos se extiende verticalmente por fuera del borde externo del músculo Recto Anterior. Desde allí hacia adentro las fibras aponeuróticas de ambos músculos forman una sola hoja,

imposible de disociar. En esta hoja situada por delante del Recto Anterior las fibras aponeuróticas tienen una dirección oblicua hacia adentro y abajo (fig. 3), formando así con las del lado opuesto una curva a concavidad superior.

El conjunto Oblicuo Menor y Transverso de ambos lados, podría pues describirse como una cincha aponeurótica prerrectal que se extiende a modo de hamaca desde el borde externo de un Recto al borde externo del otro. Sobre los bordes laterales de dicha cincha vienen a actuar las fibras musculares horizontales provenientes de los lados.

El borde inferior de este sistema se comporta en forma diferente en la porción carnosa y en la porción aponeurótica. En la porción carnosa, el borde inferior se mantiene, como es lógico, independiente de la arcada crural. En la porción aponeurótica, ese borde inferior se une a la cara anterior del pubis, por debajo de la inserción del Recto Anterior.

De acuerdo con esta descripción, el Oblicuo menor y el Transverso no tomarían inserción directa sobre el pubis, sino que estarían conectados a él por una lámina. Esta lámina constituye lo que se designa habitualmente con el nombre de "tendón conjunto". Si retiramos de su cara anterior las fibras oblicuas del pilar posterior, veremos que tal lámina es de consistencia muy variable, pero en general muy delgada, a tal punto que alguien la ha llamado el Proteo de la Anatomía y llega decirse que el tendón conjunto es un Mito.

De acuerdo con esta descripción, la contracción del Oblicuo Menor y Transverso teniendo su extremo externo fijo sobre el coxal y la arcada crural, actúa sobre la cincha prerrectal llevando hacia afuera su borde lateral. La contracción bilateral pone tensa a la cincha, corrigiendo su concavidad. De esto resulta una acción sobre el contenido abdominal al cual levanta.

Pero la acción fundamental se ejerce sobre el contenido pelviano, a favor del relajamiento concomitante de los antagonistas que constituyen el perineo. Se produce así la evacuación de las vísceras de la pelvis.

Dejemos estas consideraciones de orden funcional y vayamos al estudio de lo que sucede en el borde inferior del conjunto músculo aponeurótico al producirse la contracción del sistema.

La contracción del borde inferior de los músculos desplaza hacia afuera su porción aponeurótica. Este desplazamiento se hará en forma francamente transversal, de acuerdo con la dirección horizontal del borde inferior del músculo. Patey ha mostrado la realidad de este desplazamiento directo hacia afuera, haciendo la excitación eléctrica del músculo mientras se tenía el canal inguinal abierto.

Hay interés en insistir en este hecho, porque demuestra que la opinión de que durante la contracción, el borde de los músculos descende y llega a aplicarse sobre la arcada es errónea. El error surgió [Keith] ⁽⁹⁾ y se mantuvo, por la concordancia de un error anatómico y de un error de razonamiento fisiológico.

Anatómicamente se hacía insertar al tendón conjunto en el pubis y la cresta pectínea. Fisiológicamente se pretendió adjudicar a los músculos de la pared abdominal una función de cierre de la cavidad, cuando en realidad su desarrollo resulta de otras solicitudes funcionales.

Vimos que el sistema muscular de la dinámica del tronco dejaba un ángulo abierto arriba y afuera entre el borde externo del Recto Anterior y el pilar externo del trayecto inguinal. Ese ángulo está tapado en gran parte por el sistema de la cincha, constituido en dicha área por fibras musculares del Oblicuo Menor y Transverso. Hacia afuera y hacia adentro ambos sistemas están superpuestos. Hacia abajo, el sistema de la cincha no llega a cerrar totalmente el área del ángulo.

La acción de cincha no podría en verdad realizarse si tuviera una rígida solidaridad con la pelvis ósea. En la zona de confluencia inferior de la cincha hay como una charnela que le permite diferentes posiciones de acuerdo con las necesidades.

Efectos de la presión abdominal

El peritoneo constituye una envoltura continua que en parte resiste a la presión interior. Esta hoja está doblada de tejido conjuntivo que se designa habitualmente subperitoneo. Las características de este subperitoneo son muy variables. En las

regiones donde láminas musculares o aponeuróticas fuertes resisten el empuje abdominal, este tejido es laxo, blando, llegando mismo a constituir verdaderos espacios de deslizamiento si hay solicitudes al desplazamiento de vísceras. En las regiones donde la pared abdominal es pobre, la acción de la presión abdominal fortalece este tejido conjuntivo, dándole el carácter de verdadera lámina fibrosa.

En el área comprendida entre el sistema de la dinámica del tronco y el sistema de la cincha, el tejido así fortificado constituye la facia transversalis. La variable extensión del área en cuestión, repercute lógicamente sobre la resistencia de esta lámina y explica las variaciones individuales que han conducido a tan variadas y hasta extravagantes descripciones. En los sujetos en que el borde inferior del Músculo Conjunto llega hasta la arcada, no existe solicitud funcional para el desarrollo de la facia transversalis y entonces la disección la mueve como una tela celulosa de difícil independización. Cuando el Oblicuo Menor y el Transverso tienen su borde inferior lejos de la arcada, la facia transversalis es fuerte y la disección permite reconocerla fácilmente, mostrando sus espesamientos y sus conexiones de vecindad.

Resultando de la acción de la presión abdominal en una zona desprovista de sistemas musculares que la resisten, la facia transversalis se fija sólidamente en los contornos de dicha área. Abajo se fija el ligamento de Gimbernat; hacia adentro se une directamente al borde externo del músculo Recto Anterior; arriba se fija fuertemente al músculo Transverso. La facia transversalis se adhiere firmemente por su cara anterior a la lámina fibrosa que desde el tendón conjunto baja hacia la cresta pectínea.

Solicitada por la presión abdominal, la facia transversalis no sólo resiste a dicha presión por la estructura del tejido que la forma, sino por adaptación a las condiciones que le crea el marco músculo aponeurótico sobre el cual está fijada. En las contracciones de los músculos de la dinámica del tronco, la facia transversalis se pone tensa, en particular por la tracción que sobre ella ejerce el músculo Recto Anterior. En las contracciones

de los músculos conjuntos, la fascia transversalis también se pone tensa al ser traccionada hacia afuera. Las experiencias de Patey (8) lo han mostrado en forma concluyente. Se produce en este caso un fenómeno exactamente inverso al supuesto por Keith. La zona subyacente al borde inferior del músculo conjunto se fortifica, pero no por descenso de dicho músculo sino por tensión de la fascia transversalis.

La presión abdominal puede aumentar en forma brusca, sin ir acompañada de contracción de los músculos de la región inguinal. Así sucede por ejemplo en las contracciones del sistema respiratorio de la pared abdominal, que se producen en los esfuerzos de la tos o del estornudo. En estas condiciones, no sólo no hay contracción muscular baja, sino un relajamiento, provocado por los reflejos que rigen el juego armónico de agonistas y antagonistas. Toda la pared músculo aponeurótica es proyectada en masa hacia adelante, distendiéndose. Esta distensión provoca una tensión concomitante de la fascia transversalis, que si tiene un normal desarrollo, no sufre perjuicio por el aumento brusco de la presión.

Dos mecanismos obran pues sobre la fascia transversalis: la presión interior y las tracciones que ejercen los sistemas musculares que la enmarcan. De estas tracciones variables con cada individuo, surgen variaciones en su constitución. Son particularmente importantes las que resultan de la ordenación de fibras en los llamados ligamentos de Henle, de Hesselbach, de Thompson. El ligamento de Henle, por ejemplo, constituido por fibras incluidas en la fascia transversalis, es a veces una formación dependiente francamente del Recto Anterior. Parecería que el borde de este músculo se va haciendo fibroso y abriéndose hacia afuera para incorporar a su esfera la fascia transversalis. Otras veces, el borde del Recto es neto y las fibras del ligamento de Henle provienen del tendón conjunto. Estas fibras, situadas en la porción en que la fascia transversalis está solidarizada con la lámina pubiana del tendón conjunto, incorporan de hecho la fascia transversalis al sistema de la cincha. La disección de estos casos es lo que ha hecho decir erróneamente que el tendón conjunto se inserta en el hueso hasta por fuera del Recto.

La región inguinal

La región inguinal ha sido descripta desde el punto de vista morfológico como la región donde pasa el cordón inguinal y las zonas vecinas. Tales descripciones han debido trazar límites a esta región, que no los tiene. Las numerosas variaciones individuales han sido consideradas sólo en base a su frecuencia. Cuando se ha tratado de darle individualidad funcional sólo se ha podido pensar en la necesidad de concebir un mecanismo de cierre de la pared alrededor del cordón y se ha descrito un sistema esfinteriano o de cortina que cerraría la parte débil en el momento del esfuerzo.

De lo que hemos expuesto, resulta que para nosotros la región inguinal no tiene individualidad morfológica ni funcional sino que resulta de la confluencia de varios sistemas anatómicos y fisiológicamente autónomos. No se puede por lo tanto pensar en asignarle límites, ya que se extiende hasta donde llega cada uno de los sistemas que integran la región. Las variaciones individuales son fáciles de interpretar, porque todas ellas resultan del efecto variable de cada uno de los factores que intervienen en el juego de dichos sistemas. En fin, cuando se piensa con criterio fisiológico, se comprende que los integrantes de esta región no actúan en vistas a una finalidad de orden local sino en cumplimiento de funciones que con frecuencia se realizan a distancia (movimientos de la columna lumbar, evacuación vesical y rectal).

Sólo este concepto de la región permite comprender el mecanismo del descenso del testículo en el curso del desarrollo. Sabemos, en efecto, por la embriología, que el testículo no empuja ni abre camino por sí mismo a través de la pared abdominal, sino que va a ocupar un espacio libre preexistente, ocupado antes de la salida del testículo, por un saco peritoneal dependiente de la gran serosa. Esta solución de continuidad preexistente de la pared abdominal, resulta de la confluencia de estructuras embriológicamente distintas, que han de originar estructuras aplicadas a funciones también distintas. Es decir que la región por donde pasa el cordón inguinal, no tiene su anatomía condicionada por el pasaje de dicho cordón, sino que sus estructuras, dependiendo

de otras funciones, están así dispuestas aunque no descienda ningún órgano. Así lo demuestra la disposición del trayecto inguinal en la mujer y en el hombre con testículo abdominal.

La hernia inguinal directa

Una hernia es la salida al exterior del contenido abdominal. Resulta de una falla de la contención en la pared del abdomen. La hernia directa se produce en la parte de la región en que la contención se obtiene por la facia transversalis. Es por lo tanto en esta hoja donde debemos buscar la razón de su producción y los elementos que la caracterizan.

La forma anatómica más simple de hernia inguinal directa es la que resulta del pasaje del contenido abdominal a través de un orificio o anillo situado en una facia transversalis resistente. Es una entidad poco frecuente, pero bien descrita en trabajos sobre hernia inguinal.

En la mayoría de los casos de hernia directa la facia transversalis es llevada por delante de la hernia. En estos enfermos la consistencia de la hoja es variable, pero con el fin de simplificar su análisis tomemos los casos extremos. A veces la facia transversalis es muy débil, apenas individualizable; otras veces es una hoja fuerte y gruesa.

La facia transversalis débil corresponde a un déficit de orden tisural por senilidad, obesidad, caquexia, etc. En estos casos la hernia ha iniciado su salida por falla de esta hoja y luego ha progresado por falta de reacción.

La facia transversalis resistente demuestra la normalidad del tejido y su tendencia a fortalecerse con el empuje abdominal. Para concebir la iniciación de la hernia y su progresión hay que buscar el motivo fuera de la propia lámina. Anotemos la posibilidad de que la gran amplitud del marco músculo aponeurótico pueda ser factor adyuvante en la producción de la hernia, pero recordemos que por sí sola, esa disposición, conduce a una fortificación natural de la facia, sin claudicación.

Las claudicaciones de la facia transversalis, cuando esta hoja es gruesa, son originadas fundamentalmente en el marco muscular aponeurótico que la tiende. Las fallas del marco resultan

de un déficit funcional en uno de los sistemas que lo constituyen o de la pérdida de la correlación armónica entre ambos.

La clínica confirma diariamente este concepto, mostrando sobre todo la importancia de la falla del sistema de la cincha en la producción de la hernia directa.

Hemos tenido oportunidad de examinar y operar varios hombres atléticos, en especial acróbatas y trapezistas, con hernia directa antes de los 30 años. El estudio clínico y operatorio muestra en estos casos el gran desarrollo de los músculos de la dinámica del tronco (Recto Anterior y Oblicuo Mayor) y la debilidad del músculo conjunto, que se deja distender en el esfuerzo del ejercicio violento, haciéndole perder a la fascia transversalis la tensión indispensable para resistir el empuje abdominal.

En el curso de la incisión de Mac Burney puede lesionarse el nervio abdomino genital. A consecuencia de tal lesión el enfermo pierde el juego contráctil normal del músculo conjunto, originándose después de cierto tiempo una hernia inguinal directa. Hemos visto enfermos que aun no tienen la hernia pero que al esfuerzo de defecación no se contrae la cincha en el área de la saliencia supra-inguinal, sino que se deja llevar hacia adelante.

La comparación con el lado izquierdo hace más evidente aún dicha debilidad.

Las eventraciones en la región ilíaca trastornan la funcionalidad regional, siendo frecuente la aparición de una hernia inguinal directa.

Es muy conocida la estrecha vinculación entre la patología funcional vesical y rectal y la hernia inguinal directa. Una de las asociaciones más frecuentes es la disuria por adenoma prostático. El esfuerzo para orinar hace distender ambas regiones inguinales que son anatómicamente tapa de la pelvis y que están integradas por los músculos de la evacuación. La claudicación de la pared, dificulta la evacuación de la vejiga.

El problema del tratamiento de estas dos afecciones evidencia su íntima correlación. La operación de la hernia antes del adenoma conduce a la retención de orina post operatoria con sus consecuencias. Ulteriormente el esfuerzo para orinar provoca la recidiva de la hernia. La operación del adenoma antes de la hernia trastorna la recuperación de la función de evacuación por falta de eficacia en los músculos de la cincha. Algunos autores aconsejan la operación simultánea y otros operan en primer término el adenoma pero no van a la recuperación funcional de la vejiga hasta después de curar las hernias.

Los esfuerzos de tos son de espiración forzada. Contribuyen fuertemente los músculos abdominales altos. Originan un aumento brusco de la presión abdominal. El estado de relajamiento del sistema muscular de la cincha, deja allí la zona débil para que en dicho esfuerzo haga saliente la hernia.

En resumen: la hernia inguinal directa resulta de una claudicación de la fascia transversalis. A veces la claudicación se debe a una solución de continuidad.

Con más frecuencia resulta la debilidad de dicha lámina. El motivo más frecuente es la falta de eficacia de los tensores naturales constituidos por los músculos que enmarcan el área herniaria.

Dr. Stajano. — No me atrevo a hacer ningún comentario analítico del trabajo del Dr. Chifflet; es un trabajo que nos deja pensando. Es un trabajo que podrá ser discutido después de meditar, meditación sobre un tema tan trillado como el de la hernia.

El concepto anatomo-fisiológico del Dr. Chifflet destacando la autonomía funcional a determinados sectores de músculos del abdomen es sumamente interesante y en especial a la participación importante que él da a la fascia transversalis en el tratamiento. Ahí será donde se puede puntualizar la importancia de ese concepto y de ese análisis que ha hecho tan minucioso de los distintos músculos que constituyen el complejo músculo aponeurótico de esa región.

En cuanto a lo que dijo al principio, antes del comentario anatómico, del valor relativo de la estadística, me parece que es una cosa muy real. El dar fundamento a tal o cual procedimiento o sacar conclusiones por

los números estadísticos, es una forma mecánica de sacar conclusiones y sobre todo en un asunto, como en las hernias, que requiere para solucionar su eficacia en la elección de los métodos no el número global y abrumador de centenares o miles de casos que se puedan acumular en cirugía de hernia inguinal, sino en la meditación anatómica y el concepto anatomo-fisiológico que puede inducir a elegir tal determinada técnica. Veo con mucha simpatía el que haga esa afirmación y esa forma de encarar el trabajo para llegar a un tratamiento eficaz de la hernia. El tratamiento de la hernia inguinal directa se hace con conceptos rígidos que son casi estáticos y con modificaciones muy pequeñas en un sentido u otro que no modifican lo clásicamente admitido en su tratamiento y la hernia inguinal D. se trata con una orientación casi fija y de ahí el fracaso de la rutina de un tratamiento.

El Dr. Chifflet mostró la maleabilidad enorme de la anatomía de la región inguinal y operando hernias uno ve las diferencias de un caso y otro, de manera que lo he oído con mucho gusto y voy a prestar atención y sobre todo voy a meditar, que es lo que debe desearse de un trabajo. Ese sedimento de meditación para obtener el resultado que uno desea, es el mejor elogio al trabajo de Chifflet.

Cuando el Dr. Chifflet presente el trabajo sobre técnica; aprendiremos la aplicación práctica de todos estos hechos. Es lo que quería decir porque no podía quedar sin comentario una comunicación tan importante y de tanto fondo.