

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL DIRECTA (*)

Dr. Abel Chifflet

I

La pared abdominal en la zona de la hernia inguinal directa ofrece al cirujano dos planos para fortalecer: el plano del oblicuo mayor y el plano de la fascia transversalis.

1º) Plano anterior.

Los pilares del orificio superficial del trayecto son estructuras situadas en un plano anterior, que sólo actúan como contención ante la claudicación del plano posterior. Por ese motivo, los enfermos con orificio inguinal pequeño mantienen frenado el crecimiento de una hernia. La buena sutura de este plano en la cura operatoria es un elemento de utilidad indudable pero de categoría secundaria a la fortificación posterior.

2º) Plano posterior.

El plano posterior formado por la fascia transversalis fijada en el marco fibro-muscular del ligamento de Gimbernath, Recto Anterior y Músculo Conjunto, ha sido intervenido con el fin de fortalecerlo, por varios métodos:

- A) Unión de los bordes del marco
- B) Agregado de tejidos nuevos en el área herniaria
- C) Trasplante del Recto Anterior
- D) Sutura de la fascia transversalis.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 3 de mayo de 1950.

A) Unión de los bordes del marco fibromuscular.

Los bordes del marco pueden ser unidos en dos formas: suturando el Músculo Conjunto a la arcada o suturando el borde externo del Recto Anterior a la arcada. Hagamos el análisis de ambos métodos.

Sutura del Músculo Conjunto a la arcada crural

Este método ha sido seguido por la mayoría de los cirujanos desde Bassini ⁽¹⁾. A pesar de hacer un cierre morfológico satisfactorio en la operación, da un número importante de fracasos. Gallie et Le Mesurier ⁽²⁾ han hecho un juicio muy severo sobre él. Doran and Lonsdale ⁽³⁾ por investigaciones radiográficas postoperatorias han mostrado que el músculo conjunto está separado de la arcada a los tres meses de la operación no sólo en los enfermos en que la hernia recidivó, sino en un alto porcentaje de los clínicamente curados.

La sutura del músculo conjunto a la arcada, cierra como un broche, el área donde normalmente la fascia transversalis responde a la presión abdominal. Este broche está en un plano anterior a la fascia transversalis formando así para la presión abdominal, el fondo de un infundíbulo, cuyo margen lo forman las estructuras vecinas normales. El contenido abdominal obrando como masa líquida ⁽⁴⁾ pujará sobre dicho conjunto infundibular a modo de cuña que tiende a separar las dos vertientes que lo integran.

Esta presión mayor actúa sobre una sutura de dos tejidos fasciculados unidos a lo largo de sus líneas de fasciculación. Por este motivo, la consecuencia ha de ser la disociación de uno de ellos y el arrastre de las suturas por el otro. Con mucha frecuencia se arrancan las fibras de la arcada crural. Si las fibras afectadas constituyen la masa mayor de la arcada y si se produce luego una hernia, la salida de ésta se hará con los caracteres de una hernia crural. El arrancamiento de las fibras del conjunto o de fibras de la arcada que no afectan su estructura, permite al músculo no comprendido en la ligadura su ascenso y deja así desguarnecida el área herniaria.

Además de la presión abdominal actúan sobre la sutura en

cuestión las fuerzas resultantes de las contracciones musculares de la región. Las partes que intervienen en la sutura corresponden a distintos sistemas funcionales, cuyas contracciones tienden a separarlas. Es una situación exactamente inversa a la que se presenta cuando se ponen en contacto fibras musculares paralelas de un músculo disociado (incisiones por disociación). En estas incisiones la contracción muscular junta las fibras: en la región inguinal la contracción muscular separa al Músculo Conjunto de la arcada. Si a favor de un material de sutura adecuado y de cuidados postoperatorios apropiados mantenemos los tejidos en contacto hasta que se constituya el tejido de cicatrización, la cicatriz resultante debe soportar después las fuerzas que actuaron sobre la sutura. Veamos las particularidades de esta cicatriz.

Los tejidos suturados ofrecen condiciones anatómicas plásticas muy pobres: abajo la arcada crural, fibrosa, brillante, pobremente irrigada; arriba el borde inferior del Músculo Conjunto, envuelto en una vaina celulosa que se continúa hacia abajo por una lámina conjuntiva muscular pobre. El tejido de cicatriz allí constituido ha de ser escaso sobre todo si se tiene en cuenta además la mortificación funcional del músculo suturado. De varias maneras se ha tratado de obtener una mejor cicatriz. Se ha aconsejado por ejemplo hacer la denudación del Músculo Conjunto para obtener un contacto más vivo. En los últimos años ha tomado gran impulso el uso de suturas vivas (aponeuróticas o dérmicas) que actuarían entre otros mecanismos por una acción conductora de la producción conjuntiva. La cicatriz tendría así una forma en espiral que haría definitiva la disposición en que se colocó la sutura aponeurótica o dérmica. Este razonamiento es totalmente erróneo y contrario a conceptos básicos de la cirugía plástica en lo que se refiere al tejido de cicatriz.

Las condiciones morfológicas ambientales son las que provocan un mayor o menor volumen de tejido conjuntivo en un territorio de agresión, pero las características estructurales de ese tejido de cicatriz están dadas por las solicitudes funcionales que allí actúan. Así lo enseña la embriología, mostrando la disposición del colágeno según las líneas de tracción de la región. Pero la clínica lo demuestra todos los días. El tejido conjuntivo joven de un foco de fractura es más o menos abundante según las cir-

cunstancias regionales, pero será laxo y hasta llegará a constituir cavidades, si los extremos óseos rozan en forma amplia (postoperatorio de una intervención artroplásica). Será fibroso si actúan mecanismos de tracción. Llegará a ser hueso con el excitante funcional de las presiones mantenidas.

El tejido conjuntivo cicatrizal que une los dos cabos de una sutura tendinosa será homogéneo y blando, si en el postoperatorio se mantiene largamente bloqueada toda tracción sobre el foco, en una rigurosa inmovilidad regional. La iniciación brusca de la actividad, puede romper ese tejido o elongarlo hasta hacer inoperante la contracción muscular. Es importante por eso mantener una bien dosada acción de tracción sobre la sutura tendinosa, para desarrollar allí la suficiente cantidad de colágeno y ordenarlo en la dirección de la solicitud funcional.

Aprendimos con Lelio Zeno (7) a jerarquizar el tejido de cicatriz y todos los días vemos en los enfermos su magnífica aptitud de diferenciación a requerimiento de variables estímulos funcionales.

El tejido de cicatriz formado en la sutura del Músculo Conjunto con la arcada será más o menos abundante, según las condiciones locales dejadas por el cirujano y se dispondrá en la forma impuesta por la topografía de la agresión quirúrgica, pero la diferenciación en vistas al fortalecimiento dependerá pura y exclusivamente de las fuerzas que actúan sobre ella. Hemos visto que dos fuerzas intervienen aquí: la presión abdominal que actúa sobre cada integrante de la sutura, separándolos y la acción muscular que actúa en forma coincidente, por elevación del Músculo Conjunto. Ninguna de estas fuerzas origina líneas de acción que fijen al Músculo Conjunto con la arcada, de modo que no se puede pensar de que algún día exista un tejido resistente de unión de ambas estructuras, que pueda soportar la presión abdominal.

El Músculo Conjunto termina por una lámina aponeurótica de inserción por delante del recto anterior. Anclando a la arcada la porción muscular y aponeurótica situada por fuera del borde externo del Recto, se deja inactivo al sector aponeurótico prerrectal con la consecutiva disminución de fortaleza. Cuando la línea de sutura claudique, el borde del Conjunto va a ser más ineficaz que antes de la operación. En resumen: la sutura del Conjunto

a la arcada va con frecuencia seguida de separación. Esta separación probada por los hechos, se produce en el período de cicatrización o ya constituida la cicatriz. Tanto un fracaso como el otro traducen la existencia en esta sutura de falta de respeto por la fisiología de la región, violando así elementales principios de cirugía plástica. Es lógico que el cumplimiento de las funciones propias a cada sistema conduzca tarde o temprano a su independencia morfológica.

La sutura del conjunto al Cooper, actualizado recientemente [Mac Vay] ⁽⁸⁾ está en un plano más correcto que la sutura a la arcada, pero es pasible de las mismas observaciones que ésta. La operación se desarrolla además en una zona más riesgosa, deja un ángulo abierto afuera que expone a nueva hernia, utiliza el ligamento de Cooper que es de inferiores condiciones plásticas que la arcada por su fijeza, su estructura más fibrosa, la mayor posibilidad de desgarrar. Consideramos que esta sutura no ha cambiado con beneficio al problema de la operación por hernia inguinal directa.

Sutura del borde del Recto a la arcada

Este método preconizado por Bloodgood ⁽⁹⁾ y luego sostenido por Schler ⁽¹⁰⁾ ha tenido menos fortuna que el Bassini. Es posible que sea debido a dificultades técnicas, pero sobre todo a que ha resultado de una más evidente violación a los principios de la cirugía plástica e indudablemente debe de haber conducido a mayor número de fracasos. No vamos a hacer su crítica en detalles.

B) Agregado de tejidos nuevos en el área herniaria.

Son innumerables los materiales con los cuales se ha querido fortalecer la zona herniaria. Anotemos en primer lugar las láminas y esponjas de metal o material plástico que han resultado ineficaces. Luego los tejidos injertados de otro individuo o del mismo enfermo, que también han ido al fracaso. En fin, han sido utilizados trasplantes que mantienen su conexión vascular y nervioso normal. Así es como se ha preconizado el uso de un colgajo de la hoja anterior de la vaina del recto, y sobre todo la

utilización del músculo sartorio o Rectíneo. Leoni Iparraguirre ⁽¹¹⁾ ha hecho una interesante puesta al día de este tema.

Los resultados de estos trasplantes en cuanto a la vitalidad y funcionalidad del músculo son satisfactorios. Al hacer el esfuerzo para provocar el movimiento que corresponde a dicho músculo, la zona herniaria se pone resistente. Pero en la vida natural de ese enfermo la contracción se producirá ante requerimientos que no son los que corresponden a las exigencias de la pared abdominal y por lo tanto los esfuerzos abdominales encontrarán al músculo flácido y poco a poco lo harán ceder. No puede en efecto concebirse el desarrollo o mantenimiento de una función muscular por el excitante de una fuerza que hace presión lateral. La claudicación del músculo es seguida de la debilidad parietal que permite la recidiva de la hernia.

C) Trasplante del Recto Anterior.

Hacemos un capítulo aparte con esta operación practicada por Sauerbruch ⁽¹²⁾ y discípulos, porque tiene un significado diferente. Consiste en la desinserción del tendón inferior del Recto Anterior sobre el pubis y su sutura, más hacia afuera, sobre la arcada crural. Son atendibles las objeciones sobre la debilidad de la nueva inserción dada a este músculo tan potente y sobre el hecho que deja poca resistencia en la zona media, al desplazar hacia afuera al músculo.

Sin embargo Sauerbruch obtenía muy buenos resultados. Es que este trasplante disminuye fuertemente el área débil a expensas de un músculo que no modifica las condiciones de su funcionamiento normal, que actúa en la pared en forma eficaz y que no se le hace interferir con el juego normal de otro sistema muscular.

D) Sutura de la fascia transversalis.

Las técnicas que hacen una cuidadosa sutura de la fascia transversalis Ochsner ⁽¹³⁾ están de acuerdo con la función de contención que corresponde a esta lámina. Actúan sobre el tejido que por su claudicación ha originado la hernia.

Cuando tal claudicación es en forma de un orificio en el área

de una facia transversalis eficaz, el cierre de dicho orificio puede ser lo único que esté indicado. Pero en la mayoría de los herniados la facia transversalis está llevada hacia adelante y su reconstrucción exige un plegamiento o mejor aún una resección segmentaria con sutura de los labios así constituidos.

Estas suturas van seguidas a veces de recidiva herniaria. Se debe a que, corregido el defecto que da salida a la hernia, no se ha modificado la claudicación del sistema muscular tensor que originó la falla en la facia transversalis. En un postoperatorio más o menos tardío la presión abdominal volverá a hacer ceder a esta hoja sin sostén periférico.

II

Las técnicas utilizadas corrientemente resultan en su mayor parte de una combinación más o menos compleja de los diferentes métodos analizados. La curación de la hernia resulta en todas ellas, de acuerdo a nuestras investigaciones de anfiteatro, de la formación de una placa fibrosa uniforme que engloba todo el espesor de la pared y que resiste a la presión abdominal como si fuese la resistencia de la facia transversalis. En busca de la mayor resistencia de esta placa se justifica la aplicación de técnicas que fijan en una más ajustada disposición las estructuras de la vecindad. Pero este afán de amontonar va seguido de frecuentes fracasos, porque es violatorio de principios de cirugía plástica, basados en la fisiología de la región.

Sin desconocer la utilidad de la placa cicatrizal de curación, buscamos la forma de respetar en nuestras suturas la fisiología de la región, para evitar las rupturas inmediatas por tracciones inconvenientes y para evitar el tejido cicatrizal complaciente por falta de diferenciación en líneas de fuerza.

Actuamos sobre los dos planos de la pared. Sobre el plano anterior hacemos la sutura de ambos pilares por debajo del orificio de salida del cordón, que lo dejamos lo más afuera posible. Consideramos que al llegar a la espina del pubis es conveniente continuar los puntos hacia adentro, de modo a provocar un descenso regular y total del sector del oblicuo mayor que actúa como cincha.

El plano posterior lo tratamos con el criterio de que ha fallado el sistema de contención y que es sobre él que debemos actuar. Este sistema está constituido por la facia transversalis y el marco sobre el cual ésta se fija. Este marco tiene tres integrantes. Uno de ellos, la arcada crural correspondiente al sistema de la dinámica del tronco, no tiene acción importante sobre la facia transversalis. Creemos que el cirujano no debe llegar a la arcada, ni para tomarla de punto firme, pues tal sutura le es perjudicial desde el punto de vista histológico, estructural y fisiológico.

Otro integrante del marco del área herniaria es el Recto Anterior del Abdomen. Su acción es importante en muchos individuos como tensor de la facia transversalis, pero tiene poca responsabilidad en la claudicación que conduce a la hernia. En fin, el tercer borde del marco herniario es el Músculo Conjunto. Este integrante del sistema de la cincha tiene importancia en la tensión de la facia transversalis y es muy responsable de su claudicación en la hernia directa.

El cirujano debe pues actuar sobre la facia transversalis y sobre el borde inferior de la cincha. La acción sobre el Músculo Conjunto debe estar orientada por la necesidad de devolverle su función de tracción sobre la facia transversalis. Es decir que debe descenderse su parte muscular activa pero sin atacar la contractilidad de sus fibras musculares y sin frenarle sus posibilidades de desplazamiento hacia afuera y arriba, que constituyen los elementos indispensables para cumplir su función de tensor.

Para obtener el desplazamiento de un músculo sin alterar su histología ni su fisiología el cirujano plástico actúa sobre los extremos de inserción haciendo trasplantes, acortamientos o alargamientos. En el caso del Músculo Conjunto actuaremos sobre su inserción interna. Esta inserción está constituida por las fibras que en hamaca se unen a las del lado opuesto y cuyo borde inferior está fijado al pubis directamente en la parte media y por intermedio de una lámina más o menos fasciculada, más afuera.

El cirujano puede hacer descender el borde de esta hamaca haciendo una incisión a lo largo del borde superior del pubis y suturando los labios en forma que acorte la lámina aponeurótica

hasta que lo desee. Al hacer esta sutura el borde inferior de la parte carnosa descende, libre y móvil y se aplica sobre la cara superior de la arcada crural. Para que las suturas obtengan este beneficio integralmente es necesario que la parte acortada de la lámina sea mayor en el borde externo del Recto que hacia la línea media, hecho que se puede hacer más gráfico, diciendo que la incisión horizontal debe ser reemplazada por una excisión de un triángulo cuyo vértice está en la línea media y la base en el borde externo del Recto Anterior.

Si hacemos esta sutura sin haber tocado la facia transversalis, ésta quedará oculta por el músculo descendido y sobre todo exageradamente flácida porque a las dimensiones ya mayores por la saliencia de la hernia, se agrega ahora el descenso del borde superior del marco que la tiende. Es necesario que no quede así, sino en tal grado de tensión como para resistir, en armonía con el músculo conjunto; la presión abdominal. La resección necesaria de la facia transversalis debe ser hecha antes de descender el Músculo Conjunto. Para plegar la facia transversalis se puede resecar la parte sobrante, dejando sólo un labio sobre la arcada y otro sobre el músculo conjunto que luego se suturan uno a otro. Hacia afuera esta resección termina sobre el orificio profundo del trayecto inguinal, donde convergen las dos líneas de resección. Hacia adentro las dos líneas de resección se separan llegando así, en el borde externo del Recto, a responder a las líneas de resección de la lámina prerrectal. Se constituye así un triángulo de exéresis de facia transversalis, unido al triángulo prerrectal por su base y formando en conjunto un área en forma de rombo cuyo eje mayor se extiende desde la línea media hasta el orificio profundo del trayecto inguinal y cuyo eje menor responde al borde externo del músculo Recto Anterior. La sutura a lo largo del eje mayor, cerrando el rombo, debe hacerse de afuera hacia adentro, de modo que, al llegar al eje menor, el cuerpo carnoso del Músculo Conjunto se aplica sobre la arcada, tapando la sutura de la facia transversalis. Luego se continúa la sutura hasta la línea media.

La hernia inguinal directa es habitualmente bilateral. Cuando no es así, el defecto de pared existe del lado aparentemente sano, y la hernia hará su aparición en un plazo más o menos largo.

Este plazo se acorta mucho si se opera el lado enfermo. Estos hechos tienen su explicación anatómica: la cincha hipogástrica que tiende la fascia transversalis es una formación bilateral y su funcionamiento, como su claudicación, interesa a los dos lados. La operación debe ser pues bilateral. El rombo de resección de un lado debe unirse por el extremo interno con el rombo del lado opuesto. La incisión de piel y tejido subcutáneo es mejor que sea única, curva, con la convexidad respondiendo al borde superior del pubis y los extremos alzados hasta la altura de los orificios profundos del trayecto inguinal.

Esta refacción de la pared abdominal en el sistema de la cincha hipogástrica consiste en definitiva en lo siguiente: descenso de las fibras aponeuróticas que forman la hamaca prerectal. Como consecuencia directa, el borde inferior del Músculo Conjunto se aplica libre y sano sobre la arcada crural. o interesa esta topografía como masa de tejido que aumenta el espesor de la región. El beneficio resulta de dos factores fundamentales:

1º Al descender la cincha en su conjunto, resiste en forma correcta la presión abdominal.

2º El borde inferior del Músculo Conjunto actúa eficazmente sobre una fascia transversalis corregida, cumpliendo así su función normal de tensor de esta hoja de resistencia.

Dr. Del Campo. — Puedo decir que estoy enteramente de acuerdo con el Dr. Chifflet. Cuando fui profesor de Medicina Operatoria, me preocupé de este tema varios años, e interesándome como se había interesado el Dr. Chifflet por la fisiología del anillo inguinal, comprendí perfectamente bien la opinión de los que sostienen que el anillo podía funcionar como un esfínter, cosa que aparece en algunas disecciones de algunos sujetos muy musculosos, en donde verdaderamente se forma si no el esfínter que quiere Mac Gregor para unos casos enteramente muscular, por lo menos un esfínter músculo fibroso; con el agregado que perteneciendo esa zona muscular al pequeño oblicuo, su contracción es simultánea con la del cremaster, y por el único sitio por donde podría haber una escapada, es decir al nivel del cordón, éste es soportado por el ascenso consecutivo del cremaster. Es cierto que hablándose de mecanismo esfinteriano se hace una comparación que como todas las comparaciones es mala; sirve para comprender algo y nada más; no obliga. Estudiando la hipótesis de Kieth de que el pequeño oblicuo y transversal funciona como una cortina, uno encuentra a través de las mismas palabras de Kieth, el porqué de esa asimilación, que podríamos decir que

podría tener su apoyo solamente en clínica. Cuando uno, en clínica, examina el trayecto inguinal a través del orificio externo y hunde el dedo en la hendidura inguinal, si se hace levantar al sujeto, uno siente el borde inferior del pequeño oblicuo apretado. No se trata del descenso como de un párpado, como del párpado superior al encuentro del párpado inferior, que es la similitud que establece él; es exactamente lo mismo que lo que pasa en la incisión de Mac Burney cuando uno va a cerrar los planos: si uno coloca el dedo entre los dos labios del pequeño oblicuo, pasa, y si se hace levantar al sujeto, aprieta; no hay mecanismo de descenso sino contracción de los bordes.

Pasamos ahora a lo que respecta al sujeto normal. En el sujeto normal, el canal inguinal, a nuestro modo de ver, está perfectamente cerrado en base a las siguientes disposiciones.

1º Como en otras regiones de la economía, hay aquí un facia, que está respaldado por un músculo, para poder hacer desempeñar su cometido. El Dr. Chifflet, que ha sido disector, recordará que en las articulaciones siempre se ha señalado que los ligamentos están doblados por los llamados ligamentos activos o músculos, con el agregado de que cuando el músculo falla por una parálisis, el ligamento falla. Nosotros decimos que es porque el ligamento no aguanta la tensión, pues es posible que sufra la influencia de la parálisis nerviosa.

En segundo lugar, en el trayecto inguinal en el sujeto normal, el borde inferior del pequeño oblicuo y transverso está a ras del borde posterior de la arcada, bien cerca, pudiendo decirse que responde uno a otro. Y sostienen entonces las dos clases de fuerza que tiene que sostener el canal inguinal: una fuerza expansiva, general, fuerza abdominal, que lo impulsará hacia adelante y tendería a separar los dos labios del canal, pero también la fuerza difícil de contener que representa la masa grasosa en estado semilíquido, masa grasosa que ya no sigue la dirección de la fuerza sino que dispensa la fuerza en cualquier dirección, hacia donde encuentre la menor resistencia. De allí que para restituir un canal inguinal a la normalidad, haya que suprimir toda brecha para la grasa y de ahí la importancia del cierre perfecto de la facia transversalis, y en segundo lugar de paralelizar las fibras del pequeño oblicuo y transverso y de la arcada.

Y esta explicación tiene importancia en la hernia inguinal directa, en lo que acompaño al Dr. Chifflet. En la hernia inguinal directa, el pequeño oblicuo transverso no es paralelo a la arcada, se separa de ella. Lo que se llama inserción del conjunto en la vaina del recto, se aleja hasta 7 a 8 cms. del pubis, medidas tomadas por diferentes autores. Para paralelizar pequeño oblicuo y transverso a la arcada, es absolutamente necesario por lo tanto, descender ese ángulo de unión, ese punto de inserción del pequeño oblicuo transverso y para descenderlo y no hacerlo en forma de tracción como en el procedimiento de Bassini, no tenemos más remedio que actuar sobre la vaina anterior del recto determinando un colgajo que permita aplicar esa parte de la vaina despegada

al segmento interno de la arcada y dejar paralelizadas las fibras del transverso al borde de la arcada, que creo que es lo que hace el Dr. Chifflet y es lo que hago yo. Además de eso, uno en general la hoja superior de división del gran oblicuo al borde posterior de la gran arcada, pero considero que lo fundamental es lo anterior. 1º) la sutura cuidadosa de la facia transversalis, previa resección, de tal manera que se puede decir que cuando esta sutura está terminada o después, desaparece el ángulo del pequeño oblicuo transverso y el borde inferior del pequeño oblicuo transverso queda paralelo y sobre la arcada; y 2º) después la sutura del pequeño oblicuo transverso y de la hoja de la vaina del recto a la arcada.

No recurro a los procedimientos de plastia, y no he tenido necesidad de recurrir a ellos, tomando ya sea el sartorio, ya el facia lata, ya el recto anterior. Recurro única y exclusivamente en caso de recidiva, pero antes de la recidiva, me parece que debe tentarse el procedimiento que preconiza el Dr. Chifflet.

Dr. Stajano. Creo que de la comunicación del doctor Chifflet, como dije el otro día, surge una inquietud y se rompe esa rutina que acompaña en general al cirujano cuando opera una hernia inguinal. Esa inquietud la tiene el Dr. Chifflet desde hace tiempo y es un problema que le ha preocupado desde hace más de 12 o 15 años. Lo he oído con mucha atención y creo que la comunicación que ha presentado lo despoja a uno del deseo de hacer esa cantidad de procedimientos, encarrados con el concepto puramente estático y simplista de reforzar una zona débil de la pared con plastias, cuya ineficiencia ha sido tan claramente expuesta porque son anti-fisiológicos en realidad.

Y de esta comunicación surge otra cosa interesante; es la caracterización de los sistemas de tracción de determinados grupos musculares sobre otros, al punto que esa sutura que se hace siguiendo la práctica de Bassini, y que la hemos hecho todos y que realmente no satisface, tiene su clara explicación en esa tracción constante que sufre la pared abdominal al través de un sistema muscular que está traccionando sobre una cicatriz en una forma que no es la que normalmente corresponde. No es la dirección de las fuerzas normales, sino que está haciendo una angulación del sitio donde se ha querido reforzar la pared y por consiguiente si la cicatriz es útil los primeros días, al mes y medio, dos, tres meses, ese ángulo de tracción hace que se abra el orificio que se ha pretendido reforzar con un calibre mayor, por la fibrosis de la cicatriz y todas las consecuencias de un músculo en esas condiciones.

De manera que esta comunicación yo creo que tiene interés para los viejos y para los muy jóvenes. Quiero comprender un poquito mejor el detalle técnico que aconseja y voy a hablar con el Dr. Chifflet para que me muestre la forma en que se normaliza esa línea de fuerzas, porque el detalle técnico no lo he pescado aun con precisión. El trata de seccionar las fibras del sistema posterior del pequeño oblicuo y transversal en sus conexiones internas y entonces, al suprimir esa tracción interna,

moviliza por así decir el plano y uniformiza un poco más la dirección de fuerzas de esa tracción. Permite así que el cierre se pueda hacer sin que las fibras tengan esa angulación hacia arriba y hacia adentro. Eso es lo que yo creo comprender. Las tracciones musculares del sistema del pequeño oblicuo y transverso se hace en una forma más normal adaptándose a la arcada sin esa angulación interna que trata de desviarla. Creo que es muy útil esta comunicación, de lo más útil que puede haberse presentado en un tema que parece que no se le da la suficiente atención, en general, en la clínica, donde las hernias directas se operan en realidad en forma rutinaria.

He aprovechado mucho y agradezco por mi parte, y ya hablaremos mano a mano con el Dr. Chifflet para no importunar a la Sociedad por ahora.

Dr. Prat. — El Dr. Chifflet en esta comunicación y en otra anterior, nos ha demostrado la inquietud, el interés que tiene por la aplicación de la fisiobiología a la cirugía. Hace poco tiempo presentó una comunicación sobre el mecanismo fisiológico de la defecación, donde hizo el estudio de los músculos perineales y pelvianos; hoy le ha tocado el turno a la musculatura del canal inguinal. Para el conocimiento y tratamiento de la hernia inguinal, es sumamente interesante este estudio, porque de lo que he podido sacar en consecuencia de esta comunicación, creo que se desprenden dos hechos fundamentales:

1º) tratar de reforzar las inserciones de lo que él llama la cincha abdominal o barriguera y 2º) el otro punto sobre el que llama la atención que es la fascia transversalis, que es el elemento de sostén preponderante y fundamental.

Bien, en la práctica nuestra, ¿qué hemos visto?, ¿qué hemos hecho? Durante un tiempo grande dividimos las hernias inguinales en dos grandes grupos: las intra inguinales y las directas o retro inguinales.

Las intra inguinales u oblicuas externas, las operamos por el método del cordón posterior, por la técnica de Forgue, reforzando la parte externa y dejando atravesar el cordón por la porción interna del canal inguinal, lo que significa debilitar la parte interna del canal; en cambio en las directas, reforzamos la parte interna y dejamos salir el cordón por su parte externa, quedando éste superficial, bajo la piel, que constituye el Poternsky.

En nuestra práctica hemos comprobado que a menudo encontrábamos que en la parte interna del trayecto inguinal su pared posterior estaba constituida por el pequeño oblicuo y transverso que pasaban como un puente hacia la aponeurosis del recto, pero separado, muy separado, su borde inferior de la arcada crural, constituyendo, lo que han llamado los autores, el triángulo de Hesser; para otros el ángulo de Fergusson o de Uesselbach. Resultaba que estos pacientes no presentaban el clásico tendón conjunto que al insertarse en el pubis, cerraba adentro el canal inguinal.

El triángulo de Hesser, a base interna en el borde externo del gran recto, que constituía un espacio grande que muchas veces era casi imposible obliterar por no poder bajar la cortina muscular a la arcada crural, o que al hacerlo, no iba a tener resultado alguno porque era materialmente imposible descender y fijar el borde inferior del pequeño oblicuo y transverso a la arcada crural. Es en estos casos donde planteábamos la posibilidad de hacer el método de Halsted, es decir, liberar la aponeurosis de la vaina anterior del recto y aplicarla como una capellada suturándola a la arcada, para reforzar la pared inguinal. Cuando el tendón conjunto de la clásica anatomía francesa era musculoso y resistente y aceptable, lo empleábamos para efectuar el cierre de la porción interna del canal inguinal, pero en muchos casos encontrábamos un tendón conjunto y músculos como una hoja de papel que no tenía resistencia alguna y la mayor resistencia entonces la tenía la facia transversalis que debíamos conservar y emplear en el cierre.

A pesar de la debilidad del pequeño oblicuo y transverso y de su elevada situación, tenemos que emplear estos tejidos para reconstruir el canal inguinal, suturando el borde inferior de p. o. y t. a la arcada, comprobando muchas veces que estos puntos rompen la arcada, que hace desprender ese borde muscular y que se va hacia arriba abriendo de nuevo la brecha por donde puede reproducirse la hernia.

Como se ha inculcado a los puntos separados de sutura ser la causa del desprendimiento de la sutura, hace tiempo ya que venimos insistiendo en hacer la fijación de este plano inferior del pequeño oblicuo y transverso, y del tendón conjunto, no al borde posterior de la arcada, sino a toda la arcada, pasando el hilo por debajo de la arcada, luego por la cara anterior del gran oblicuo en un punto en U y que fijábamos en otro punto en U al borde inferior del pequeño oblicuo y transverso y al conjunto, convencidos de obtener una sutura más firme y que no desgarrase. Creemos y estamos convencidos que el cirujano se olvida a menudo de reconstituir el plano de la facia transversalis, que tanta importancia tiene.

Creo que los cirujanos que están empezando su carrera quirúrgica generalmente descuidan bastante este plano de la facia transversalis en la operación de la hernia y realmente no se sutura aquélla con la corrección que debiera hacerse y por la importancia que tiene.

De acuerdo con las investigaciones del Dr. Chifflet, se deduce que es muy conveniente realizar la liberación y el desprendimiento de la cincha abdominal supra púlica, convencidos de que la clásica descripción del tendón conjunto, no es tan cierta y verdadera y que tenemos que reconocer y liberar ese complejo anatómico para fijarlo definitivamente y con seguridad a la arcada, pubis y vaina del recto; sin olvidarse que el refuerzo principal lo constituye el plano de la facia transversalis. Indudablemente que esta comunicación es una llamada a tiempo, que nos hará investigar bien esta parte de la región inguinal para hacer la reconstitución cuidadosa y anatómica por la sutura correspondiente.

Un concepto funcional nos ha preocupado en la terapéutica de la hernia inguinal. La naturaleza no ha fijado ni fusionado los músculos abdominales a la arcada para realizar el cierre, porque por ahí pasa el cordón y porque ese cierre se realiza por la contracción voluntaria muscular. Pero el cirujano ha pretendido corregir a la naturaleza, **fijando la pared muscular por sutura a la arcada crural**, realizando un muro • pared que impida reproducir la hernia. Es el caso de preguntarse si esta fijación no es contraproducente, porque suprime la contracción o función principal de los músculos abdominales, para cerrar el canal inguinal. Al querer realizar lo mejor cabe preguntarse si al suprimir la función fisiológica de los músculos, no cometemos un error.

Para terminar, diremos que los métodos plásticos en la kelotomía; los hemos usado muy poco, pero hay un hecho que creo que tiene mucho interés y que hay que destacarlo; me refiero al tratamiento de las hernias, que pomposamente llamamos kelotomías, que quiere decir cura radical de la hernia y que muy a menudo se reduce a una simple cura temporaria. El Dr. Chifflet ha comprobado perfectamente las frecuentes recidivas en el contralor oficial que ha realizado. Considero que una parte importante de estas recidivas, se debe a la forma como se realiza el tratamiento de las hernias. En las clínicas, generalmente, este tratamiento • está a cargo del cirujano que se inicia; creo que es hora ya, de que en las clínicas los profesores, la Sociedad de Cirugía por su parte y todos los que se preocupan del perfeccionamiento de la cirugía, deben realizar una gestión para conseguir que estas operaciones sean hechas por técnicos de experiencia, o por lo menos, que esos técnicos que empiezan su carrera quirúrgica, tengan la dirección, el contralor y la enseñanza experimentada de los cirujanos ya hechos o veteranos y seguramente entonces, no vamos a tener tantos fracasos y recidivas.

Precisamente cuando el Dr. Pravia presentó en esta Sociedad una estadística de unos cientos de casos de hernias y hablaba de su procedimiento; en esa circunstancia destaqué e hice notar que para mí, el hecho fundamental del éxito que había tenido era debido a que todos sus enfermos habían sido operados personalmente por él. Me parece que esta práctica debe ser una norma que debe tomarse muy en cuenta y la Sociedad de Cirugía debe tratar de gestionar que en las clínicas se siga esta orientación; que técnicos ya hechos, cirujanos de carrera que por lo menos si no practican personalmente las operaciones, que controlen cuidadosamente este tratamiento. No quiero terminar sin manifestar que considero muy interesante y oportuna la investigación del Dr. Chifflet sobre la anatomía de la hernia inguinal.

Dr. Chifflet. — Voy a agradecer la participación de los socios que se han ocupado de mi comunicacion. Da la impresión, al terminar esta comunicacion de que uno ha sido demasiado meridional, demasiado frondoso, demasiado generoso en apreciaciones de orden principista para terminar en definitiva con la resección de un fragmento de aponeurosis y con una serie de puntos colocados allí abajo.

Creo que esa sensación que uno tiene es errónea, porque esos puntitos que se colocan ahí abajo son desde el punto de vista, a mi modo de ver, de la efectividad del tratamiento, mucho más importantes que todos los sistemas de superposición y de puntos complejos y de puntos raros que surgen prácticamente en todos los números de las revistas científicas. Y creo que es importante hablar de este asunto, porque como lo decía al comenzar en mi primera comunicación, la hernia inguinal es una enfermedad que en nuestra estadística está en un 20 % en los hombres; los enfermos que se operan son solamente alrededor del 25 al 30 %; de manera que anda por ahí un 70 o 75 % de herniados que no se operan por temor a la operación y sobre todo, por temor a la recidiva y tienen razón.

Y en segundo lugar la invalidez que provoca la hernia y la invalidez que provoca la recidiva son de gran importancia del punto de vista social. Yo tengo algunos recuerdos de la Caja de Jubilaciones que me impresionaron vivamente; voy a contar uno que pinta mejor el estado psicológico del herniado, del recidivado. Yo había tomado la tarea de estudiar determinados puntos en todo enfermo que iba a jubilarse, y uno era la hernia. Les interrogaba si había tenido hernia, si había sido operado y después iba al examen, y sucedía más de una vez que había enfermos operados de hernia y que decían que habían quedado bien y al proceder al examen encontraba que tenía una gran recidiva de su hernia y entonces le preguntaba la razón y me contestaban: "Ah, no, no, está bien". Es decir que era un sujeto que teme tanto al cirujano que aun sabiendo que su invalidez le puede servir para obtener la jubilación, la niega.

Dice que no tiene la recidiva mismo sabiendo que diciendo que la tiene es ese un nuevo elemento para conseguir la jubilación.

Sin embargo dice: No, no, eso no tiene importancia, porque teme que se le indique que debe operarse de nuevo.