

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS INGUINALES VOLUMINOSAS

## Discusión

Dr. OTERO.— Quisiera decir algunas palabras sobre este tema, del que nos venimos ocupando desde hace unos diez años, debido a nuestra situación como cirujanos del Banco de Seguros.

Hemos operado en este tiempo, desde abril de 1952, 1.700 hernias en total, de las cuales la mayoría son inguinales.

El relator hace algunas afirmaciones sobre anatomía, causas, clasificación, sintomatología y tratamiento quirúrgico, que en términos generales difieren bastante de nuestro punto de vista, a través del criterio que nos hemos ido formando mediante el estudio de los enfermos, la observación del campo operatorio y la evolución.

Consideremos rápidamente algunas de estas diferencias conceptuales. Primero, referente a anatomía. Dice, hablando de la arcada crural, que ésta sería un simple borde libre con el consiguiente poco valor para la reconstrucción parietal en la cirugía herniaria. Para mí, al contrario, la arcada crural es la estructura potente y de valor primordial en la reconstrucción parietal herniaria. La hemos utilizado en casi todos los casos que hemos operado, con resultados muy satisfactorios; no comprendemos cómo se puede sostener lo contrario.

Hablando del ligamento de Cooper, dice que es una estructura fundamental en la reparación quirúrgica de las hernias inguinales. Por nuestra parte no creemos que haya necesidad de recurrir al Cooper, sino excepcionalmente, y particularmente en las recidivas herniarias, con destrucción de la arcada.

Respecto a la fascia transversalis y a la bandeleta iliopúbica de Thompson, sostiene una serie de conceptos que en general no compartimos, especialmente respecto a esta última.

Respecto al tendón conjunto, dice: "Los autores americanos como Anson y Mac Vay y Fruchaud en Francia, desconocen prácticamente su presencia y acción en la dinámica inguinal y hacen totalmente responsable a la fascia transversalis por sus refuerzos de la integridad de la pared inguinal posterior". Y más adelante dice: "Nosotros, en líneas generales, nos inclinamos por el concepto sostenido por Anson y Mac Vay que jerarquizan fundamentalmente la fascia transversalis y sus refuerzos, e ignoran prácticamente el tendón conjunto, sobre todo el oblicuo menor".

Yo, por mi parte, digo que no me asusta en absoluto estar en desacuerdo con dichos autores, que no comparto su punto de vista, a pesar de haberlos estudiado concienzudamente. Agregó, además, que cualquiera de ellos tiene una experiencia en hernia muy inferior a la nuestra, y me atrevo a decir aquí, parodiando a Morquio "y por qué la experiencia de dichos autores ha de valer más que la mía: yo no creo que la verdad sea privilegio de nadie, y no se puede contestar con un «magister dixi» inapelable a la búsqueda de la verdad".

Para mí el músculo conjunto y su tendón constituyen con la areada crural la estructura fundamental en la reparación de las hernias inguinales. No me pongo a bizantinizar si el tendón conjunto es ancho, o estrecho, o más ancho para el transverso que para el oblicuo menor: lo que me interesa es que el músculo pequeño obliquo y transverso, continuados por su tendón en la parte inferior yuxtalingual, se llame tendón conjunto. que estos músculos y su tendón, digo, constituyen la estructura fundamental en la reconstrucción de la pared inguinal.

Este magnífico y potente tendón conjunto se continúa por delante del recto del abdomen, constituyendo aquí la lámina profunda de la hoja anterior de la vaina de dicho músculo. A tal punto es así, que es a esta lámina aponeurótica anacarada pre gran recto que recurrimos cuando tenemos problemas con la reparación de la pared posterior en casos poco frecuentes. Y además es efectuando un debridamiento sobre esta línea prerrectal en la forma preconizada por Halsted, que efectuamos el descenso del tendón conjunto cuando éste está distante de la areada.

No desconocemos de ninguna manera el gran valor de la fascia transversalis, pero puesta en su punto y lugar como primer plano de contención después de la exéresis de los sacos directos que deben ser extirpados.

Referente a causas y mecanismos, el relator asigna un gran valor a las insuficiencias musculares y aponeuróticas de origen congénito en esta región tan alejada a menudo, dice, y no comparto, de la imagen ideal que de ella da la anatomía. Sin dejar de reconocer la existencia de insuficiencia muscular y aponeurótica congénita, nos inclinamos a dar valor predominante al desgaste producido por el ariete de una hernia de larga data, de la atrofia progresiva consecutiva, cosa que, además, lleva a una acción terapéutica que consiste en operar toda hernia en cuanto se presenta para evitar su nefasta repercusión sobre la pared.

Referente a clasificación, sostengo una clasificación que no puedo exponer ahora, y sólo diré que considero fundamental mantener una diferencia entre hernia directa y hernia oblicua externa, porque son dos hernias completamente diferentes desde todo punto de vista, a pesar de ser ambas inguinales. Comparto con Andrews la luminosa afirmación de que es lástima que estas dos hernias tengan que llamarse con una denominación común de inguinales, porque la inguinal directa es completamente diferente de la inguinal oblicua externa.

Referente a sintomatología, tendría muchas cosas que señalar aquí, pero no quiero dejar pasar por alto la afirmación de que el diagnóstico de estrangulamiento puede ser difícil en las hernias que el autor llama voluminosas.

Yo creo que el estrangulamiento no puede nunca pasar desapercibido, si se examina bien la hernia, y que, además, la menor duda se resuelve operando de urgencia.

Referente a tratamiento quirúrgico, todo lo que el autor ha sostenido hasta aquí tiene por objeto dar base a un tipo de tratamiento quirúrgico, la técnica de Fruchaud. En el espíritu del informe está la idea de que sólo la técnica de Fruchaud da garantías contra posibles recidivas.

Y bien: esto tampoco lo compartimos en absoluto. Creo que la técnica de Fruchaud sólo es aplicable excepcionalmente, especialmente en los casos de recidiva herniaria y aún ahí en casos muy especiales. Para lograr ponerse a cubierto de recidivas es necesario aplicar la técnica quirúrgica con precisión y conocimiento de la anatomía quirúrgica y de la anatomía patológica regional. No nos sería posible explicar aquí en brevísimos términos los fundamentos de vuestra práctica, pero sí podemos afirmar que no se necesita una técnica tan destructora de estructuras tan fundamentales, para lograr el éxito deseado. Creemos que la operación de Fruchaud es una operación excesiva, desproporcionada a la lesión, innecesaria e inadecuada.

Dr. PALMA.—Quiero felicitar en primer término al relator por su magnífica ponencia, lo mismo que a los correlatores, Dr. Mussio y colaboradores, y Dr. Gilardoni.

Concordante con la mayoría de las cosas que se han dicho, quiero expresar algunos conceptos complementarios. Aquí usamos preferentemente la anestesia local, no solamente en los casos sencillos, sino muy a menudo en los casos complicados, con grandes hernias inguinales y en las recidivas amplias. La anestesia local es una anestesia magnífica que puede ser completada con anestesia regional de los intercostales, y en caso necesario completada con lo que se llama potencialización general, mediante drogas hipnógenas inyectables que permiten, sin sufrimiento del paciente, en una operación que no es visceral sino parietal, obtener buenos resultados en pacientes a veces de edad avanzada o con insuficiencias cardíacas, renales o hepáticas.

En las grandes hernias, en las grandes recidivas con contenido visceral, en que el peligro del manoseo y la liberación de adherencias crea a veces en el postoperatorio ileus paralíticos, consideramos muy importante la intubación previa del paciente, llevando la sonda de Cantor en su cabeza a la parte baja del ileon. De esta manera generalmente no hay balonamientos ni trastornos dinámicos del intestino. Tanto más cuanto que a la decompresión del intestino delgado, un tubo grueso en el recto asegura la evacuación de los gases del colon y por lo tanto un postoperatorio sin incidencias dinámicas intestinales.

En lo que se refiere a la hernia común, creemos en la importancia trascendental de la arcada crural como pilar inferior del tendón conjunto y del gran oblicuo como elementos esenciales de la reconstrucción del canal inguinal en su parte alta. Los hilos no reabsorbibles son básicos. Consideramos fundamental la resección del saco herniario, que no debe ser llevado nada más que en la zona que corresponde al canal inguinal y no a la parte funicular escrotal y mucho menos testicular.

Sobrepasada la resección del saco peritoneal, el canal inguinal, debe detenerse esa disección que es inútil y puede generar hematomas o irritaciones o traumatismos innecesarios del cordón. Pero, en cambio, hacia el polo proximal la liberación del peritoneo debe ser ampliamente extendida hacia el orificio peritoneal, y la resección se extiende no solamente del saco peritoneal inguinal transparietal, sino de la zona orificial inicial, de tal manera de efectuar un plegamiento del peritoneo en la zona infundibular, donde comienza la hernia.

Eso es estrictamente suficiente, a nuestro juicio, para evitar la formación de un infundíbulo peritoneal.

En lo que se refiere a la fascia transversalis, consideramos que tiene importancia; que a menudo exuberante, debe ser plegada, a veces superpuesta en sobretodo, a veces resecada, pero que tiene valor y que debe ser resecada finamente, con hilo sumamente delgado, desde su estructura, para construir un segundo plano de sostén al primero que es el peritoneo.

No consideramos que pueda, por maniobras de resección peritoneal, hacerse desaparecer el ángulo ilioparietal que existe en la fosa ilíaca. La resección peritoneal a ese nivel obtiene en el acto operatorio la desaparición de ese ángulo diedro, pero la presión intraabdominal lo reconstruye prontamente. Y el deslizamiento de ese propio ángulo diedro hacia la pelvis.

Lo que es esencial, es hacer desaparecer el esbozo inicial del infundíbulo del embudo inguinoilíaco, que ese sí puede ser el esbozo de una futura recidiva herniaria.

Tal como se ha señalado por los distintos contribuyentes y fundamentalmente por la brillante presentación del Prof. Chifflet, consideramos que es muy importante llevar el tendón conjunto al contacto del pilar básico que es la arcada crural. Y en ese sentido el ligamento de Cooper da un apoyo inferior poderoso. Pero su dirección oblicua hacia afuera y hacia atrás, hace que si se pretende utilizar todo el ligamento de Cooper se desvíe excesiva e innecesariamente, y peligrosamente, hacia atrás el conjunto. De modo que la fijación se hace a la arcada crural conjuntamente con el ligamento de Cooper en su mitad interna, y luego se sigue exclusivamente con la arcada crural. Y a ella se debe fijar los elementos básicos que hoy señalábamos y que ha señalado muy bien el Dr. Otero: el tendón conjunto y el gran oblicuo.

En lo que se refiere a los músculos cremásteres, el cremáster interno debe ser siempre sacrificado. Tiene poca importancia funcional para el testículo, tiene pocas fibras musculares y es un obstáculo indudable a la buena sutura, a la buena cicatrización y coaptación entre los pilares superiores y la arcada crural, el pilar inferior. Pero conservamos siempre el cremáster externo, poderoso, útil en la fisiología testicular, en personas que no están en la menopausia, y que clavado en su inserción en la cara crural del borde inferior del tendón conjunto, no obstaculiza en lo más mínimo el cierre de la reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal, y asegura una funcionalidad útil al testículo que necesita el sostén del cremáster, el sostén muscular.

En las grandes eventraciones o recidivas, acompañamos a los que han señalado la importancia del deslizamiento de los músculos anchos del abdomen, es decir, que se haga la sutura sin tironeamiento, y en ese sentido una incisión complementaria oblicua, en la cara anterior de la vaina del recto, alta, a veces con disociación de las intersecciones aponeuróticas del recto en su parte inferior, permite desplazar hacia afuera la zona de intersecciones aponeuróticas por fuera del gran recto, y suturar el borde inferior del conjunto y del gran oblicuo a la cara crural sin intención. Si queda un pequeño óvalo carente de vaina anterior en la cara anterior del recto, no tiene importancia, porque el músculo poderoso da fortaleza a nivel de la pared, y en cambio evita esta maniobra clásica, ya descrita hace muchos años, que haga tensión en la zona esencial, la zona del canal inguinal.

En lo que se refiere a las hernias con contenido cólico y con adherencias, creo que los ponentes han insistido mucho en la importancia de la liberación de las adherencias, para evitar consecuencias postoperatorias. Y esa liberación de las adherencias no debe ser limitada al saco herniario, sino que deben ser verdaderas hernias laparotomías, para así evitar las bridas, adherencias, acodamientos, que se originan en las vecindades de la zona herniaria, y que deben estar acompañadas a menudo de resecciones epíplóicas más o menos extensas.

La invaginación del colon prolavado, por deslizamiento en el saco herniario, cuando ello no se puede realizar o al realizarse, origina acodamientos del colon o del sigmoides generalmente, es útil ir por vía de una hernia laparotomía o de una incisión complementaria, señalada por el Dr. Gilardoni. Efectuar una verdadera laparotomía por disociación, efectuada en zona libre, por encima de la hernia, en cavidad abdominal, liberar ambos cabos del colon deslizado en el trayecto inguinal, liberar el colon, liberar sus mesos y sus vasos, e ir de arriba hacia abajo para continuar la liberación. Y no insistir en la parte situada en el saco herniario, liberar las adherencias al peritoneo, pues basta incidir a lo largo del cuello la zona de adherencias del colon o del sigmoides con el saco, y reintroducirlo con el saco y todo. Y una vez en su sitio, dentro de la cavidad abdominal, ver qué zona debe ser liberada y qué zona puede ser dejada cubierta con su adherencia al primitivo saco peritoneal herniario.

Termino felicitando a quienes me precedieron en el uso de la palabra, Dres. Méndez, Prof. Chifflet, Prof. Otero, Prof. Gilardoni, Dr. Mussio.

Dr. DELGADO.—Con respecto a este tema, nosotros diferenciamos en la Cátedra, para mayor claridad de los alumnos, hernias infracanal inguinal y retrocanal inguinal. Nos parece que esto aclara más el concepto, sobre todo para los alumnos.

Por supuesto, cuando se trata de hernias infrainguinales puras, en chicos o en adultos jóvenes, el problema es prácticamente congénito-adquirido, y la pared superior no cuenta, salvo cuando esos anillos que se agrandan mucho enfrentan el orificio profundo con el superficial; cuando no ocurre eso, el problema de la hernia es un problema común y siempre está el del material con que se cuenta y el de la brecha.

Naturalmente esto es un triángulo formado por elementos que son distantes y que son distintos; unos son musculosos y otros son tendinosos, y difícilmente se puede pretender que se fijen en forma definitiva sin que impliquen un riesgo de recidiva. Pero de cualquier forma las reconstrucciones son las que existen y a ello nos tenemos que referir.

Con respecto a las hernias retroinguinales, aquí es donde se presenta el problema claro, que el Dr. Chifflet ha expuesto magníficamente y cuyo esquema y cuya concepción nos es sumamente grato porque participamos exactamente del mismo punto de vista. Nosotros le llamamos cortina corta, es decir, que la cortina no cae lo suficiente para tapar, para cubrir, y se ve que en el andar de los años, cuando se hace el "bombée" abdominal, por la edad y por la adiposidad, ese "bombée" que produce una distensión de la pared abdominal, también acorta la cortina, la lleva para arriba.

Nosotros en esos casos recurrimos muchas veces el ligamento de Cooper, sobre todo cuando los elementos de la cara lumbar, especialmente en las recidivas, ya están maltrechos; pero sobre todo tendemos fundamentalmente al concepto que muy bien ha hecho notar el Dr. Chifflet, a descender la cortina. Y nosotros descendemos la cortina tratando de hacer una liberación de la hoja anterior de la aponeurosis del recto, desde arriba, para venir con todo eso descendiendo hasta cubrir, y fijarlo ya sea a la arcada, cuando la arcada es buena, o al ligamento de Cooper, cuando la arcada no nos ofrece confianza.

Yo creo que esta concepción que muy bien ha presentado el Dr. Chifflet, es una cosa fundamental para tener un concepto claro de la reparación de las hernias. Este asunto me interesó desde que leí el trabajo de Chifflet. Yo no sé si la anatomía de ellos será distinta a la nuestra, pero lo que veo es que cuando la gente tiene una hernia retroinguinal y el enfermo es un obeso, lo mismo que los obesos tienen peritoneo fino, tienen también la fascia transversalis fina. Y yo ni siquiera me animo a abrirlo; lo que hago es una sutura con jareta sucesiva, porque pienso que aquí como en todas las hernias, uno debe tratar de no abrir brechas para que, si se produce la recidiva, no sea mayor que la anterior. Así que nunca abro la fascia transversalis; la pliego con jareta sucesiva, pero trato de respetarla y no cortarla, no abrirla.

Nada más.

Dr. VALLS.—Yo quiero felicitar a los correlatores y al relator de este tema, aunque no pude escuchar al Dr. Méndez Aserito, el trabajo pude leerlo en el tomo.

Quisiera exponer algunos puntos de mi experiencia en el trabajo de hernias.

Creo que es fundamental también el tratamiento del tejido celular subperitoneal; muchas de estas hernias tienen tejido celular muy abundante; hay una del Bogros, fácilmente extirpable si se viene del lado de afuera, y otra del espacio de Retzius, que está vinculada a la vejiga, y que se ve sobre todo muy desarrollada en las hernias inguinales directas.

Al principio, este tejido celular yo lo trataba con jaretas sucesivas, hundiéndolo, hasta que una vez tuve una recidiva. Desde ese momento yo he disecado siempre ese tejido celular, y para eso me he valido para independizarlo y saber dónde estaba la vejiga; del repere fibroso de la arteria umbilical y resecar todo el tejido celular subperitoneal del Retzius.

Con ese motivo presenté un trabajo en la Sociedad de Cirugía este año. He hecho varias veces esta técnica con buenos resultados.

Además, es muy importante, como lo destaca Fruchaud, el mismo peritoneo, que además de producir los sacos de hernia directa o de hernia oblicua externa, es un peritoneo malformado que es necesario resecar. Hemos inspeccionado ese peritoneo y lo hemos ressecado; es decir, que entramos en esos casos al peritoneo en vez de entrar al saco directamente.

Con respecto al tratamiento de la pared, nosotros en la mayoría de las hernias hacemos el tratamiento clásico; pero hacemos el refuerzo de la fascia transversalis, estrechando el orificio inguinal profundo, esqueletizando el cordón espermático. Y tenemos gran cuidado, además de estrechar el orificio inguinal profundo, de suturar el plano al pequeño oblicuo y transverso por fuera del cordón espermático, suturarlo a la cara crural. Porque ese es uno de los puntos que explica la recidiva de hernias en la parte externa, sobre todo cuando se hace con la técnica de Bassini.

Con respecto a las hernias que son grandes, nosotros hemos hecho desde hace dos años la técnica de Fruchaud. En los enfermos que hemos operado, podemos decir que estamos plenamente satisfechos de esta técnica de Fruchaud. Nos ha ido perfectamente bien, y hemos podido seguir a todos los enfermos. Más: a un enfermo que le hicimos la técnica de Fruchaud, luego tuvo que ser operado de una eventración de una incisión supraumbilical, y pudo ser controlado el estado de su pared, que era perfecto.

La última vez que apliqué esta técnica, fue en una hernia por deslizamiento; abordé el peritoneo de entrada, el saco peritoneal, y después fui hasta el saco herniario. Y se pudo seguir este enfermo en la policlínica del Hospital de Clínicas, y el resultado es muy bueno. Tengo 9 enfermos tratados con este método; y en un año y pico, están todos perfectamente bien.

Estoy de acuerdo en hacer en las hernias con pared que no son buenas, la técnica de Fruchaud.

Con respecto a las hernias por deslizamiento, nosotros hemos presentado un trabajo este año en la Sociedad de Cirugía. Tenemos, por suerte, una amplia experiencia; llegamos a tener 19 hernias por deslizamiento tratadas; la última, una hernia por deslizamiento estrangulada, la operamos en el Sindicato Médico.

A las hernias por deslizamiento, nosotros hemos aprendido a hacer, basándonos en los trabajos de Lardennois y Oekynzio, agregando los conceptos de Larrolque, una incisión por disociación arriba de Mac Burney, liberamos al colon desde arriba dentro del peritoneo, es decir, que hacemos la maniobra de decolamiento que había preconizado Duval, queda una zona mediana del saco más débil, y dos zonas laterales más fuertes; las suturamos, y suturamos el peritoneo de la fosa ilíaca también, y hacemos una cosa que creemos muy

importante, o sea a ese colon fijarlo, porque si no lo fijamos a la pared posterior, a la fosa ilíaca interna, va a actuar como un ariete para provocar nuevamente la hernia.

Anteriormente a haber tratado a este enfermo con técnica de Fruchaud, habíamos tratado con técnicas comunes a los enfermos, y en un caso hicimos la técnica de Schmieden; seccionamos el ligamento escrotal, movilizamos el testículo, lo pasamos por la misma incisión de Mae Burney que había servido para hacer el Larroque y lo volvimos a descender al escroto.

Dr. DE CHARRA.—Antes que nada, quiero felicitar al relator y correlatores por el esfuerzo realizado en la organización del tema, y por la forma clara en que lo han expuesto.

Es evidente, como se ha dicho ya, que todo el relato y el correlato, fundamentalmente del Dr. Mussio y colaboradores, está dirigido a conducirnos al elogio de la técnica de Fruchaud. Yo entiendo que esa técnica tiene su indicación; tiene su indicación y es dentro de la erudición que debe tener todo cirujano, un procedimiento a tener en cuenta frente a algunas situaciones.

Pero como concepto entiendo también que las hernias no pueden tratarse con una técnica universal. Hay que conocer muy bien —como acaba de decir el Prof. Chifflet, cuyos conceptos me son muy gratos, y hace mucho tiempo que los he aprendido de él—, la dinámica funcional regional y con ese concepto buscar corregir el defecto que ha conducido a la presencia de la hernia.

Entiendo que la mejor técnica —y entiendo como la mejor la más eficaz, que puede poner a cubierto de la tan temida y nunca evitable recidiva—, es aquella que es capaz de corregir con un mínimo de descalabro local, el defecto anatómico que predispone a la hernia, sea el congénito, sea el que ha creado la naturaleza por la displasia que la origina, más el esfuerzo y la usura del tiempo y todas las causas predisponentes que señaló ya el relator. Pero llevado siempre con un concepto funcional, al punto de respetar al máximo la función que normalmente se debe realizar en esa región.

No creo que la naturaleza sea tan imperfecta, que haya creado una región inguinal para que los médicos tengamos la oportunidad de operar hernias. Creo que hay causas predisponentes, y será tanto más sabia aquella técnica cuanto más pueda pesquisar cuál es el defecto anatómico y el descalabro funcional inherente o secundario a ese defecto anatómico para corregirlo con un mínimo de maniobras locales.

Entiendo que las estructuras cuanto más débiles son, más tienen fuerza cuando se pueden reunir, y cuanto más disociemos los planos, más le hacemos perder la coherencia que da su conjunto.

Creo que la técnica de Fruchaud, es una técnica a tener en cuenta; de ninguna manera creo que pueda ser una técnica universal. Diría que en mi experiencia la he hecho dos veces, y he operado unas cuantas hernias. No me entusiasma para decidirme por esta técnica, por la cual ya tengo cierta resistencia conceptual, las estadísticas. No voy a repetir lo que se ha dicho tantas veces en relación con las estadísticas. Pero quiero recordar que hace 20 años, cuando no existía el Banco de Seguros con su centralización, los asegurados de esta institución iban a otros centros hospitalarios. Y un cirujano de centro



hospitalario, que prácticamente operaba todas las hernias, presumía que él no tenía recidivas, y hasta tal punto presentó a la Sociedad de Cirugía —repito, hace más de 20 años—, un procedimiento personal, que había salido un poco de las fronteras del centro hospitalario, a tal extremo que parecía ser el “mago de las hernias” en estas latitudes.

No obstante, ¿en base a qué?; a que no había visto ninguna recidiva en sus enfermos. Y era verdad, era cierto. El colega era sincero; él no las había visto, pero las veían los demás.

Porque de ninguna manera se puede sacar la conclusión de que los asegurados vuelven al Banco de Seguros; es una deducción completamente fuera de la realidad. Los asegurados vuelven al Banco de Seguros y saben que los van a obligar a operarse nuevamente. Y el enfermo que ha tenido una recidiva, ya es un deseperionado de la operación. Los recidivados que vuelven a la ortopedia, son legión; son legión los recidivados que cambian de oficio; son legión los recidivados que usan ese déficit para obtener un pronto despacho en la Caja de Jubilaciones. Basta simplemente ocuparse de ello.

Y todos los cirujanos presentes aquí, sobre todo los del Uruguay, han operado algunos de esos enfermos que figuran en las estadísticas como no recidivados.

Quiere decir que la conclusión de que no van más al Banco de Seguros a reclamar por su hernia, no quiere decir que no hayan tenido recidiva. No creo que la técnica de Fruchaud tenga tan bajo porcentaje de recidivas. Tendrá menos, tendrá más. Pero ese argumento, que podría ser efectivista, no me impresiona.

Participo de muchas de las conclusiones anatómicas que ha expresado el Prof. Otero. Y también de lo que acaba de manifestar el Dr. Valls respecto a la importancia del tratamiento del tejido celular subperitoneal. La disección de esa grasa subperitoneal me parece que es un tiempo fundamental en el tratamiento de todo saco herniario y sus alrededores, puesto que la presencia del remanente de esos verdaderos pedículos adiposos, son auténticos patines —diría yo—, que favorecen la recidiva, si es que no la acondicionan.

Como el tiempo no da para más, y siendo respetuoso de él, termino diciendo que aunque disintiendo con las conclusiones, felicito nuevamente al relator y correlatores por el esfuerzo realizado y la claridad de su exposición.

Dr. KARLEN.— Yo quisiera referirme sólo a dos puntos. Primero, felicitar al Dr. Méndez por su brillante relato, en el cual ha demostrado su erudición y la seriedad con que se tomó el trabajo de hacer un relato completo y muy bien documentado.

También escuché con verdadero placer a nuestro amigo el Prof. Chifflet; me parece oírlo todavía en la sala de disección, cuando nos enseñaba anatomía. Y, en realidad, tenemos la impresión, porque el Fruchaud nunca lo hicimos, que sin hacer grandes modificaciones en la anatomía de la región inguinal, se puede corregir muy bien, aún en regiones inguinales donde hay un orificio muy grande, sobre todo con la maniobra de la disociación de la hoja anterior de la vaina del recto, más o menos a dos o tres traveses de dedo por encima de la sutura, y de bajar toda esa cortina, hasta fijarlo, ya sea en planos separados o en un plano solo, a la arcada crural o al Cooper, según el caso.

Nosotros, cuando el ligamento de Cooper es firme, preferimos suturar al Cooper, porque no violentamos la anatomía, no la modificamos.

He tenido algunas veces la impresión de que al descender esa cortina, desde luego se forma un ojal de dos o tres centímetros de ancho, en la hoja anterior de la vaina del recto, que no creemos que suponga ningún inconveniente, porque el recto es un músculo muy poderoso, que sostiene perfectamente la presión intraabdominal.

Pero se obtiene indudablemente con esa técnica una angulación en la línea de fuerza, porque el músculo, por la tracción de la sutura desciende y luego se horizontaliza hacia la línea media, donde se entrecruza con las fibras del lado opuesto. Y yo quisiera preguntarle al Dr. Chifflet en qué forma libera las fibras, cuando la rienda es muy corta. Es decir, en qué sitio la libera hacia la línea media, porque después se solidariza con las otras fibras del gran oblicuo y del transverso, constituyendo una estructura única, y en qué parte la fija abajo, en la parte pubiana, si la fija en el periostio, o en qué estructura exactamente lo fija, más allá del ligamento de Cooper.

He realizado algunas veces también la plastia con la fascia lata, con el tendón de la fascia lata, conservando desde luego el músculo y su inervación. En la fascia lata si se talla un colgajo suficientemente grande, es notable, desde el punto de vista del paño que tenemos que cubrir la región inguinal donde faltan tejidos para cubrir brechas, sobre todo en las recidivas o en casos en que ha habido supuración y donde todos los tejidos fibrosos forman un magma que no se puede diseccionar, y donde en realidad es muy difícil rehacer la pared abdominal con el tejido fibroso que queda después de recidivas a veces múltiples.

Al respecto se ha publicado en nuestro país (no pude encontrar la ficha, aunque el trabajo lo leí hace poco, y posiblemente el autor del trabajo está entre nosotros, por lo que le pediría que hablara de su experiencia), un artículo sobre la plastia realizada con el músculo y tendón de la fascia lata. Hay una razón anatómica que no permite orientar las fibras del tendón de la fascia lata en la dirección que desearíamos seguir, que es oblicuamente hacia abajo y adentro, como corren las fibras de los músculos anchos del abdomen, sino que por razón de la llegada del nervio tensor de la fascia lata, que es una rama del nervio del glúteo medio, y que aborda el músculo unos 7 u 8 cm. por debajo de la espina ilíaca ánterosuperior, ese tendón no permite levantar el músculo más hacia arriba y no permite enderezarlo. Entonces el músculo queda en dirección horizontal o aun ligeramente ascendente, lo cual creemos que es un inconveniente, y alguno que quiera intentar esa plastia quizás se encuentre sorprendido, como me pasó a mí. Yo no pude orientar las fibras en la dirección que deseé.

Además hay otro hecho. Una vez liberada esa hoja para hacer la plastia, la hoja de la lámina de la fascia lata, para llevarla a su sitio es conveniente tunelizar las estructuras superficiales del muslo, y llegado a la región inguinal, creo más conveniente, dado que la eficacia de esa plastia va a ser mucho mayor si la ubicamos bien profundamente, lo más profundamente posible, por lo menos por detrás de los dos pilares. no por delante.

Entonces labramos un ojal inmediatamente por encima de las fibras del gran oblicuo y de la fijación del gran oblicuo en la arcada de Cooper, y lo deslizamos por ese ojal y lo llevamos por delante del pequeño oblicuo y transverso y lo fijamos a la cara anterior del conjunto y a la periferia de los múltiples orificios, como hemos tenido ocasión de ver, a nivel del canal inguinal, en casos de recidivas. Y luego cubrimos con los dos pilares del gran oblicuo esa plastia del tendón de la fascia lata.

Pero tenemos, como dije, la impresión que queda un poco dislocada la dirección de la fascia lata para usarla como plastia. Usándola siempre desde el punto de vista de un injerto vivo, conservando el músculo con su inervación.

Nada más.

Dr. URIOSTE.—Me hago un grato deber en felicitar al relator, Dr. Méndez, por el tan meditado relato que ha traído al Congreso, así como a los correlatores que han aportado datos e ideas sumamente útiles.

Debo decir que, en lo que tiene que ver con la técnica de Fruchaud, yo no tengo una experiencia personal. Pero quería aportar los resultados que he tenido en unos seis operados de voluminosas hernias inguinales —voluminosas por el tamaño y voluminosas por el concepto que emite el Dr. Méndez en su relato—, por ser hernias que realmente alteran la pared posterior del trayecto inguinal principalmente, y que más que eso tienen una verdadera alteración de todos los planos del trayecto inguinal.

Frente a esos casos y en personas de más de 50 años de edad, yo estoy haciendo de entrada el procedimiento de Schmieden. Este procedimiento, que realmente me está dando satisfacciones, usado así cuando se interviene a estos enfermos por primera vez, repugna al principio un poco porque uno debe hacer la movilización del testículo. Y esa movilización, si nosotros hacemos una minuciosa hemostasis del ligamento escrotal, no tiene en realidad ningún resultado. Más: acorta la intervención y lleva a que sea una intervención mucho más fácil, que a la vez nos permitirá dejar una pared en mejores condiciones.

La segunda objeción que podría tener el procedimiento, es el pasaje a través del recto y de la vaina del recto, pero haciendo el ojal de la medida adecuada para que el testículo pase sin ningún traumatismo, sin ser traumatizado, y dejando suficientemente reconstruido este pasaje, el procedimiento únicamente da ventajas.

Además el cordón debe ser dejado en el subperitoneo con el plano de la fascia transversalis por encima. E inclusive he llegado a hacer este procedimiento en forma bilateral. Y vuelvo a repetir que es muy difícil que otro procedimiento consiga algo mejor.

En lo que respecta al procedimiento de Fruchaud, sobre el que no tengo una posición definida, no sé si los que tienen actualmente gran entusiasmo por él, lo seguirán teniendo dentro de dos, tres o cinco años. O, por el contrario, si quienes no hemos practicado ese procedimiento, lo practicaremos con igual entusiasmo que el que demuestran quienes sí lo realizan.

Dr. MUSSIO.—En primer término, agradezco las congratulaciones que se nos han dirigido.

En segundo término, quiero hacer alguna aclaración al Dr. De Chiara en relación con las estadísticas. El Dr. De Chiara no está bien informado. Estas estadísticas son comparativas.

Además voy a decir que todos los enfermos asegurados vuelven a la institución, aunque se operen en cualquier otro lado, porque de esa nueva asistencia, de esa comprobación por los cirujanos de la institución, es que se le puede pagar los haberes.

De manera que aunque no se operen con nosotros, puedo asegurar que tenemos en cuenta las recidivas.

Con respecto al procedimiento, observo que cada autor que hizo uso de la palabra, habló de un procedimiento personal, lo que está traduciendo que los procedimientos clásicos deben fallar mucho. Y ese procedimiento personal, ¿se trajo a colación de qué? Quizás de los fracasos, quizás de las recidivas. Cuando se multiplican los procedimientos, uno piensa que hay un fracaso en algo, y que la gente está buscando subsanarlo, de corregirlo. "Yo hago", "yo practico", significa que se han vivido diferentes problemas en ese tipo de hernia.

A mi manera de entender, de acuerdo a una experiencia que llega a los 300 casos, de los cuales 40 son del Centro de Asistencia, que seguimos paso a paso cada 6 meses, y que están en perfectas condiciones, puedo decir que estamos satisfechos y contentos desde el punto de vista quirúrgico. Con ese procedimiento se logra reintegrar al obrero —me refiero a obreros asegurados— que deben reintegrarse a su mismo trabajo de esfuerzo. Y estos obreros se reintegran en las mejores condiciones físicas. Y conversando con muchos de ellos, hemos llegado a la conclusión de que están conformes con el acto quirúrgico.

Algunos recidivados —en nuestra estadística hay más de 60 reoperados por este procedimiento—, comparan con la operación anterior, y se sienten en mejores condiciones, sin trastornos, sin dolores, sin molestias de las diversas regiones, a expensas del procedimiento que hemos practicado.

Dr. MENDEZ ASERITO.—Previamente quiero agradecer a quienes nos han felicitado por el trabajo, debido esto más a su benevolencia y amistad. Y les agradezco porque este trabajo para nosotros, médicos del interior, siempre es tremendamente difícil. Estamos lejos de las fuentes de información, de las fuentes bibliográficas, y muchas veces lejos del consejo siempre importante de aquellos que saben mucho más que nosotros.

Pero hemos tomado el trabajo y hemos tratado de hacerlo lo mejor posible.

Nuestro trabajo tiene un título claro y concreto: "Hernias inguinales y voluminosas". Tratamos en el relato de circunscribirnos a lo que el título pedía; es decir, cuál era el concepto que nos merecía esa denominación de "hernias inguinales voluminosas".

Se han suscitado una serie de discrepancias muy lógicas, que se arrastran desde hace mucho tiempo atrás. La bibliografía que uno ha tenido a mano, le ha permitido observar, a veces con sorpresa, que esas discrepancias radicales sobre los procedimientos reparadores de las hernias se vienen produciendo de hace mucho tiempo. Las técnicas se han multiplicado de una manera formidable.

Evidentemente, la manera de ser aplicadas las técnicas me parece de mucha importancia, porque uno ve con frecuencia en la bibliografía técnicas que uno cree que habían desaparecido casi totalmente, reaparecer en grandes estadísticas de servicios extranjeros de enorme importancia.

También es evidente que todas las técnicas han de tener sus virtudes, y es fundamental también la manera cómo se hacen. En institutos americanos se han preocupado de cambiar los equipos humanos de técnicos, pero empleando todos la misma técnica, a fin de tratar de disminuir de esta manera el problema de la recidiva. Problema siempre presente, como decía el Dr. De Chiara, y que a nosotros se nos agudiza en el interior, es el de controlar a un enfermo operado de una hernia inguinal. El enfermo del interior, operado de una hernia y que ha sufrido una recidiva, lo más probable es que venga a Montevideo; muy excepcionalmente vuelve al médico que lo operó primitivamente.

En relación con la técnica que preconizamos, la de Fruchaud, quería hacer referencia al problema de su indicación. Es una técnica que tiene su especial indicación. Y estimo que una de las indicaciones principales es la de las hernias inguinales voluminosas, y sobre todo de las recidivadas. Tiene indicaciones precisas, e inclusive el mismo autor de la técnica no la indica en las personas jóvenes, en los sujetos con buena pared abdominal. Repito que la indicación me parece fundamental a tener en cuenta.

Hay otros conceptos sobre los que quisiera hacer alguna aclaración, fundamentalmente en relación con lo que dijo el Dr. Otero. Se trata de una crítica que ya hemos oído muchas veces: el problema de la destrucción supuesta que se hace con la técnica de Fruchaud. Teóricamente puede parecer una gran destrucción el desprendimiento de la arcada crural. Pero el desprendimiento de la arcada crural evidentemente da una visión totalmente distinta de la región inguinal, que la que uno tiene con las otras técnicas manteniendo la arcada crural.

Si no creo que esa desinserción de la arcada crural sea un "delabrement" importante, es porque esa arcada crural se vuelve a reinsertar con facilidad en el plano más superficial, y todo vuelve a quedar como estaba. En otras técnicas quirúrgicas, como la toracofrenolaparotomía, que tiene sus indicaciones especiales, que da abordajes con gran claridad, y todo reconstruido con gran cuidado, no crean posteriormente ningún problema. Yo creo que en la arcada crural eso es importante. Hay veces que se puede llegar de cualquier manera, pero con la desinserción de la arcada crural, yo creo que se llega mucho más fácil.

Al otro problema que quería mencionar hizo referencia el Dr. Valls, y es muy importante. Es el del tejido celular subperitoneal. La resección de ese tejido, debe ser hecha en la forma más prolija y amplia posible.

En el tiempo peritoneal de la técnica de Fruchaud, uno se encuentra siempre con que esa bolsa peritoneal es mucho más grande de lo que uno la previó en el momento anterior, y tal vez de lo que uno la hubiese visto con otra técnica quirúrgica. Recuerdo que me estoy refiriendo al caso de las hernias voluminosas.

La vieja maniobra de Hoguet, cuando uno opera una hernia inguinal oblicua o intrainguinal, como decía el Dr. Delgado, y aclaro que creo que es la desig-

nación más adecuada en las hernias de retro e intrainguinales, uno ve un porcentaje enorme, haciendo esta maniobra, de hernias en pantalón o hernias en bisaco, donde cuando hay un hernia inguinal, siempre voluminosa, intrainguinal, es muy raro que conjuntamente no haya una hernia retroinguinal voluminosa que la acompañe.

Respecto a la sintomatología, quisiera decirle al Dr. Otero que, evidentemente, hay grandes hernias inguinales, y a veces en campaña vemos enormes hernias inguinales. Y en relación a la estrangulación, a pesar de los síntomas tremendamente bizarros que puedan existir en una hernia inguinal voluminosa, no creo que el médico no sea capaz de llegar a hacer el diagnóstico. Lo que pasa es lo siguiente: ese enfermo que tiene cantidad de síntomas, de dolores, que ha sufrido muchas veces cantidad de pequeñas suboclusiones y que han pasado, con frecuencia consulta tardíamente.

Yo tuve oportunidad de operar dos hernias inguinales voluminosas estranguladas. Uno de los enfermos había pasado días en su casa, tranquilamente, porque hacía varios años que sentía síntomas similares. Cuando los síntomas fueron alarmantes, recién fue a consultar al médico.

Debo hacer referencia a ciertas manifestaciones del Dr. Palma, en relación con la anestesia local. Efectivamente, la anestesia local, a pesar de ser bien hecha, provoca complicaciones en el enfermo. Por tiempo y por hábito fundamentalmente, uno se inclina más a la anestesia general. Pero hemos tenido oportunidad de hacer esa y otras técnicas con anestesia local, y sobre todo en casos de urgencia es fundamental, así como el saber hacer bien una anestesia local.

El acto de intubación previa —que no lo menciono en el relato—, me parece muy importante. En un enfermo con hernia inguinal voluminosa, tuvimos la certeza de que al haberle hecho la intubación previa le solucionó problemas que hubieran sido muy graves, porque los hizo a pesar de la intubación, aunque los sobrellevó muy bien.

El Dr. Urioste ha citado el procedimiento de Schmieden. Sobre él prácticamente nuestra experiencia es inexistente, por lo menos personalmente. Pero siempre que lo hemos visto hacer, nos ha dejado una muy buena impresión. Yo he visto dos personas operadas con ese procedimiento, presentar después problemas en el testículo. Es verdad que el Dr. Urioste hizo hincapié en que es fundamental el cuidado del cordón. Porque si hay una complicación que es evidentemente desagradable, es la del infarto testicular después de la hernia.

Debemos decir que del trabajo del Dr. Chifflet hemos recogido una buena experiencia, y la seguiremos aprovechando en el futuro. Esto me exige de otras palabras.

Quizás olvidé hacer referencia a algunas otras exposiciones. Pero que quede sentado nuestro punto de vista en el sentido de que el Fruehaud es una técnica con una indicación precisa, y esa indicación es en las hernias inguinales "voluminosas", o sea, lo que el relato nos había pedido.

Muchas gracias.

(Prolongados aplausos.)