

DISCURSO

LEÍDO ANTE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE VALENCIA

EN LA RECEPCIÓN DEL

DR. D. VICENTE PALLARÉS IRANZO

EL DÍA 22 DE ABRIL DE 1945

y

CONTESTACIÓN

DEL ACADÉMICO

DR. D. NICASIO BENLLOCH GINER

VALENCIA
1945

DISCURSO

DEL

DR. D. VICENTE PALLARÉS IRANZO

TRATAMIENTO OPERATORIO
DE LA HERNIA INGUINAL

EXCMO. SR. PRESIDENTE:
SRES. ACADÉMICOS:
SEÑORES:

Me sorprende el ingreso en esta Real Academia de Medicina con la misma emoción que hubiera sentido en mi juventud, debido a la respetuosa consideración que siempre me ha infundido la Corporación en que os dignáis recibirme.

Ahora, cuando el caso de la vida nos acompaña, se exacerba el sentido de la responsabilidad, y al saludar a los ilustres compañeros tenemos la preocupación de las actividades que podamos desarrollar y que ellas estén a la altura de vuestra competencia.

En este momento culminante de la vida profesional se despierta en mí un sentimiento de emoción y, a la vez, de gratitud por las enseñanzas recibidas, al recordar los Maestros que fueron y a los que aun quedan entre nosotros, a los que rindo sentido homenaje. Pero especialmente he de hacer mención del ilustre catedrático don Pedro Tamarit y Olmos, todo bondad, dedicado con gran entusiasmo al trabajo, en el que logró destacar por su competencia, acompañado de una conciencia que le hacía ejercer la profesión con la honrada actuación tan singular en los hombres privilegiados y rectos.

Al ocupar hoy su vacante sé que no puedo llenar el vacío que él dejó; pero así como a él le ayudé cuanto pude —como auxiliar de su cátedra—, así a vosotros os ofrezco trabajar cuanto pueda en el cumplimiento de mi deber.

Voy a someter a vuestra consideración un tema del que se ha

escrito mucho —TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA HERNIA INGUINAL—, que resulta de actualidad puesto que hoy preocupa a las naciones por el gran número de bajas que al servicio militar ocasiona la presencia de hernias.

El *Boletín de la Real Sociedad de Medicina de Londres*, correspondiente a febrero de 1943, refiere que en la Sección de Cirugía hubo varias sesiones destinadas a discutir el mejor tratamiento quirúrgico de las hernias con objeto de evitar las recidivas, ya que en el total de bajas hospitalizadas se llegó a tener un 13 por 100 debido a hernias.

En nuestro Hospital Provincial, y por estar encargado durante muchos años del Servicio de Cirugía general de hombres, puedo decir que tengo una casuística de trescientas a trescientas cincuenta hernias inguinales intervenidas al año, lo que representa el 50 por 100 del total de nuestras intervenciones anuales.

Nada extraño resulta que ante tal cantidad de intervenciones fuera motivo de preocupación para mí el tratar de practicar la cura operatoria de forma que diera la mayor solidez a las paredes del trayecto inguinal, y al mismo tiempo evitar las recidivas o fueran éstas mínimas.

La hernia, por la frecuencia con que se presenta, la inutilidad que para el trabajo de esfuerzo determina y porque una vez constituida está invariablemente sujeta a su progresión, es un problema que debemos mirar con la máxima atención. Naturalmente, la situación social del que la padece influye mucho para decidirse a la intervención, ya que el obrero no puede dedicarse a sus trabajos sujeto con un braquero que a los movimientos deja de protegerle.

La intervención debe practicarse correctamente, cumpliendo todas las indicaciones fundamentales, y no es la menor la de exigir del cirujano criterio y experiencia para tratar a los enfermos.

Quiero hacer resaltar que la operación de la hernia tiene muchos problemas que resolver y no es, como se cree, fácil cumplir con todos los detalles de la técnica sin una gran experiencia por parte del operador. Este debe de aprender ayudando muchas veces,

hasta lograr el dominio de la técnica; y no es que afirme esto caprichosamente, sino que también fué motivo de debate en la citada reunión de Londres, puesto que las recidivas se presentaban preferentemente en los operados por cirujanos noveles.

Como en todo problema quirúrgico, la hernia inguinal para tratarla adecuadamente se necesita que el cirujano conozca la disposición anatómica de la región y, además, las modificaciones que la lesión determina en la misma, puesto que estas modificaciones suelen alterar las relaciones normales.

RECUERDO ANATÓMICO

Es necesario que recordemos la anatomía de la región inguino-abdominal para mejor comprender la formación del trayecto inguinal. Este se forma como consecuencia del paso del cordón espermático, en el hombre, o del ligamento redondo en la mujer, a través de las paredes, alterando, según su evolución, la constitución de las mismas.

El trayecto inguinal tiene, aproximadamente, una longitud de 375 cm. en el hombre y de 5 en la mujer, debido a la mayor separación de los iliacos; cruza la pared abdominal, en dirección oblicua, hacia abajo y adentro, constituyendo un punto de menor resistencia. Su orificio profundo posterior, o mal llamado interno, es una depresión existente en la *fascia transversalis*, al que se denomina anillo inguinal interno; su abertura distal superficial o externa, constituyen el anillo inguinal superficial anterior o externo.

La pared anterior de este trayecto la forman la aponeurosis del oblicuo mayor y el interesante anillo inguinal externo, que sirve de punto de salida al cordón espermático. A nivel del anillo las fibras tendinosas se espesan considerablemente, como si fueran empujadas por el cordón, formándose los pilares interno y externo, y un refuerzo, el pilar posterior o ligamento de Colles, constituyendo todos ellos las inserciones pubianas del oblicuo mayor.

Según Gregoire, la pared anterior, hacia afuera, resulta formada por la aponeurosis del oblicuo y por las fibras de los músculos oblicuo menor y transverso; hacia adentro queda solamente la aponeu-

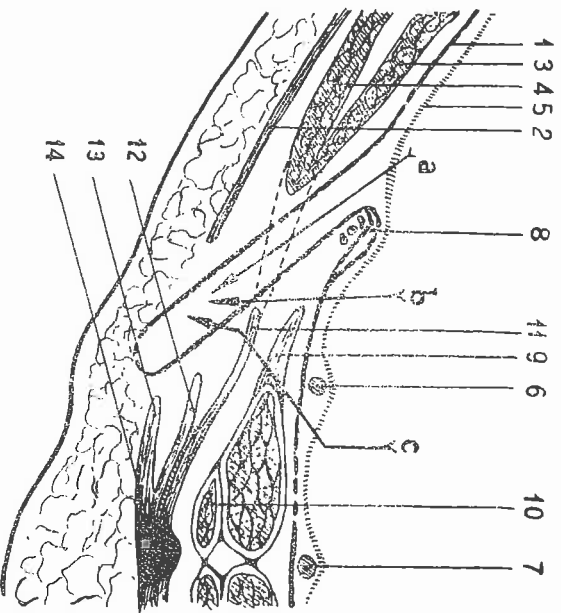


Fig. 1.—1, fascia transversalis; 2, aponeurosis del oblicuo mayor; 3, músculo transverso; 4, músculo oblicuo menor; 5, peritoneo; 6, cordón de la arteria umbilical; 7, uraco; 8, ligamento de Hesselsbach y vasos epigástricos; 9, ligamento de Henle; 10, gran recto y piramidal; 11, tendón conjunto; 12, ligamento de Colles o pilar posterior; 13, pilar interno, y 14, admi-nículo. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

rosis del oblicuo mayor, lo que hace que la pared sea más robusta, tenga más espesor, por su lado externo.

Por ello entiendo que se pueden describir en esta pared dos planos: un primer plano o superficial, constituido todo él por la aponeurosis del oblicuo mayor, y un segundo plano, formado por las fibras musculares del oblicuo menor y del transverso, que, más o menos reunidas, darán lugar a la formación del tendón conjunto, del que luego volveremos a tratar.

La pared inferior del trayecto inguinal la forma la arcada crural, resistente especialmente en su parte interna.

La pared superior, mejor borde superior, no existe más que en su parte externa, constituida por las fibras arqueadas del oblicuo menor y del transverso.

La pared posterior presenta gran interés, puesto que en esta zona es donde son mayores los efectos de la presión abdominal.

Adelantemos que así como hemos dicho, al juzgar en su conjunto la pared anterior, que era más fuerte hacia afuera, ahora, al hablar de la pared posterior, formada por muchos planos, resulta que es más robusta en su parte interna hacia adentro que hacia afuera (fig. 1).

En efecto, en un primer plano nos encontramos con el ligamento de Colles o pilar posterior, como le denominó Winslow antes de que lo describiera Colles; proviene del oblicuo mayor del lado opuesto, insertándose en el pubis desde la línea media hasta la espina del mismo. En un segundo plano el tendón conjunto, constituido, como se sabe, por la reunión fibrosa del oblicuo menor y del transverso, el tendón rebasa por fuera el ligamento de Colles.

Como ya dijimos al describir la pared anterior, la parte muscular del oblicuo menor y del transverso, origen del tendón conjunto, forma el plano profundo de la pared anterior del trayecto inguinal. Ahora vemos que al insertarse sobre el pubis el citado tendón conjunto, en la forma descrita, ocupa la pared posterior; luego necesariamente el segmento intermedio pasa por encima del cordón o del ligamento redondo, formando un asa de concavidad inferior, reuniendo así las dos paredes, anterior y posterior (fig. 2).

De donde resulta que se presenta como si fuera un puente colocado oblicuamente encima de un camino, cuanto más separados estén los puntos de apoyo, mayor será el puente y el camino más ancho. Si esta disposición existe en el tendón conjunto, resulta que entre los dos extremos del puente queda un arco u orificio mayor, entre punto débil por donde puede escaparse el contenido abdominal. A tal extremo le concede importancia, que insiste diciendo: «La resis-

cia a la debilidad de la pared posterior depende, en gran parte, de la conformación y de la solidez del tendón conjunto.» Y así observa lo fácil que es encontrarlo bien conformado en la hernia congénita

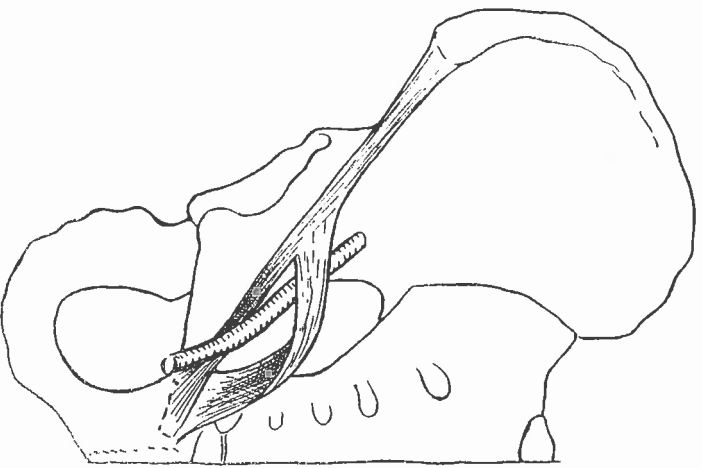


Fig. 2.— Disposición del tendón conjunto formando puente por encima del cordón. Forma parte de las paredes anterior, superior y posterior del trayecto inguinal. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

del niño, pero en la hernia adquirida del adulto la insuficiencia de su función es un hecho constante.

El tercer plano anatómico de la pared posterior está constituido por el ligamento de Henle, formación cuyo origen es muy discutido, pero que, indudablemente, proceda de uno u otro sitio, es un refuerzo fibroso que existe en la pared posterior.

Como dicen Ferrari y Morand: «El pilar de Colles, el tendón conjunto y el ligamento de Henle se encuentran unidos, se refuerzan y cada vez el posterior rebasa hacia afuera el anterior» (Fig. 1). Pero esta reunión de tejidos no ocupa toda la extensión de la pared, sino que persiste, por fuera del borde externo del ligamento de Henle hasta el ligamento de Hesselbach, un punto débil, en el que solamente la *fascia transversalis* le protege.

El ligamento de Hesselbach está constituido por el refuerzo fibroso de la *fascia transversalis* en el punto donde los elementos del trayecto inguinal inician su salida por el orificio profundo, y depende mucho de la situación de la epigástrica, que con el citado ligamento de Hesselbach forman el límite interno de la salida del cordón hacia el trayecto inguinal.

Anillo inguinal externo.— Formado por los dos pilares interno y externo del oblicuo mayor, su altura es de 25 a 27 mm. y su anchura de 10 a 12. Tiene gran importancia la resistencia de este anillo fibroso en lo que hace referencia a la contención y protección de la pared formada por la aponeurosis de oblicuo mayor. Esta, como si fuera una fuerte lona bien sujeta por sus pilares, contiene la presión abdominal. La importancia a que nos hemos referido fué probada en Polonia durante la guerra de 1914, donde para evitar prestar servicio militar a los rusos fueron producidas artificialmente numerosas hernias con la simple sección del anillo externo, según manifestó Dickson-Wright, en la Sección de Cirugía de la Real Sociedad de Medicina de Londres, en la discusión ya citada, que tuvo lugar en febrero de 1943.

El orificio profundo o interno se encuentra, como dice Rouvière, a 1'50 cm. de la arcada crural y a unos 7 de la línea blanca.

Los elementos del cordón salen rodeados por la *fascia transversalis*, a la que empujan por la parte externa del ligamento de Hesselbach.

La arteria epigástrica, con el ligamento de Hesselbach, limitan por dentro la llamada foseta inguinal externa, y sirve para distinguir las hernias oblicuas externas de las hernias directas, que salen

por el punto débil de la pared a través de la llamada foseeta inguinal media, situada entre el ligamento de Hesselbach, la arteria epigástrica, por fuera, y el cordón fibroso de la arteria umbilical por dentro; y por fin, entre este cordón fibroso y el uraco está situada la foseeta inguinal interna, por donde pueden emerger las hernias inguinales internas (fig. 1, a, b y c).

* * *

Las consideraciones que emanan de la anatomía que sucintamente hemos relatado, tomada en su mayoría de la descripción que en la *Encyclopaedia Medico-Chirurgica* hacen Ferrari y Morand, son las que, ya hemos dicho, la pared anterior del trayecto tiene un espesor mayor por fuera que por dentro, a la inversa de lo que sucede a la pared posterior.

Gregoire hace la síntesis del trayecto inguinal con las dos conclusiones siguientes: 1.ª En su marcha de fuera hacia adentro el cordón está colocado por detrás; después, en medio, y al fin de su recorrido, por delante de los elementos constitutivos de la pared; y 2.ª El tendón conjunto esquematiza el hecho, puesto que él está por delante, por encima y, al fin, por detrás del cordón (fig. 2).

El trayecto inguinal varía de forma y dimensiones; en el niño, es casi un conducto recto; en el adulto, oblicuo, y en los diferentes estados patológicos, por la presencia de hernias voluminosas, puede llegar hasta coincidir el anillo interno con el externo.

EMBRIOLOGIA DEL TRAYECTO INGUINAL

En el sexo masculino el testículo, órgano emigrador desde la cavidad abdominal, donde toma su origen, se encuentra al nacer el niño en el escroto, después de haber atravesado la pared. El proceso del descenso del testículo tiene lugar por el conducto inguinal, en la dirección del *gubernaculum testis* de Hunter, fijado en su polo in-

terior. Esta emigración, en su tiempo inguinal y escrotal, da lugar a la aparición del canal vaginoperitoneal.

Como ya hemos dicho, en el niño el trayecto inguinal apenas tiene la longitud de las paredes abdominales, porque coinciden los anillos profundo y superficial en esta época de la vida; luego, a medida que se ensancha la pelvis, se separan los anillos y la oblicuidad del trayecto se establece.

La obliteración del canal vaginoperitoneal se verifica, según Delmas, por citolisis de las células endoteliales, y debe comprender normalmente las porciones inguinal y funicular, donde luego no subsiste más que un filamento blanco en el centro del cordón, que es el llamado ligamento vaginal de Cloquet.

En la mujer, como el ovario queda en la pelvis, solamente pasa el ligamento redondo con el divertículo vaginoperitoneal, constituyendo el conducto de Nück; también sufre proceso de obliteración y desaparece el canal vaginoperitoneal.

Por resultar muy instructivas, acompaño las originales figuras del texto de Watson, de California, marcando la evolución del descenso del testículo (fig. 3).

ANATOMIA PATOLÓGICA

Por la foseeta inguinal externa salen las hernias oblicuas externas. Según su grado de desarrollo y progresión, se presentan con aspecto diferente. La hernia que queda detenida a nivel del orificio inguinal constituirá la hernia intrainguinal de Boyer; si sale a nivel del orificio inguinal externo, se le denomina bubonocel; si desciende hasta el nivel del escroto, se le llama hernia funicular, y por último, cuando llega al escroto, es la hernia escrotal.

Las hernias que salen por la foseeta inguinal media no pasan por dentro del cordón, sino que atraviesan directamente el trayecto inguinal, haciéndose aparentes bajo los tegumentos, razón por la que se les llaman hernias inguinales directas.

La foseta inguinal interna dará lugar a las hernias inguinales oblicuas internas, que son muy raras debido a lo resistente que resulta el orificio profundo.

Como vemos, cada variedad de hernia toma origen en distinto orificio profundo, constituido por cada una de las tres fosetas; pero el orificio superficial es común para las tres: es el orificio superficial o externo del trayecto.

La posibilidad de persistir el conducto vaginoperitoneal hace que se dividan las hernias inguinales oblicuas externas en congénitas y adquiridas.

La hernia inguinal externa adquirida y la congénita son siempre intrafuniculares, pero el saco de la adquirida desciende por la cara anterior de los elementos del cordón, con los que, a veces, adhiere íntimamente.

La hernia inguinal congénita es la que se establece a través del conducto vaginoperitoneal, persistente o anormalmente obliterado. En el primer caso, se forma la hernia vaginoperitoneal completa. Pero, como ya dijimos al hablar de la embriología del canal vaginoperitoneal, sufre un proceso de citolisis, que es el encargado de formar las adherencias hasta desaparecer, cerrándose completamente. Según tenga lugar el cierre, pueden existir diversas variedades de hernias intrafuniculares. El saco puede estar cerrado en dos sitios diferentes o quedar obliterado un pedazo del canal, recordando el ligamento de Cloquet. Este, a su vez, puede no estar obliterado del todo y dejar una comunicación entre la hernia y la vaginal. Total que, según las combinaciones distintas, debidas a oclusiones imperfectas establecidas, se presentarán distintas hernias funiculares, hernias y quistes, o hasta la combinación hernia e hidrocele. Variedad esta última a la que Cooper designó hernia enquistada de la vaginal.

La hernia inguinal congénita puede no aparecer hasta la edad adulta, bajo la influencia de alguna causa ocasional. La disposición del saco nos informará respecto de su carácter congénito. En efecto, el saco de la hernia congénita es notable por su delgadez y por la irregularidad de su calibre. Por su cara interna pueden verse los

repliegues, en forma de válvulas o diafragmas, que responden a las zonas en las que ha empezado a ocluirse el conducto vaginoperitoneal, y que son los llamados anillos de Ramonede, que pueden ser

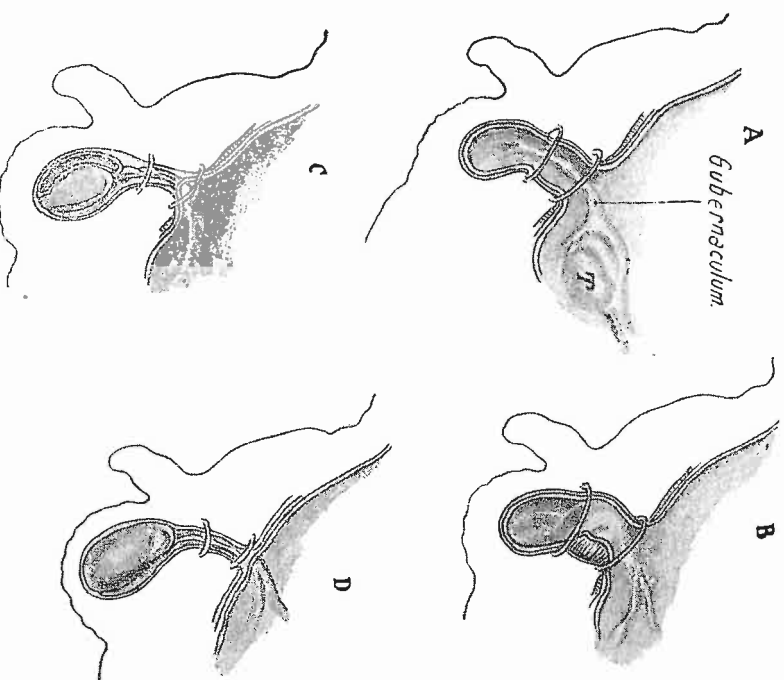


FIG. 3.—A, testículo en la cavidad abdominal. El gubernaculum precede al testículo en su descenso; B, testículo en el escroto. Se emplea a obliterar el conducto vaginoperitoneal; D, testículo en su posición normal.

motivo de estrangulación al transformarse, con el tiempo, en anillos rígidos e inextensibles.

Además de ser el saco delgado e intrafunicular, nos prueba ser congénito sus relaciones con los elementos del cordón, puesto que

esta clase de hernias se desarrollan en medio de dichos elementos y al crecer tienen tendencia a disgregarlos, ofreciendo, a veces, el saco fuertes adherencias a los mismos. Este hecho da lugar a que la disección de este saco, durante la operación, resulte penosa y hasta difícil. Luego diremos cómo se resuelve este problema, sobre todo en los casos en que, emascarados los elementos del cordón con el saco, no se les ve hasta que se abre el mismo. Entonces aparecen formando relieve en la cavidad herniaria y hasta tienen, o pueden tener, un meso.

No hay que olvidar reconocer el conducto deferente, lo que no es difícil teniendo presente su consistencia especial, juntamente con su aspecto de cordón, y el estar situado casi siempre en la parte posterior e interna del saco.

Así como hemos dicho que había distintas variedades de hernia intrafunicular, considerando la evolución y obliteration del conducto vaginoperitoneal, por las disposiciones del saco las hernias congénitas pueden tener formas irregulares. El saco de la hernia, abandonando el trayecto normal del conducto vaginoperitoneal, puede tomar una dirección divergente, ya sea todo él, ya sea una parte del mismo la que cambie de dirección, en sentido lateral o formando una prolongación, que se infiltra o desliza entre los intersticios de la pared abdominal. La hernia tiene de esta forma dos sacos.

En la hernia llamada propperitoneal o de Krönlein, el saco se sitúa entre la *fascia transversalis* y el oblicuo menor y transverso. En la llamada inguinointersticial se coloca entre el oblicuo mayor, por delante, y el transverso y oblicuo menor por detrás.

En la hernia de Küster, inguinoperitoneal, el saco se coloca entre la aponeurosis del oblicuo mayor y la piel.

Todas estas formas van acompañadas, generalmente, a un defecto de la evolución del testículo, coexistiendo ordinariamente con una ectopia testicular.

La hernia congénita, en la mujer, es frecuentemente bilateral, y siguiendo el conducto de Nüick puede llegar hasta el tercio superior del gran labio.

El contenido del saco. — Lo más corriente al abrir el saco es encontrarse con el intestino delgado o el epiploon. Caso de encontrar solamente el intestino delgado, se llama la hernia enterocele. De ser el epiploon el que ocupa el saco, se denomina epiplocele. De coexistir intestino delgado y epiploon, diremos se trata de un enteroepiplocele.

Pero no solamente puede ser habitado el saco por estas vísceras, sino que lo puede ocupar el colon, especialmente en la hernia inguinal izquierda. En el lado derecho, el ciego o el apéndice, conjuntamente o aislado.

El divertículo de Meckel puede ser el que, rellorando el saco solo o el asa intestinal de donde emerge, constituye la llamada hernia de Littre.

Si la vejiga ocupa el saco, se denomina la hernia cistocèle.

La vejiga puede salir por el punto débil de la pared, fosea inguinal media, y emerger en el trayecto inguinal, constituyendo ella sola la hernia, sin existencia del saco: será la hernia extraperitoneal. La pared lateral de la vejiga, atraída por el saco herniario, puede salir al trayecto inguinal por dentro del saco: será la hernia paraperitoneal, cosa muy frecuente en la práctica y que luego diremos cómo procedemos en esta clase de hernia para su tratamiento.

Es muy rara la variedad intraperitoneal, que se constituye cuando la vejiga, al salir por la fosea media tapizada con su serosa, empuja al peritoneo parietal.

En las mujeres se puede encontrar la trompa, el ovario o los dos. Si se trata de hernia inguinal, siempre hay persistencia del conducto de Nüick.

La hernia inguinal directa, la que sale por la fosilla inguinal media y por dentro de la arteria epigástrica, siempre es yuxtafunicular, y, con razón, Forgeue defiende que no es sólo una variedad anatómica posible, sino que es una forma clínicamente frecuente.

Por su importancia, por su etiología, diferente de la hernia inguinal externa, y porque sus relaciones anatómicas son distintas, la técnica quirúrgica para tratarla ha de ser diferente, obediendo al

mandato de la disposición anatómica de las lesiones ante las que nos encontramos.

Supongamos, como dice Forgue: «El índice introducido de atrás adelante, a través de la pared abdominal, en la fosta inguinal media de los anatómicos, y como en este punto se encuentra la zona débil de la pared, constituyendo el punto flaco y mal construido de la cincha músculoaponeurótica, el dedo, empujado directamente ante sí, como lo hacen las vísceras herniadas a través de este sitio, rechaza los planos siguientes de atrás adelante: el peritoneo, la capa celulosa subperitoneal que ocupa el fondo de la fosta y la *fascia transversalis*, que en este punto débil es el elemento fundamental de la pared posterior del conducto inguinal.»

Si este dedo continúa empujando directamente hasta la línea inguinal externa, al llegar debajo de los tegumentos habrá realizado el trayecto de una hernia inguinal directa. En esta posición, como dice His, «el dedo es aprisionado por dos sistemas de láminas agudas, situado uno detrás del otro, y constituidos: el posterior, por los ligamentos de Henle y de Hesselbach, y el anterior, por el contorno del anillo inguinal externo.»

Ahora bien; precisamente porque este aparato fibroso tiene un valor de resistencia que depende de la contracción de los músculos de la pared de que emana o con la que se relaciona, se comprende que resulte insuficiente cuando flaquean la tonicidad y la fuerza contráctil de estos músculos.

A pesar de esta debilidad, la hernia inguinal directa no suele presentarse hasta la edad madura, porque es entonces cuando empiezan los músculos a perder su tonicidad, cuando su poder contráctil mermado no pone tensas las fascias de refuerzo, ligamento de Henle y, sobre todo, el tendón conjunto, cuya robustez tanta importancia tiene para evitar la presentación de esta hernia.

Ahora es oportuno recordar cómo influye la constitución y forma del arco del tendón conjunto, según dijimos en la presentación de esta hernia, es decir, que las condiciones individuales de la región, según nosotros hemos podido comprobar reiteradas veces, contri-

buyen a debilitar la región conjuntamente con la disminución del tono muscular.

Con Forgue diremos: «Que tres caracteres distinguen a la hernia inguinal directa, y que se refieren: 1.º Al saco y sus cubiertas. 2.º A su pedículo; y 3.º A sus relaciones con la hernia epigástrica y el cordón.»

Efectivamente, la hernia directa presenta: 1.º Una cubierta en continuidad evidente con las *fascia transversalis*. 2.º Una capa grasienta, más o menos lipomatosa; y 3.º La serosa delgada, que no tiene la consistencia del saco peritoneo vaginal y que está adherida a la capa grasienta anteriormente citada.

Y siguiendo a Forgue, pues su descripción la he encontrado rigurosamente comprobada, diremos «que es un hecho digno de notarse que la hernia directa, inguinal por su posición, es comparable a la hernia crural por la composición de sus cubiertas». En ella encontramos, más o menos alteradas, las tres capas que ha empujado la salida de las vísceras, embutidas en el fondo del punto débil, como aquello lo rechaza en el anillo crural. 1.º El peritoneo. 2.º El plazo de variable espesor del tejido celuloadiposo subseroso; y 3.º Una capa fibrosa que para la hernia crural forma el *septum* de Cloquet y para la inguinal directa representa la *fascia transversalis* empujada, distendida en forma de verdadero saco externo.

Los vasos epigástricos, lo hemos de repetir una vez más, están por fuera del cuello del saco, porque éste es el signo de precisión para distinguir la hernia inguinal directa de la oblicua externa, cuando ésta tiene gran volumen y ha rectificado el trayecto inguinal. Recordada la anatomía patológica, prescindiremos del estudio de los síntomas, diagnóstico, pronóstico y complicaciones de las hernias inguinales, pasando al tratamiento operatorio, si bien haciendo mención de las indicaciones de la operación.

Las indicaciones en el niño de más de cinco años, y que no haya respondido al tratamiento por vendaje adecuado, son definitivas. Si existe ectopia del testículo en el trayecto inguinal, que impida llevar braguero, la operación debe practicarse lo más pronto posible.

En el adulto toda hernia inguinal debe ser operada, salvo contra-indicación debida al estado general.

En el viejo la conveniencia de la operación dependerá del estado general y del estado local, ya que la musculatura débil, con relajación de los planos aponeuróticos, aboca al fracaso y a la recidiva, cosas que se deben de tener en cuenta antes de decidirse.

CURA OPERATORIA DE LA HERNIA INGUINAL EXTERNA SEGUN

LA TECNICA DE BASSINI

1.° *Incisión.* — Se practica la incisión de la piel desde un punto situado a 1'50 cm. de la espina iliaca anterior superior, paralela al ligamento de Poupart, hasta la espina del pubis, de 8 a 10 cm. de longitud, llegando hasta el anillo externo.

2.° Profundizada la incisión, de forma que quede al descubierto la brillante aponeurosis del oblicuo mayor y los dos pilares del anillo inguinal externo, se procede a la hemostasia de los vasos epigástricos superficiales, cuya dirección es perpendicular a la incisión.

Es conveniente, dice el doctor Catterina en el libro dedicado a dar a conocer la técnica de su maestro Bassini, que los colgajos de la aponeurosis sean seccionados de forma que la parte inferior que resulta de la sección tenga cierta anchura, para lo que es preciso que la citada incisión sea practicada, por lo menos, a 2 cm. del ligamento de Falopio. La incisión de la aponeurosis debe dirigirse hacia la parte interna del anillo inguinal externo.

De este modo la sutura profunda se encontrará situada más hacia abajo que la sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor, con lo que resultará que las dos suturas no se encuentren superpuestas.

3.° Se aplican pinzas al borde de cada uno de los colgajos aponeuróticos y se separa el colgajo superior hacia adentro y el inferior hacia el ligamento de Falopio. Con la ayuda de una gasa se desnuda la hoja inferior del oblicuo mayor, dividido, separándola de las for-

maciones subyacentes, con lo que quedarán expuestos los elementos contenidos en el trayecto inguinal.

4.° *Aislamiento del cordón.* — Al nivel del anillo inguinal externo e introduciendo el dedo índice, siempre rozando el canal inguinal por debajo del cordón, se aísla éste, teniendo que sacar el índice por la parte opuesta, de forma que el cordón cabalque sobre el mismo. Debe completarse el aislamiento del cordón hasta conseguir quede totalmente libre y aislado del trayecto inguinal.

5.° Se procede a la sección y denudación del saco para aislarle del cordón espermático hasta un punto tan alto como sea posible, en relación con el anillo inguinal profundo o interno. El aislamiento debe comenzar precisamente en la parte alta, junto a la salida del saco, porque allí los elementos son más fácilmente separados.

6.° En las hernias externas aconseja Catterina tirar del fondo del saco para poder tener tensa la *fascia transversalis* e inclinarla, detalle que permitirá movilizar con mayor facilidad los dos músculos transverso y oblicuo menor que están a ella superpuestos, y que constituyen con la fascia el verdadero estrato triple, que deberá ser suturado al borde libre del ligamento de Poupart; el operador debe ver los vasos epigástricos para protegerlos en las maniobras posteriores.

7.° Abierto el saco, se examina su contenido y se procede según las circunstancias del caso.

8.° *Ligadura del saco.* — Por transfijión en un punto tan alto como sea posible, y cuidando de no herir los vasos epigástricos, se pasará el catgut crómico, que será anudado cuidadosamente.

9.° Resecado el sobrante del saco, el muñón del mismo se retraerá más allá del orificio inguinal profundo.

10.° *Sutura profunda.* — Separado el cordón, para lo cual se pasa por debajo del colgajo inferior de la aponeurosis mayor, queda desplazado de forma que permite tener ancho campo. Conseguido esto, se procede a la colocación de los puntos, que comprenden lo que Catterina llama triple estrato—oblicuo menor, transverso y *fascia transversalis*—, y por la otra parte, el ligamento de Falopio. Y así continúa colocando seis o siete puntos de sutura, de forma que el

más superior quede situado a 1 cm. por encima de la salida del cordón, de modo que este último forme un ángulo agudo en el punto de su emergencia, sin quedar estrangulado.

11. *Reposición del cordón.* — Colocado el cordón sobre su nuevo lecho, se unen las porciones de aponeurosis con sutura entrecortada. Se debe comprobar que el cordón no sufre compresión, puesto que de no tener presente esta observación puede resultar atrofia del testículo.

12. Sutura de la piel.

PROCEDIMIENTO DE FORGUE

Es la modificación al procedimiento de Bassini, que consiste en hacer la sutura por delante del cordón, método antefunicular o pre-funicular.

Este procedimiento suprime el trayecto inguinal, puesto que el cordón queda colocado por bajo de la sutura y solamente permanecerá un orificio para la salida del cordón.

Con objeto de hacer fuerte la pared aconseja Forgue comprender en la sutura a la arcada crural, juntamente con el tendón conjunto, el músculo recto del abdomen, con lo cual se consigue una solidez mucho mayor. Para ello, luego de pasar, regla general, cuatro hilos por la arcada crural, hace amplio descubrimiento del oblicuo menor, el transverso y del tendón conjunto, hasta llegar al tendón del músculo recto y la mayor parte posible de su cara anterior.

Una vez descubiertos, con una aguja de pedal pasa los hilos colocados en la arcada crural, cogiendo: en la parte inferior, el tendón del recto y el tendón conjunto; en la parte media y superior, el músculo recto con los músculos oblicuo mayor y transverso. Luego se practica la sutura de la aponeurosis y, por fin, de la piel.

MODIFICACION PERSONAL AL PROCEDIMIENTO DE BASSINI PARA LA CURA OPERATORIA DE LA HERNIA INGUINAL EXTERNA

Técnica

1.° *Incisión de la piel.* — La incisión cutánea se realiza previa fijación de los puntos de referencia: espina ilíaca anterior superior, por la parte superior, y el relieve que forma el cordón al comprimir la piel sobre el pubis; por abajo nos marcará el anillo inguinal externo. Esta incisión nunca la prolongamos hacia escroto; caso de necesitar campo para ver la arcada pubiana, lo conseguimos con un separador. Se pinzan los vasos subcutáneos que sangren, y habitualmente continuamos la intervención sin poner ligaduras, manteniendo las pinzas, si hace falta, hasta el fin de la intervención.

2.° *Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor.* — Se incinde la aponeurosis del oblicuo mayor hasta dividir el anillo inguinal externo, cuidando de acercarse más al pilar interno con objeto de que el colgajo exterior sea un poco más ancho. Se aplican dos pinzas de Pean a cada lado de los bordes aponeuróticos.

3.° *Aislamiento del cordón.* — Queda el cordón a la vista envuelto en su fibrosa; para liberarle, se despega con una gasa de las adherencias con la aponeurosis externa, y para lograr exteriorizarlo, se consigue con el dedo índice. Este debe de salir por el lado opuesto, de forma que el cordón cabalgue sobre el mismo a nivel del anillo externo, concluyendo el aislamiento hasta desprenderle a nivel del orificio interno.

4.° *Incisión de la envoltura fibrosa del cordón.* — Se incinde la envoltura del cordón, y con disección roma se busca el saco, de aspecto inconfundible, sujetándole con dos pinzas de Kocher.

5.° *Aislamiento del saco del conducto deferente y sus vasos.* — Con las pinzas colocadas en el saco se tira del mismo y se procede con una gasa a desprender las adherencias, que si son laxas ceden con faci-

lidad. Hay que llegar hasta el orificio interno, en donde se seccionará el saco, y por transfijión, una vez observado el contenido del mismo, se practicará la ligadura.

No todas las hernias permiten este aislamiento tan sencillamente, sino que hay tales adherencias al conducto deferente, sobre todo en

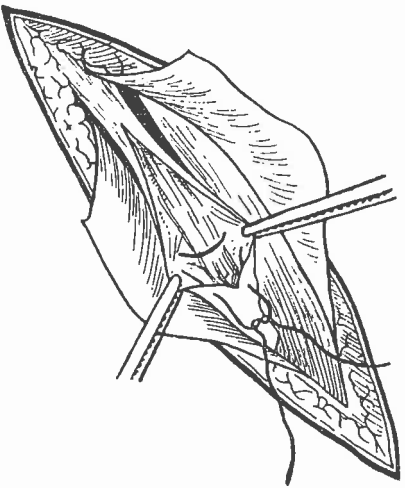


Fig. 4.—Sutura en bolsa del saco. (Tomado de la *Enciclopedia Médica-Quirúrgica*.)

el saco fino congénito, o por inflamaciones repetidas, que es muy difícil conseguir este aislamiento.

Para muchos la solución a este problema la buscan con la ligadura en bolsa del saco (fig. 4). Deficiente técnica que no aísla completamente la pared propia del saco y, por tanto, no se produce la retracción del mismo hasta la grasa subperitoneal, que es donde pierde la relación con el cordón y no queda en estado potencial de empujar de nuevo a través del mismo.

En estos casos, nosotros, siguiendo a Ombredane, que por tener que operar a muchos niños con persistencia del conducto vaginoperitoneal ha tenido que vencer esta dificultad, inclinamos el saco de través (fig. 5), pero únicamente la serosa, y con disección delicada conseguimos el aislamiento completo; con facilidad asombrosa se logra despegar los elementos del cordón. El saco, una vez bien libe-

rado, se liga, y la parte del mismo que continúa adherida al cordón se reseca o se deja abandonada.

De no seguir esta técnica muchas veces se tendrá que practicar la castración, obligada por la gangrena del testículo.

6.° *Sutura profunda prejunicular*. — Forgue ya modificó este tiem-

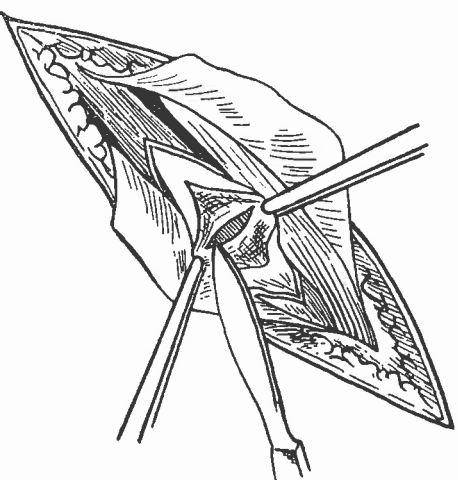


Fig. 5.—Incisión transversal del peritoneo del saco. (Tomado de la *Enciclopedia Médica-Quirúrgica*.)

po con respecto a Bassini. Nosotros, siguiendo esta modificación de abandonar el cordón, con lo que se evita el débil punto del orificio interno, hacemos la sutura profunda, cogiendo, por el lado externo, la aponeurosis del oblicuo y la arcada de Falopio hasta el pubis, y por el otro lado, cogemos el ligamento de Coles, tendón conjunto y aponeurosis del oblicuo del lado interno, cuidando de dejar espacio para la salida justa del cordón al dar el primer punto. Luego se ponen cinco o seis puntos más en la misma forma, a distancia entre sí de 7 u 8 mm. (fig. 6).

7.° *Sutura de la piel*. — Se sutura con puntos entrecortados de crin, pasando los hilos a 1 cm. del borde de la incisión, de forma que, atravesando el tejido celular adiposo, cojan los bordes de la

aponeurosis y salgan por la otra parte, haciendo el mismo recorrido en sentido contrario; estos puntos se dejan sin anudar (fig. 7).

Se colocan los agrafes en borde cutáneo, y una vez colocados se anudan los crines sobre un rodillo de gasas (fig. 8), con lo que conse-

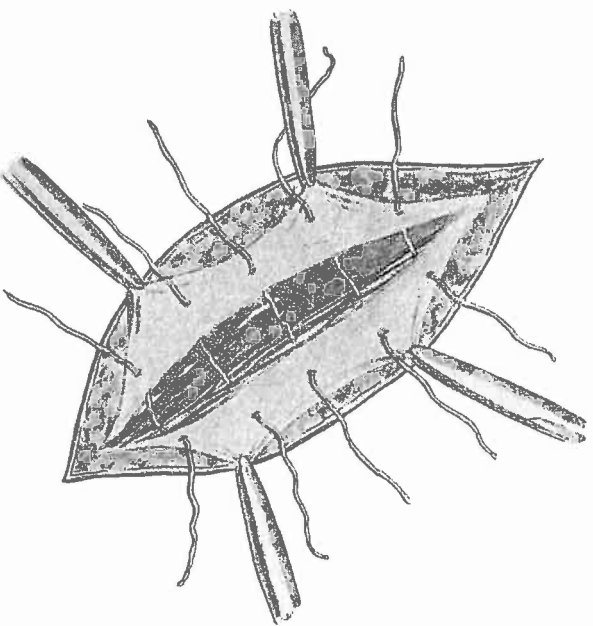


Fig. 6. — Sutura profunda préfunicular.

guimos la hemostasia, se evitan espacios muertos y se sostiene la sutura fuerte en caso de tos o esfuerzo.

Procuramos no hacer habitualmente ligadura de los pequeños vasos, ni sutura de catgut, causante muchas veces de infecciones al quedar en tejido como la aponeurosis, de tan poca vitalidad y, por tanto, con malas condiciones para la reabsorción.

TECNICA PARA LA CURA OPERATORIA DE LA HERNIA INGUINAL DIRECTA

1.º La incisión de la piel en la misma forma que hemos descrito para la inguinal externa; asimismo, la sección de la aponeurosis y el

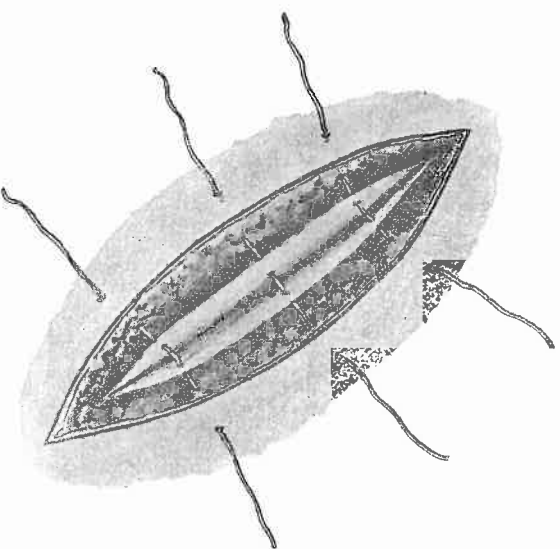


Fig. 7. — Sutura de la piel y bordes de la aponeurosis.

aislamiento del cordón tendrán lugar por medio de la misma técnica descrita.

2.º Al aislar el cordón se le separa bien de la hernia directa, que es yuxtafuncular, pegada al cordón por su lado interno; y una vez aislado el cordón, se le recina por fuera del colgajo externo de la aponeurosis incidida, sujetándole por medio de las pinzas que tiran del colgajo de la aponeurosis (fig. 9).

Con una pinza de Pean se coge el saco de la hernia y se secciona

la *fascia transversalis* a nivel de su base. Luego, con disección roma, hecha con el dedo índice, se libera el saco de adherencias, hasta conseguir quede éste tan libre que se pueda mover ampliamente en todas direcciones.

Realizado esto, con la misma pinza se lleva el saco hacia la pro-

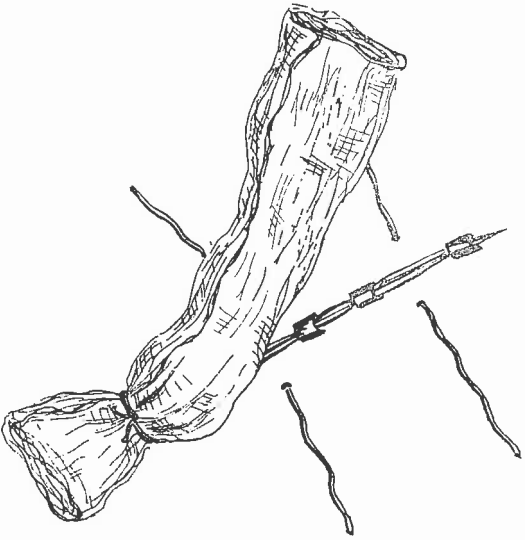


Fig. 8. — Fijación del cigarrillo de gasa al anudar las cirres.

fundidad, hasta el tejido celular subperitoneal, donde se retiene fijo en esta posición hasta pasar al tiempo siguiente.

Como se ve, en esta clase de hernias casi nunca resecamos el saco, puesto que al liberarle de sus adherencias, luego de seccionada la *fascia transversalis*, desaparece la forma de tal saco herniario, quedando el peritoneo libre, lo que permite dejarlo en su posición primitiva, como estaba antes de producirse la hernia; pero hay más, es que en esta hernia directa, muy frecuentemente, se acompaña de la vejiga por su lado interno, y por este detalle de nuestra técnica se evita su herida o sección, lo que es de una importancia

grande, ya que la complicación, si se le incide, siempre es grave, aun procediendo a la sutura inmediata de la misma.

3.° *Sutura profunda retrofunicular.* — Como quiera que, al contrario de lo que hacemos con la hernia inguinal externa, el cordón está aislado y por fuera de la aponeurosis, aquí podemos y debemos,

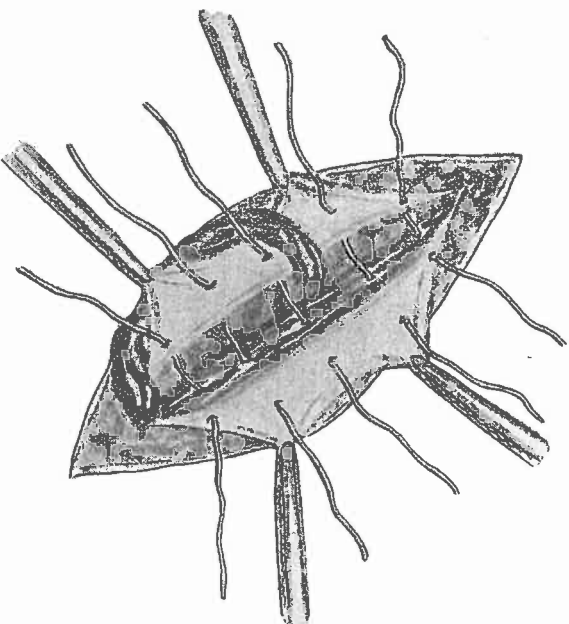


Fig. 9. — Sutura profunda retrofunicular.

puesto que es el tiempo esencial, cerrar completamente la pared posterior a nivel del pubis.

Para ello pasamos el hilo de lino por el colgajo de la aponeurosis externa del oblicuo, cogiendo el hilo, desde su entrada hasta la salida de esta aponeurosis, unos 2 cm. de la misma; luego pasa rozando el pubis para entrar por el otro lado, cogiendo el ligamento de Colles, tendón conjunto y aponeurosis del oblicuo con la misma amplitud que cogimos en el lado externo.

Al anudar este punto ocluye el orificio inguinal externo y, ade-

más, logramos poner tensa la parte, siempre relajada en esta clase de hernias directas, del tendón conjunto.

Es preciso insistir, una vez más, en la alta importancia que la relajación del tendón conjunto representa en la etiología de estas hernias y, por tanto, el gran valor que tiene ponerle en tensión con la sutura bien dirigida.

Luego se ponen cuatro o cinco puntos más, hasta llegar a nivel del orificio inguinal profundo, donde se deja espacio suficiente para la salida del cordón, pero colocando otro punto a 0'50 cm. de distancia por la parte superior. De esta forma queda el cordón como almohadillado por los músculos comprendidos entre la aponeurosis.

Anudados estos hilos, el cordón se sitúa entre las hojas de la aponeurosis que quedan por encima de los puntos colocados o se abandona en el tejido celular si no hay bastante aponeurosis para cubrirlo.

4.° Sutura de la piel y aponeurosis, siguiendo la misma técnica descrita para la inguinal externa, con la colocación de un cigarrillo de gasa.

Las técnicas, modificación del procedimiento de Bassini, que acabo de relatar son las propias, las que estoy practicando hace muchos años, para restaurar con la mayor solidez posible el trayecto inguinal en caso de hernia.

Las presento avaladas por una práctica de más de dos mil casos operados, y cuyas historias en mi fichero del Hospital Provincial constan.

Como todos sabemos, las modificaciones al procedimiento de Bassini son numerosas, y así tenemos Rochart y Forgue, en Francia; Wölfler, en Alemania; Halsetd, en Inglaterra, y otros.

El principio de la imbricación de la aponeurosis, concebido por Lucas Championere, es introducido en la práctica por Andrews en Norteamérica, y los cirujanos argentinos Finochietto y Squirru la practican, según refiere el libro del doctor Landivar.

Nuestra intención no es la de hacer una crítica de todos ellos, sino la de dar a conocer el resultado de nuestra técnica y el *modus*

faciendi que a nosotros se nos ocurrió, fundamentado en la anatomía del trayecto inguinal, aprovechando lo más robusto de su parte externa y de su parte interna para unirlo en la forma descrita, que difiere de otras porque nos servimos de la aponeurosis de ambos lados de la incisión del oblicuo mayor, al practicar la sutura con puntos entrecortados, de forma que sirva de refuerzo. Para ello cogemos la mayor cantidad posible de la citada aponeurosis, con objeto de que la superficie de contacto sea lo más extensa que en cada caso se pueda obtener.

Pero nos complace que esto que venimos practicando desde hace unos quince años, y que tantas veces me habían pedido ayudantes y alumnos que lo publicara, que al describirlo en este trabajo resulte tan al día, puesto que, como al principio dijimos, se está discutiendo en la Sociedad de Cirugía de Londres de qué procedimientos servirse con objeto de obtener el menor número de recidivas.

Las distintas modificaciones al procedimiento de Bassini, concebidas en tan diversos países y por tan diferentes cirujanos, naturalmente vienen a coincidir en lo esencial, ya que a todos ha dirigido el mismo principio, evitar la recidiva, y se han tenido que servir de la misma materia prima, disposición anatómica a nivel del trayecto inguinal. Pero parece ser que hay cosas plenamente dilucidadas, cual es el uso de material inabsorbible para la sutura: lino, seda y, últimamente en Norteamérica, el algodón.

El procedimiento prefunicular para la hernia inguinal externa y el retrofunicular para la hernia inguinal directa.

Este es el resultado, ilustres Académicos, de muchos años de trabajo y de una repetición de técnica obteniendo buenos resultados. Yo celebraré que así lo comprendáis, para juzgar con indulgencia mis mal pergeñados comentarios.

Os aseguro que hubiera querido poseer las condiciones de escritor fácil y ameno, con objeto de haber presentado el tema tratado con la galanura de estilo propia de esta prestigiosa Corporación, en la que me honro al ingresar.

CONTESTACIÓN

DEL ACADÉMICO

DR. D. NICASIO BENLLOCH GINER

EXCMO. SR. PRESIDENTE:
SRES. ACADÉMICOS:
SEÑORES:

He de quedar muy agradecido a la Real Academia de Medicina, por la designación de padrino en este acto de recepción del doctor Pallarés Iranzo, ante el honor que me confiere; ello aparte que siempre es grato apadrinar, ya que lleva consigo fiesta, alegría y satisfacción en bautizo, boda o presentación; con la diferencia, sin embargo, que si en los dos primeros casos su actuación le asegura el éxito brillante, el cumplimiento de nuestra misión tiene la dificultad de ponerse a tono con los prestigios de la docta entidad que me confirió el encargo de apadrinar y con la personalidad apadrinada.

A fuer de sincero, temo más caer en falta con la Academia por mi actuación deficiente que con el apadrinado, ya que los merecimientos de la primera y el recuerdo de actos anteriores que le prestaron brillantez le da derecho a exigirnos mucho, por lo mismo que tanto nos honra perteneciendo a ella; en contrapartida a mi favor, la personalidad de Vicente Pallarés hace innecesaria mi presencia, pues sólo su nombre le acredita sobradamente como merecedor de tal honor; y si mi palabra, por lo que a ensalzarle respecta, fuese incolora o deficiente, cuento por anticipado con su perdón, ya que nuestra amistad antigua me autoriza a pensar de antemano que sólo a corteidad, no a falta de gusto, sabrá atribuir lo pálido del padrinaje.

Al Pallarés estudiante, con su expediente que le acredita de alumno aprovechado y estudioso, le conocimos pronto los que detrás de él cursamos los estudios en la Facultad de Medicina por su cargo de

interno, ganado por oposición; y más aún, por la admiración que nos despertaba con su paso menudo, mirada indiferente, muy poseído de su papel como ayudante particular de los famosos cirujanos doctores López Sancho y Navarro Gil, especializados en Ginecología, los más destacados de aquella época.

Era en aquellos tiempos que el cargo de ayudante particular, de segunda fila si queréis, pero de importancia especial, recaía en alumnos internos de la Facultad de Medicina, cuyo papel estaba en alza porque la frecuencia de intervenciones en las casas particulares, ante la carencia casi absoluta de Sanatorios, obligaba a la preparación de todo lo necesario para una operación en contadas horas, improvisando quirófano y dependencias adjuntas en piezas de la vivienda que no soñaron nunca con tal destino; aquellos tiempos de obligada guardia permanente después de la operación, a veces en pueblos distantes de la capital, desconectados de los maestros y, por tanto, con la plena responsabilidad del curso postoperatorio, lo que ponía a prueba la capacidad, preparación, solvencia y, más aún, sensatez y discreción de los veinte años; ante todo cuando las cosas no marchaban a satisfacción, acuciados a preguntas por deudos o amigos que, con tal vez peor intención que interés por el enfermo, estrechaban el círculo que impedía salir por la tangente vaga e imprecisa y no comprometedora; teniendo que mantener la suficiente seriedad, que no dejase traducir, más que en la medida de lo justo, la propia angustia, la incertidumbre o el azoramiento; sosteniendo difícil y desproporcionada lucha para oponerse a los reiterados, y más o menos justificados, deseos de los familiares, que reclamaban la presencia del operador, y con las pretensiones de resolver los escollos por sí mismos, temerosos de caer en desgracia por incompetentes, o tal vez por la convicción de la inutilidad de la llamada ante el nada hacer, con la consiguiente situación desairada del cirujano, cuyo desaire se quería evitar, las noches se hacían interminables aguardando el amanecer, con la esperanza de la visita del maestro o del compañero que sustituyera.

Es verdad que, como compensación, en los casos afortunados se

prodigaban las guardias agradables, que más bien parecían tertulias animadas, en las que la satisfacción y optimismo de los parientes y allegados corrían parejas con la desenvoltura del casi médico, que se permitía hombrrear alardeando suficiencia y capacidad, sobre todo si había elemento joven en la casa, para presumir después hasta de tener partido.

Tales alternativas de momentos tan distintos fueron los principios del recipiendario; saboreador del triunfo de los maestros, impresionado por los fracasos, con las huellas que dejan en el espíritu del principiante, pudieron más los éxitos que los desengaños, siguió el camino de los cirujanos; y evidentemente, al emprenderlo, poseía ya la condición fundamental para ello: la vocación; que si literalmente la define el Diccionario como inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de la religión, y el uso lo amplía a la inclinación por determinada carrera o profesión, en la nuestra, por lo que tiene de sacerdocio, tanto la aproxima al sentido o significado literal o estricto. Era conocedor del sacrificio que había de poner como precio de la honra y provecho que podía conquistar; sus excelentes condiciones le llevaron a conseguirlo y a nosotros el honor de contarle hoy como compañero.

Y convalidamos que en nuestra carrera la vocación ha de ser tan arraigada que llegue al goce espiritual ejerciéndola aún siendo espectadores de miserias y lacerias humanas, penetrando cruentamente por caminos llenos de escollos; poniendo en el acto verdadera violencia, que repugna a la mayoría de las gentes, pero que en el cirujano se convierte en satisfacción cuando le es dado, aun a pesar de todo, contemplar con mirada curiosa la lesión palpante y viva confirmando o rectificando diagnósticos, seguidos, a veces, de éxitos espectaculares, que para el vulgo constituyen el mayor atractivo de la Cirugía, ignorando, o no sabiendo valorar al menos, el gran mérito de un diagnóstico médico hecho a tiempo, seguido de la aplicación oportuna del remedio salvador, cual la sangría en un edema pulmonar o los vasoconstrictores en un síndrome exclusivamente vascular periférico.

Lo único que hay de cierto en este doble aspecto del éxito o fracaso quirúrgico, comparado con el médico, es que el fracaso operatorio es espectacularmente tan trágico que ha sido causa del abandono de sus actividades a operadores ya duchos ante una desgracia inesperada sensible y resonante; y que sin llegar a tanto, yo os puedo asegurar, contrariamente a lo que la gente supone, que no determina acostumbramiento, ni menos confiere inmunidad, sino al revés; a medida que el práctico con los años aumenta en dominio y perfección técnica, se resigna menos a dejarse arrebatar sus operados; las desgracias le impresionan tan hondamente que más bien disminuye su acometividad y rehuye las grandes empresas operatorias ante el recuerdo de noches de insomnio, remordimientos irremediables jamás justamente valorados y comprendidos por los clientes.

Tal vez sea esta la razón de por qué el cirujano suele terminar por adquirir un carácter agrio, hosco, parco en palabras, y le es menos dado que al internista llevar a la práctica lo de consolar al menos, último baluarte de retirada ante derrota irremediable; y es que el cliente quirúrgico es cliente ocasional, al que se suele perder de vista aun en los casos afortunados, no llegando a la intimidad permitida al médico por las sucesivas asistencias; y es que, además y principalmente, son demasiado repetidas las actuaciones quirúrgicas, con sus responsabilidades tan íntimamente ligadas a la operación para quien se dedica de lleno a la Cirugía, que acaban por impresionarle profundamente, creando una subconciencia reservada y poco dada a la expansión alegre, tan deseable para olvidar amarguras, reparando así fuerzas físicas que agotan la resistencia.

Si añadís a esto la euforia, confianza y optimismo que debe apacentar con el cliente para infundirle ánimos y sugerirle favorablemente, conocedor como es de que si llega a conseguirlo habrá influido eficazmente a una franca reacción postoperatoria, comprenderéis bien que cuando ya apartado del paciente, agotado tal vez por el esfuerzo que el fingir obliga, renazca el estado de ánimo conconcordante con la realidad del momento y que justifica su hosquedad.

El fracaso del internista suele precederse de pródomos atispsables

hasta por los allegados, los que se previenen o preparan; el desastre quirúrgico, sobre todo el inmediato o casi inmediato, en enfermo que, aun portador de lesión grave, iba por la calle la víspera, es tan ruidoso para el vulgo, y hasta para la familia, que si no fué debidamente informada con palabras precisas e inequívocas, que no dejen lugar a dudas y falsas interpretaciones, suele dar motivo a escenas inolvidables de no contar con exquisita educación de los familiares, que justifican sobradamente la necesidad de prevenirse para lo sucesivo exponiendo parcamente y fríamente un posible pronóstico funesto, en lo que se funda el pretendido mal carácter del cirujano. ¡Como si fuese posible conservarlo alegre, comunicativo y decidior en estos tiempos que, además de la responsabilidad moral con que cada uno se acusa a sí mismo, imponiéndose como sanción torturas que acortan la vida, se pretende exigir responsabilidades suponiendo intención de causar daño al prójimo!

Es justo reconocer que este aspecto de la responsabilidad médica exigible es fruto del tiempo actual, y nos cabe la satisfacción a los médicos de haber despertado el suficiente interés para que haya sido objeto de un libro interesantísimo, recientemente publicado por don Eduardo Benzo, digno de ser leído por todos nosotros. En su prólogo, escrito por pluma tan bien templada como la del doctor Marañón, se hace alusión, como causa de tal estado de cosas —no me atrevo a transcribirlo literalmente—, a la evolución del espíritu social que culmina actualmente en el sentido que se ha llamado materialista, y que para él merece otro nombre, porque la característica del espíritu social actual no es precisamente la apatencia de los bienes materiales, que es lo que define el materialismo, sino la falta de escrúpulos para conseguirlos, que define algo peor.

Particularizando la cuestión a la clase médica, esa ruptura del tático armisticio entre enfermos y médicos, norma antigua, encuentra su explicación y sus causas en algo que a unos y otros, por mitad, hay que atribuir.

En el enfermo, a la creencia que, después de sometido a exploraciones complejas y dispendiosas, no haya posibilidad de error, y

por tanto, juzga la equivocación condenable porque supone es materia explotable su desgracia. En el médico, porque cree depresivo confesar que, aun a pesar de exploraciones meticolosas o de operaciones delicadas, es posible el error en el diagnóstico o inseguridad en el tratamiento, ya médico o quirúrgico, pero más ostensiblemente en el operatorio; y si a éstos añadís honorarios desproporcionados, el choque ha de producirse necesariamente.

Y no justifiquemos tales situaciones de desavenencia, sobre todo por honorarios altos, con los manidos tópicos de haber salvado la vida, porque ello es nuestro mayor motivo de condenación y causa de perder el pleito, ya que el cliente, discutiendo a la recíproca, piensa que, como esta es nuestra misión, en el fracaso la indemnización se impone.

Si hemos de volver a la compenetración antañona de asistente y asistido, toleremos al cliente como desgraciado enfermo que nos mira como su mejor protector, y hagámonos dignos de su confianza midiendo nuestro provecho en la proporción de lo razonable, para que él nos mire sin recelos.

Aclararé en seguida la legitimidad de nuestro derecho a labrarnos una vejez tranquila, final de una vida dedicada al trabajo, para lo cual es dable, justo y por demás razonable, aspirar a reunir ahorrros, que así permitan desenvolvernos; pero si queremos conservar el carácter de profesión sacerdocio con que nos envanecemos, apátemonos de ese vértigo de rápido enriquecimiento de la época actual, tan aferrada ante todo a las nuevas generaciones, que tal vez no saben como nosotros, ya próximos a la vejez, que también es atraente y enaltecedor procurarse para el mañana de ultratumba un caudaloso efectivo de honradez profesional que acompañe nuestra actuación y el recuerdo de nuestro nombre; no nos consideremos desprestigiados porque sepa el cliente que constantemente pisamos terreno muy resbaladizo, disculpador de posibles equivocaciones, a pesar de todo el enorme progreso de nuestras modernas exploraciones; que comprenda, por último, que en los fracasos compartimos sus contrariedades, y que, finalmente, si no quiere tolerarnos así

renuncie a nuestros cuidados, porque la Medicina no puede ser concebida como profesión más que ejercida entre hombres buenos, sin recelos ni suspicacias; por hombres igualmente buenos, incapaces de ver en el cliente otra cosa que al semejante que busca protección y alivio de sus males.

¡Mas qué digo la Medicina! La Sociología, desde todos sus aspectos, podría encontrar su fórmula armoniosa de cordial convivencia humana en la observancia de estas dos grandes virtudes: *bondad* y *confianza* exenta todo recelo en las relaciones sociales entre los hombres. Se ha dicho recientemente que el problema del mundo es un problema de educación, y yo añadiría que si la educación no la ciemta la bondad, puede de momento, al menos, encubriese, tras fórmulas sociales exquisitas e impecables, un gran falsario de la peor intención.

Y perdone mi apadrinado si me desvié un poco de mi principal cometido con estas consideraciones que a todos nos afectan, padeciendo retraso el relato de sus méritos. Su licenciatura, entonces con carácter obligatorio, fué calificada de sobresaliente el año 1906.

Al año siguiente se doctoró con igual nota, desarrollando la tesis «Tratamiento quirúrgico de los prolapsos genitales», con la descripción de la operación de Landau, casi desconocida en aquella fecha. Sus inclinaciones quirúrgicas le llevaron a ocupar interinamente la Auxiliaría del 1.º Grupo, o de las Anatomías, en 1911, afianzando su cultura anatómica, que tan sólida base había de proporcionar a sus aficiones.

Mediante oposición, gana en 1913 la Auxiliaría del 7.º Grupo, o de Obstetricia y Ginecología, de la Universidad de Valladolid, desde donde es trasladado a Valencia en 1914, ocupando una vacante del 5.º Grupo, correspondiente a las Quirúrgicas, desarrollando en este puesto la intensa labor de todos conocida y ampliando sus actividades operatorias, ya que, iniciado en la Cirugía ginecológica, le es fácil abordar la digestiva, de la que es uno de los primeros iniciados en fecha que ésta daba sus primeros pasos en nuestra capital.

Su labor docente, por la quebrantada salud de aquel gran maes-

tro e inmejorable compañero don Pedro Tamarit, ha sido tan intensa, que bien puede decirse que de manera continua desempeñó la cátedra de Patología quirúrgica.

En 1932, también por oposición, gana un puesto de médico numerario con destino a Cirugía en el Cuerpo de Beneficencia Provincial de este Hospital de Valencia, cuya plaza continúa desempeñando con singular acierto; y en el mismo año, tras brillante votación, se le eleva a la presidencia del Instituto Médico Valenciano, cargo en el que permanece en la actualidad y desde el cual alienta a la juventud con el ejemplo de sus conferencias, para que, siendo continuadoras de las que lo fundaron, mantenga el prestigio de una de las más añejas Corporaciones científicas de Valencia.

Nuestra guerra de Liberación le sorprende fuera de España, y al reintegrarse a la Patria el Ejército Nacional le considera como asilado a capitán médico jefe del Equipo Quirúrgico, dejando en Valencia, cuyo Hospital dirigió, evidentes pruebas de su valía, por lo que actualmente figura como capitán de la Escala honorífica de Sanidad Militar. Sus dotes de organizador le valieron ser nombrado por la Diputación valenciana director facultativo del Hospital Provincial en 1940.

También la prensa científica profesional dió acogida a las publicaciones; de entre las más destacadas recordamos:

Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar.

Adenoma del hígado.

Resumen y comentarios a los trabajos en el Servicio de Cirugía General de hombres durante los años de 1933, 1934 y 1935.

Por virtud del Decreto de Coordinación universitaria, y en razón de su cargo de médico de número de la Beneficencia Provincial, el Ministerio de Educación Nacional le distingue con el nombramiento de profesor agregado de la Facultad de Medicina.

Ya veis como le sobran méritos a nuestro apadrinado, y su Llegada a la Academia, más que justificada, puede considerarse como retrasada.

* * *

Entrando ya en el comentario al trabajo del doctor Pallarés, es plausible su contribución al tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, por no decir radical, como demasiado pretenciosamente le llamaban antaño.

El hecho de ser muchos los procedimientos en uso habla bien a las claras de los intentos de llegar al ideal que evite la reproducción, pues aun cuando, justo es decirlo, cada vez más rara, decepciona alguna vez a enfermos y cirujanos.

Para juzgar la eficacia de tan variados procedimientos agrupémosles en: 1.º Los que no abren el conducto inguinal. 2.º Los que inciden la pared anterior o aponeurosis del oblicuo mayor, para luego de tratar el saco suturar simplemente o procurar reforzar dicha pared anterior por plicaturas o funcimientos. 3.º Los que se llaman reforzadores de la pared posterior y más bien la crean añadiéndola a la normal; y 4.º Los procedimientos plásticos.

Prescindiendo de descripciones técnicas que todos conocéis, me limitaré al comentario breve, que alargarlo más de la cuenta sería olvidar vuestra sobradamente reconocida competencia. En el primer grupo destaca el de Kocher, que aun confesando alcanzó gran predicamento hace treinta años por destacadísimo cirujanos madrileños, tiene para nosotros limitadas indicaciones; en aquellos casos de conservada tonicidad muscular y, por tanto, de hernias congénitas con saco estrecho no ocupado constantemente por contenido que tiende a ensancharlo, y más bien simulador de divertículo peritoneal estrecho y largo, sin grandes adherencias y con elementos del cordón agrupados, que no dispersos, y por tanto, de posible hemostasia perfecta, se comprende bien que ya aislado el saco, al sacarle siguiendo la ruta retrógrada por el ojal practicado en oblicuo mayor al nivel del orificio profundo del canal inguinal, sea factible suprimirle y desviarle. Pero si el cuello del saco es ancha boca la desviación es ilusoria, con lo que la garantía principal del procedimiento queda desvalorizada. Es natural que Kocher, en su obra *Tratado de Operaciones* de 1898, le defienda calurosamente contra el Bassini, considerándolo de ejecución mucho más fácil, rápida y menos traumati-

zante por no dividir el conducto inguinal; aceptando, además, que en caso de infección y supuración con el suyo se consigue el resultado apetecido, mientras con el Bassini se fracasa, habremos de convenir que tal afirmación, ante todo en lo que hace referencia al caso de infección y supuración, es demasiado apasionada.

El procedimiento de Doyen puede incluirse en el primer grupo, puesto que tampoco incide el oblicuo mayor; pero francamente, siguiendo la técnica descrita en su obra *Tratado de Terapéutica y Técnica Operativa* de 1909, no comprendemos cómo sin abrir el conducto inguinal tiene la pretensión de practicar la sutura del tendón conjunto a la *fascia transversalis*—dice él—, arco crural creemos nosotros ateniéndonos al dibujo. Por mucho que los separadores ensanchen los pilares que delimitan el orificio inguinal superficial, no creemos posible proporcionar campo operatorio suficiente para bocetar un Bassini, que es lo que el autor pretende.

Pertenece al segundo grupo los procedimientos que, cual el de Lucas Championiere, dividen la pared anterior u oblicuo mayor, aíslan el saco, lo resecan totalmente, ligando a nivel de cuello, para recomponer el oblicuo mayor por sutura con o sin imbricación o plicaturas. Tales procedimientos no tienen aplicación más que en los niños, que suelen conservar desarrollados y con tonicidad los músculos oblicuo menor y transverso, por lo que, una vez disecados y resecaado muy alto el saco herniario, es decir, el conducto peritoneo vaginal, ya que se trata de hernias congénitas, el refuerzo de la pared es casi innecesario. Para juzgar lo poco eficaz del procedimiento baste decir que los tejidos aponeuróticos, tan escasamente vascularizados y, por tanto, nutridos deficientemente, no son los más apropiados a confiables resistencias eficaces, por más plastias o plicaturas que se practiquen.

Siguiendo el orden crítico propuesto, pasemos a los que se titulan reconstructores de la pared posterior, cual el Bassini, el fundamental, más extendido, lógico y eficaz de todos los procedimientos desde que el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales entró en la práctica corriente. Claro está que, ahorrándonos la descripción, que fuera ofensa recordársela, supongo convendréis conmigo no debe ser

calificado como reforzador de la pared posterior del conducto inguinal; tomando al pie de la letra tal calificativo, valdría tanto como suponer que son suturados los ligamentos de Henle y Hesselbach, verdaderos refuerzos normales de la pared posterior, constituida anatómicamente por la *fascia transversalis*. En realidad, con el Bassini se crea un estrato más, o si se quiere más exactamente, se adosan por sutura, formando estrato continuo, los bordes de lo que fué hendidura, aumentada por la salida de la hernia, quedando en realidad, después de la operación, la superposición siguiente: oblicuo mayor; plano de sutura y *fascia transversalis*; tan es así, que, según la colocación del cordón, el plano de sutura pasa a ser pared anterior o posterior, y en su consecuencia, refuerza una u otra.

La primera modificación del Bassini está representada por los procedimientos que, cual el de Forgue, dejan el cordón por detrás de la sutura. Para nosotros no tiene más ventaja que es más rápida y menos traumatizante, porque es posible llevarlo a cabo sin necesidad de desplazar o exterritorizar el cordón de su lecho, *in situ* se puede reconocer el saco, disecarle y resecarlo; por lo demás, los argumentos en pro y en contra de la mayor o menor solidez son demasiado conocidos para que os los rememore; únicamente me atreveré añadir, por tratarse de un caso vivido por mí, que asistí a un enfermo operado por este procedimiento afecto de una peridiferentitis, como consecuencia de una deferentitis blenorragica, que reclamó la incisión y el desagüe, para lo cual, al desbridarse, hubo de ser incindido el plano de sutura o refuerzo de la pared herniaria, por lo que inútil me parece añadir que la hernia se reprodujo rápidamente. De haber sido operado por el Bassini típico sólo se hubiera incindido la pared anterior u oblicuo mayor; ello aparte que el cuadro clínico alarmante que presentó el enfermo, por desarrollarse su infección en plano más profundo tan vecino del peritoneo, alcanzó, seguramente por esta razón, mayores proporciones que si el cordón hubiese quedado en plano más superficial.

Exagerando la nota acerca de la conveniencia de colocar el cordón a lo Bassini, proporcionando oblicuidad a su trayecto, anotemos

La práctica de Kirscher, que desplaza el cordón hacia el tejido celular, acodándolo fuertemente y haciéndolo describir dos curvas como las de una horquilla —dice él—, trazando una S —diríamos nosotros—; los que hayáis leído la descripción de su técnica en su *Tratado de Operaciones* comprenderéis que sólo puede hacerse en los casos de cordón suficientemente largo que se preste a dichas inflexiones, que, por lo demás, no parece reportar fundamentales ventajas.

El procedimiento de Schemnieden o de traspasación, según él le llama, consiste en exteriorizar el testículo por tracción ejercida desde el cordón; ello conseguido, se le hace pasar de dentro afuera, mejor dicho anatómicamente, de lo profundo a lo superficial, a través de un orificio practicado en los músculos oblicuo menor y transverso, para hacerlo descender y reintegrarlo de nuevo a la bolsa correspondiente; después de estrechado dicho orificio alrededor del cordón, se practica la sutura a lo Bassini, pudiendo cerrarse todo el conducto ya que el cordón sigue nuevo camino.

Respetando el prestigio quirúrgico de su autor, nos parece la modificación simple deseo de complicar las cosas, sin utilidad práctica alguna y con el peligro de que se formen hematomas escrotales que perturben la marcha postoperatoria.

Por último, la modificación del nuevo académico, muy parecida a la practicada por Ombredane para los niños, es digna de ser imitada, viniendo valorada por la numerosa casuística que el autor pone a nuestra disposición, con estadística que le acredita como buen procedimiento.

Llegando el comentario de los procedimientos autoplásticos, recordemos el de Berger o de autoplastia fibrosa, a expensas de un colgajo tomado de la hoja anterior de la vaina del recto del lado correspondiente, el que doblado hacia afuera, por charnela que gira sobre el ángulo diédro externo de la vaina, es suturado a la arcada crural, reforzando así la pared anterior del conducto inguinal. Sin grandes seguridades de solidez, deja incompleta la envoltura del recto anterior del abdomen, exponiendo a debilidades de la pared en este punto.

No parece más afortunado el procedimiento de autoplastia muscu-

lar de Schwartz, sirviéndose de la masa muscular del recto, tanto más cuanto que los músculos denudados y, más aún, desdoblados, tienden a atrofiarse, haciendo así ilusoria la resistencia que pudiera oponer a una reproducción herniaria.

La interposición de cuerpos extraños, como hueso delcalcificado, a la manera de Thiriar, o placas metálicas, a lo Witzel, fueron abandonados. Nosotros, como ayudantes de don Modesto Cogollos, el cirujano general más completo, sin duda alguna, de la época de nuestra formación, y maestro de maestros, le ayudamos en distintas ocasiones interponiendo entre las suturas unas como rejillas metálicas de filigrana de plata, las que, aun siendo bien toleradas al principio, no evitaban la reproducción en las hernias voluminosas, únicas que, como es natural, reclaman su empleo.

Al decir de Goepel, parece obtenerse mejor resultado con el empleo de redes formadas por anillos metálicos, que a causa de su flexibilidad se adaptan a la forma y movimiento de los tejidos, no se alteran y no se rompen siendo de plata el material empleado para su construcción. Como los tejidos crecen a través de las mallas, se forma en el tejido de la red una lámina oclusora flexible y, sin embargo, sólida: es preceptivo que la hemostasia haya de ser perfecta, que queden cubiertas por tejidos completamente sanos, exentos de toda cicatriz anterior, y como condición indispensable que su tamaño sobrepase cumplidamente el área del orificio herniario.

Después de tanto intento, de tanto procedimiento para la tan cacareada cura radical, tenemos el convencimiento que cuando los tejidos son aptos para lograr una buena sutura, con un Bassini más o menos modificado, cuanto menos mejor, y con material de sutura no reabsorbible, se logra el objeto deseado; por el contrario, cuando los tejidos son flácidos, mal nutridos, y aun mejor dicho, cuando lo es el individuo como comprendido en esa categoría de sujetos de hábito asténico, el fracaso suele ser frecuente.

Y nada más; con la bienvenida y felicitación al nuevo académico, mi solicitud de benevolencia para mi actuación.

HE DICHO.