



BOLETIN MENSUAL

LA XIV ASAMBLEA

En la villa de La Escala y en el local de la Escuela pública, galantemente cedido por el Alcalde por no haber en la reducida sala de actos del Ayuntamiento, el buen número de médicos que habían venido para asistir á la XIV Asamblea; se reunieron los Señores: E. Agulló — J. Amer — J. Batallé — J. Blanch Cufí — E. Budó — M. Burch — J. Centellas — J. Colomer — J. Codina Masot — F. Coll — J. Figa Bigas — J. Figa Oliu — I. Figueras Parés — M. Formosa — E. Forns — J. Fuster — J. Jordi — E. Llansó — R. Marqués — J. Maruny — J. Masa Corney — I. Masanet — J. Matlleu — A. Meya — J. Moncanut — F. Montaner — J. B. Móns — A. Moret de Ciurana — J. Nadal Bonet — F. X. Oms — P. Oriol — J. Pascual — E. Peya — J. Pi Lleonart — F. Pi Pi — R. Pi Puig — J. Poch — L. Pons — E. Pont — G. Ponjuan — J. Pujol Aymerich — M. Ralló — E. Roca Pinet — F. Ros Galter — G. Roselló — D. Ruiz — R. Sors Casadevall — F. Sors Ruart — V. Texidor Vives — J. Vila Moreno — R. Vidal Mateu — R. Vidal Frexanet — N. Vidal — E. Vilar Pell, todos de este Colegio, y los Sres.: G. Estape — A. Galcerán Granés — H. Puig Sais — G. Ribas Ribas, médicos de Barcelona y el infrascrito Secretario.

Siendo la hora prefijada ocuparon la mesa los Sres. de la Junta y el Sr. Presidente abrió la sesión dando la bienvenida á los presentes, haciéndolo notar de paso que la obra profesional y científica que realiza

el Colegio tenía ya resonancia, como lo demuestra la asistencia á esta reunión de renombrados médicos que de Barcelona han venido expresamente para asistir á ella. Excuso el Presidente la falta del Secretario de la Junta Sr. Roca y Planas pues un luctuoso deber de familia le habia retenido en Gerona. Inmediatamente concedió la palabra al Sr. Budó, quién con voz clara y reposado acento, leyó grandes párrafos de las «*Notas de Puericultura á la comarca del Empordá*», tema que habia escogido para disertar en esta Asamblea, llenando á satisfacción el cometido que le encargó el Colegio como lo demostró el unanime aplauso que resonó al terminar la lectura.

A continuación el Sr. Presidente preguntó si se aprobaba la Cuenta que presentaban el Tesorero y Contador (y que se habia circulado entre los concurrentes) y quedó aprobada, así como dar por fallidos 15 recibos de Colegiados que por haber fallecido, ó ausentado de la provincia en años anteriores no habia sido posible realizar el cobro y que referente algunos recibos que por descuido de los recaudadores se hallaban pendientes de ingreso, se comunicase á los interesados que se hallan en descubierto para que los retirasen, y no tengan que figurar en una Lista de morosos.

Seguidamente se dió lectura de la proposición «Crisis social de la profesión médica y medios encaminados á solucionarla» formulada por el Sr. Sors y Ruart médico de Corsá, quien en breves frases demostró que la crisis económica que atraviesa la clase médica es debida en primer término la sordidez de los clientes y parte también á que los médicos, por no ver mermado el número de los que figuran en sus igualatorios asisten meses y años á familias, que no pagan, señaló otros defectos debidos á la concurrencia desleal que hay entre compañeros. Aportaron su opinión al asunto los Sres. Moncanut, Budó, Ros, Forns y Agulló, el Sr. Presidente reasumió la discusión y propuso que dado lo complejo del asunto y la diversidad de maneras en que se ejerce la profesión médica en las variadas comarcas de esta provincia valía la pena de que partiendo de lo expuesto por el Sr. Sors y las opiniones emitidas por los que habian discutido el tema, se nombrase una ponencia encargada de abrir una información y en vista de los datos que recoja formule un dictámen que podrá ser discutido en la próxima Asamblea ó en una reunión extraordinaria del Colegio si el plazo en que termine su labor la Comisión lo haga necesario. Por unanimidad se acordó que la Junta fuese la encargada de abrir la información y formular el dictámen.

A continuación el Presidente suponiendo á todos los Sres. Colegia-

dos enterados de la campaña realizada por los organizadores de un Congreso titulado de *Sanidad Civil*, que ha de celebrarse en Madrid cuando se discuta en el Senado el proyecto de Sanidad presentado por el Gobierno y partiendo del supuesto de que el Congreso se celebrara y que han de debatirse asuntos que afecten al ejercicio profesional invitó á los Sres. presentes señalaran la norma que este Colegio ha de sustentar, indicaron diferentes orientaciones los Sres. Codina, Forns, Matlleu, Moret, Oms y Vilar, se acordó que el Colegio vaya al Congreso, dando amplias facultades á la Junta para organizar la representación del Colegio en el mentado Congreso y que formen parte de ella á más de la Comisión de la Junta, los Colegiados que vayan á Madrid y allí, según el sesgo que tomen las discusiones y acuerdos; adopten de común acuerdo la actitud que estimen más adecuada á salvar los intereses de los médicos de esta provincia.

Seguidamente el Sr. Presidente haciendo breve historia de la fundación Bruguera instituída en 1452, para sufragar los estudios en la Escuela de Medicina de Montpellier á dos estudiantes del correjimiento de Gerona, fundación que existía aun en 1832 y que desde aquella fecha por dejación ó renuncia del Patronato por parte del Ayuntamiento de Gerona los bienes y rentas se las habia incautado el Estado y no se utilizaban á los fines establecidos por el fundador, rogó á la Asamblea se sirviera autorizar á la Junta para que haciendo ésta uso de lo prescrito en la Instrucción de 11 marzo de 1899 gestionara el restablecimiento de las becas de Montpellier y por unanimidad se acordó dar amplias facultades á la Junta para promover el expediente de rehabilitación de la fundación Bruguera.

Seguidamente el Presidente en nombre de la Junta manifestó que ésta habia creído conveniente solicitar anuncios para las cubiertas del BOLETÍN cuyo ingreso debía servir para pagar el aumento de páginas de los números de la publicación oficial del Colegio y estimaba conveniente que se nombrase un Comité auxiliar de la Junta formado por un colegiado de cada distrito que cuidase no solo de la adquisición de anuncios asi como la obtención de trabajos originales, y se aprobó lo propuesto facultanda á la Junta para nombrar á los que han de formar el Comité de adjuntos.

Seguidamente por aclamación se señaló la villa de Perelada para celebrar la próxima Asamblea y se nombró al Sr. Figa y Oliu de Palamós para disertar en ella.

Acto continuo el Sr. Ponjuan de Calonge propuso, dada la probable invasión del Cólera, que se diese por los Colegiados conferencias de

carácter popular para inducir á una profilaxis individual y publica á los habitantes de las localidades en que ejercen, se acordó haber oído con gusto al Sr. Ponjuan y que tomando ejemplo de lo expuesto por el Sr. Budó en sus «Notas de puericultura» cada médico llevase al seno de las familias de sus clientes la conveniencia de no descuidar los preceptos higiénicos, medio eficaz y más práctico que las conferencias públicas difíciles de llevar á cabo en muchos pueblos.

Acordóse dar un voto de gracias al Sr. Alcalde y Ayuntamiento de La Escala por las atenciones tenidas con el Colegio y regalar dos ejemplares para el Archivo del Ayuntamiento de la memoria leída en esta Asamblea como recuerdo del acto de cultura realizado y se levantó la sesión por el Sr. Presidente.—José VILA y BATLLE, *Secretario*

ESTUDIO CRÍTICO

DE LAS DISTINTAS OPERACIONES CESÁREAS

Y SUS INDICACIONES

INDICACIONES Y RESULTADOS

DE LAS SECCIONES CESÁREAS ABDOMINALES RADICALES

I HISTERECTOMIA SUBTOTÁL.—OPERACIÓN DE PORRO.

HISTERECTOMIA TOTAL

La extirpación del útero fué ideada por Porro (v. técnica) para hacer frente á las graves complicaciones y mortalidad que á consecuencia de las hemorragias é infecciones, acompañaban al tallo cesáreo.

El proceder de Porro, despertó de momento grandes entusiasmos para la operación, de tal modo, que se llegó á considerarla como el complemento obligado de la cesárea.

C. Braun (*Lehr. f. d. ges. Gynäkologie 1881*), rompe abiertamente con la cesárea clásica, porque dá una mortalidad de 66 %; decisión que dió nuevo empuje todavía á la operación de Porro, gracias á la influencia de la escuela vienesa patrocinada por C. Braun y Späth.

No obstante, el propio Porro no se dejó llevar por el entusiasmo de sus admiradores, sinó que bien pronto limitó mucho las indicaciones ope-

ratorias con motivo del Congreso de medicina de Génova, celebrado á los tres años después de su primera operación.

Con la reglamentación de la cesárea clásica por Säger (1885), las cosas cambiaron de nuevo, pues disminuyendo mucho su mortalidad, la extirpación del útero per lió inmenso terreno, al propio tiempo que lo ganaba la operación conservadora.

Hoy, la cesarea conservadora es el método general: reservando la cesárea radical para los casos escepcionales de los cuales vamos á pasar revista.

a) INDICACIÓN ABSOLUTA:

I Infección franca del útero. Las escuelas vienesa y de Boudeloque, practican la extirpación supra vaginal; la alemana, excepto la de Braun, extirpan el útero en totalidad.

II Atresias y cicatrices muy acentuadas de las vías inferiores del parto, por cuyo motivo no hay posibilidad de dar salida á la excreción loquial. Aquí, el grado de amputación es indiferente.

III Embarazo desarrollado en una mitad cerrada del útero, en caso de *uterus bicornis*. Puede practicarse la semiamputación de Säger, pero es preferible la supra-vaginal.

IV Hemorragia incoercible á consecuencia de atonia uterina, ocurrida durante la cesárea conservadora. En este caso, el método indicado es indiscutiblemente el subtotal.

V En los casos de mioma, sarcoma y carcinoma, el grado de extirpación (enucleación eventual de los nódulos miomatosos) será regido por la índole de estas afecciones ginecológicas.

b) INDICACIÓN RELATIVA.

I Rotura del útero.

II Sección cesárea clásica «repetida».

III Mal estado general de la madre.

IV Distocia á consecuencia de sinequias antiguas.

En todos estos casos casos, la extirpación será supra vaginal.

V Tumor del ovario. El grado de extirpación uterina dependerá de la naturaleza del tumor ovárico.

c) INDICACIÓN DISCUTIBLE.

I En la infección gonorreica del útero sub-partu, la indicación de la

Porro viene patrocinada por Leopold; de aceptarse esta indicación, ha de hacerse con muchas reservas.

II Por osteomalacia.

III Con el fin de esterilizar á la mujer en caso de estrechez pélvica.

En II y III c). desaconsejamos la histerectomía para sustituirla por la castración en la osteomalacia, y por la resección ó ligadura de las trompas, cuando se pretenda esterilizar á la mujer. De quererse practicar en tales casos la histerectomía, basta completamente el método subtotal.

En verdad, los resultados de la Porro y de la extirpación total, fueron hasta hace poco, bastante desconsoladores.

Basta para convencerse examinar la estadística más completa que hasta la fecha se ha publicado. Me refiero á la estadística que con motivo del *Jubileum á Porro*, conmemorando el 25 aniversario de la primera operación de este autor, publicó Truzzi. Dicha estadística abarca, desde el año 1876 hasta 1901, un conjunto de 1097 casos. La mortalidad está repartida como sigue: mortalidad general, 24,8 %; según los métodos empleados, pedículo extra-peritoneal 25,1 %, intraperitoneal 30,4 %, retroperitoneal 12,5 %; extirpación total 25,4 %.

En cambio, analizando de la susodicha estadística, la mortalidad por quinquenios, vemos como desciende rápidamente, para parar en el V y último quinquenio á las cifras siguientes: pedículo extraperitoneal 3,7 %, iutraperitoneal 4,5 %, retroperitoneal (3 últimos quinquenios) 7,6 %; extirpación total 16,6 %.

Hoy en día, la mortalidad de la operación de Porro es igual á la de la laparotomía, si bien está dada á variar mucho, cuando se práctica por infección uterina preexistente. Aunque la mortalidad de la extirpación total resulte un tanto elevada, hay que tener en cuenta, que en la mayoría de los casos en los cuales se recurre á ella, son los áltamente infectados.

2 INDICACIONES DE LA EXTIRPACIÓN DEL ÚTERO

COMO COMPLEMENTO DE LA SECCIÓN CESÁREA VAGINAL DE DÜHRSSSEN

En general, para establecer esta indicación, hay que atenderse á las mismas indicaciones anteriormente dadas para la operación de Porro y la histerectomía abdominal total, si bien supeditándolas siempre á los principios técnicos de la cesárea vaginal, ya que como facilmente se comprende, pueden hacerlas variar algo. Así, p.ej., las atresias y cicatrices liberadas con motivo de haber practicado la histerotomía vaginal, ya no se-

ran indicación para extirpar el útero, como podían serlo (según anteriormente dijimos), después de haber practicado el tallo cesáreo abdominal.

XII

SECCIÓN CESÁREA POST-MORTEM É IN AGONE:

TÉCNICA, INDICACIONES Y RESULTADOS DE LAS MISMAS

No por recaer ahora la cesárea en estos últimos trances, hay que suponerla de menor importancia, y menos digna de tomarla en consideración que cuando la operación recae estando la mujer en plena vida.

Esta operación verificada después de muerta la madre, constituye la llamada y jurídicamente obligada «*sectio caesarea legalis*» de la «Lex regia» siendo al propio tiempo el más antiguo de los tallos cesáreos (v. con. hist).

El estudio in extenso anteriormente hecho de la cesárea, hace que consideremos esta operación en el cadáver y en la moribunda, como un simple corolario de cuanto sobre aquellas dijimos y de cuyos conocimientos hay que hacer siempre aplicación, cuando de estas últimas se trate.

En consecuencia, nos limitaremos á pasar revista de las particularidades que á la cesárea *post-mortem* é *in agone* atañan.

a) Los tiempos operatarios deben practicarse en esta ocasión con toda la rapidez posible, por dos razones, primero, porque así lo requiere la vida del infante, y segundo, por hallarse facilitada la técnica á causa de la escasísima pérdida sanguínea propio de semejantes momentos. Si la operación recae en una mujer fallecida, se ahorrará tiempo, seccionando el útero *in situ*, pero si aquella está aun moribunda, se practicará la sección del útero previa basculación del mismo. Por lo demás, así como las suturas consiguientes de la matriz y pared abdominal, se hará de la misma manera y con iguales cuidados que para la cesárea en vida.

b) Actualmente se tiende á prevenir la cesárea *post-mortem*, practicando á su debido tiempo el parto prematuro ó la cesárea en la moribunda.

Dejando á parte las diversas indicaciones del parto prematuro, me ceñiré á decir para lo que nos ocupa, que este estará indicado, cuando la embarazada padezca una enfermedad incurable, y tan apurada esté, que se hayan perdido ya todas las esperanzas de que la preñez llegue á su término normal.

Ya sea porqué la paciente no se presenta en tiempo oportuno, ó bien dado que lo haya hecho, no se ha podido establecer una indicación formal al efecto, lo cierto es, que llegan muchas ocasiones en las cuales estará indicada la cesárea *in agone*, en substitución de la ces. *post mortem*.

Es natural é indiscutible, que la cesárea *in agone* dé mucho mejores resultados para el infante, que el tallo *in mortua*. La operación no se emprenderá hasta llegadas las últimas horas de vida materna y en todo caso al comienzo de la agonía.

Desde Stein, Fulda y Ritgen hasta los autores modernos hallamos en la bibliografía una porción de casos en las cuales se ha salvado la vida del niño operando en las últimas horas de la vida. Los casos de tumor cerebral (Runge), quemadura generalizada (Frank), meningitis basilar (Tehling), fibrosarcoma del cerebro (Sommerbrodt), gliosarcoma encefálico (Schwieger) y apoplejía cerebral (Hayo), han sido operados en dichas condiciones, y en todas ellas, ha podido salvarse la vida del niño.

La provocación del parto por el *accouchement forcé* durante la agonía, se ha hecho también; los autores que abogan por ese método, se apoyan en el hecho sabido de que, gracias á la sobrecarga en ácido carbónico de la sangre cuando la mujer está moribunda, se halla facilitada la provocación del parto, por favorecer y aún determinar dicho elemento las contracciones uterinas. Ni el método, ni la razón del mismo, no nos satisfacen, puesto que por razón de la técnica (relativamente larga) para practicar el *accouchement forcé*, corre mucho mayor peligro la vida del feto ya de por sí amenazada. No diré que si en determinados casos, puede — rápida y fácilmente — extraerse el niño por las vías naturales merced á cualquier maniobra de *accouchement forcé*, no se aplique el método, pero de lo contrario y normalmente es preferible el tallo cesáreo abdominal clásico.

En la cesárea post-mortem, ocurren siempre las importantes preguntas: cual es la supervivencia fetal respecto á la muerte materna? que relación guarda la extinción de ambas vidas? A parte de las distinciones que haremos luego, si nos apoyamos en los experimentos hechos con animales preñados y en las observaciones con el hombre, por Breslau (1864) y 20 años mas tarde por Runge, deducimos que la vida del feto se extingue á los cinco minutos por término medio y como máximúm á los 25, después del fallecimiento de la madre.

La mayor ó menor supervivencia del niño, no depende solamente del tiempo en que murió la madre sinó que varia también, según la naturaleza y stadium de la enfermedad que determinó la muerte, así como tam-

bien del desarrollo del feto. Las enfermedades que mas favorecen la supervivencia del niño, son las que ocasionan la muerte de un modo repentino — hemorragia, heridas en el sistema nervioso central — así como las que evolucionan rápidamente — eclampsia, embolias, etc. En cuanto á las enfermedades infecciosas, la influencia sobre la vida del feto es sumamente variable.

Para que sirva de norma, mencionaré los siguientes casos de larga supervivencia fetal. Fehling extrae un niño vivo á los 15 minutos de haber muerto la madre, a consecuencia de tumor cerebral; Pingier logra otro tanto á los 15 minutos de muerta la madre por apoplejía. Últimamente Weisswange (1903), salva un niño á los 19 minutos de haber ocurrido la muerte de la madre á consecuencia de rotura aneurismática de la aorta; Jungboldt (1902), practica la cesárea á los 17 minutos de haber fallecido (por causa desconocida) una embarazada, extrayendo un feto que á pesar de estar profundamente asfíctico logra salvarse; Knauer (1888), extrae otro niño profundamente asfíctico, pero que logra por fin salvarse, de una embarazada fallecida 10 minutos antes, á consecuencia de tumor cerebral. Hoffmann, Davis, Sandberg (1895) Lindquist (1900), Krönig (1899), registran todos ellos, casos en los cuales han podido salvar el feto, practicando la cesárea post-mortem, en mujeres fallecidas en medio de ataques eclámpticos. La mejor serie de cesáreas post-mortem es la citada por Schauta (Lehr, d. ges. Gynäkologie, pag. 664, vol. I, Leipzig y Viena 1906), en conjunto, 19 casos, con 16 criaturas salvadas.

c) De lo dicho precedentemente se deduce la importancia que para el buen resultado de estas operaciones tiene el — intervenir con la más exacta oportunidad —. Claro es, que en algunas ocasiones, ha de sernos difícil el poder establecer un pronóstico justo de la embarazada para obrar oportunamente, dificultad que ha de redundar en perjuicio del feto principalmente.

De aquí el que, los casos tributarios de esta clase de cesáreas, deban ser minuciosamente y continuamente observados por el facultativo; éste debe tener dispuestos todos los medios necesarios, á fin de poder decidir é intervenir lo mas pronto posible, así que las circunstancias lo reclamen imperiosamente.

d) He aquí en conjunto, las indicaciones de las cesáreas que nos ocupan:

La *sectio caesarea in mortu* está indicada:

1.º Cuando la mujer ha alcanzado la XXVIII semana del embarazo, aunque hayan pocas esperanzas de salvar la vida del feto.

2.º Cuando después de la muerte, no hayan transcurrido más de 20 minutos.

3.º Cuando la muerte ocurra antes del II período del parto y no sea posible una extracción rápida y fácil del niño por las vías naturales.

La existencia de los latidos cardíacos fetales no es necesaria para poder decidirse á la cesárea, ya que frecuentemente, se han extraído criaturas vivas, en las cuales no habían podido percibirse los tonos cardíacos. Es más, una exploración en tal sentido, hace perder un tiempo precioso, que debe aprovecharse para intervenir.

La *sectio cæsarea in agone* está indicada:

1.º Cuando haya completa seguridad de que la muerte tendrá lugar al cabo de muy poco tiempo; acuerdo que es mejor tomarlo previa consulta de varios médicos (v. Winckel, Dohrn y otros autores).

2.º Cuando esté demostrado que el feto vive; observación que hará también más de un médico.

3.º Cuando el tallo cesáreo, sea el método de extracción más rápido y menos peligroso para la vida del niño.

No hay que decir (al revés de lo que ocurre en la cesárea post-mortem) que cuando la operación ha de recaer en una mujer agonizante, se requiere antes de proceder á la misma, el consentimiento de la familia así como el de la madre, cuando esta misma esté en posesión de sus facultades mentales.

DR. J. M. VILAPLANA

CURA RADICAL DE LAS HERNIAS INGUINALES

(Continuación)

Es mal procedimiento por dejar fraguado una especie de camino para las víceras que empujan.

Lo modificó Barker, el cual procede de un modo parecido al anterior, pero sin torsión; pues dicho autor hace pasar los hilos que anudan el cuello del saco herniario, desde el contorno del anillo inguinal interno á través de la pared abdominal, de dentro hacia á fuera, anudándolos delante de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Es un procedimiento que presenta menos inconvenientes que el

anterior, pero aun que ocluye y fija el saco en la pared abdominal, deja relajado el conducto inguinal por donde puede reproducirse la hernia.

Rotter; traslada la transfixión al territorio del musculo recto. El hilo que le ha servido para ocluir el saco, es conducido con una aguja entre el musculo recto y el peritóneo, pasándolo después á través del recto para anudarlo á dos ó tres centímetros por encima de la sínfisis, sobre la pared anterior de dicho musculo.

El procedimiento que acabo de describir no puede emplearse por caer en los mismos defectos que los anteriores y además, esa tracción continua que hace del cuello del saco es perjudicial, porque puede rasgar el peritóneo, dejando una nueva puerta herniaria.

A estos métodos se añade el de Mac-Ewen, que consiste en lo siguiente: Una vez se tiene el saco disecado hasta el cuello, se disecciona con el dedo por debajo de la capa muscular y peritoneo, á fin de dejar una celda en donde se aloja el saco herniario, al cual se le rodea con una sutura en espiral que tirando de la seda queda cuarrugado, y formando una almohodilla que se aloja en la celda previamente citada, fijándola á la pared muscular y cerrando el anillo inguinal.

Este procedimiento tiene una desventaja muy grande, y es que el saco se puede necrosar originando una supuración hasta que se ha eliminado la seda, dejando el conducto inguinal en malas condiciones de resistencia y facilitando la recidiva.

También se ha probado la obstrucción de la puerta herniaria por material orgánico, por múltiples procedimientos, dando casi siempre los mismos resultados; ó sea que el material ingertado en el momento de la operación que era suficiente para obturar por completo el agujero herniario, al cabo de algún tiempo se atrofiaba y entonces la retención del saco era incompleta sobreviniendo la recidiva.

Sigue por orden cronológico, el procedimiento de Bassini en el año 1884, siendo de aprobación general. Este procedimiento se esfuerza en restablecer la dirección oblicua del conducto inguinal (que se ha perdido á causa de la hernia) á través de las capas de la pared del abdomen.

La pared posterior del conducto inguinal, es en dicho método restablecida con toda su extensión, por medio de una capa muscular continua y en lo posible firmemente dispuesta.

Los tiempos operatorios son: Primero, Incisión de la piel siguiendo la dirección del conducto inguinal prolongándola siempre un po-

co más arriba del anillo inguinal interno. Segundo: Buscar el anillo inguinal externo y colocar una sonda acanalada en dirección al interno. por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, incindiendo ésta. Tercero: Buscar y separar el cordón espermático y el saco herniario, procurando hacer el menor traumatismo posible. Cuarto: Ligadura del saco por su cuello haciendo un poco de tracción á fin de no dejar ningún embudo en forma de saco ciego con dirección á la antigua puerta herniaria. La ligadura se practica, pasando una aguja enhebrada en doble, ligando primero una mitad y después la otra, á fin de no ligar demasiado en masa. Si el saco es muy grande, es preferible hacer la ligadura en bolsa de tabaco. Una vez ligado el saco se corta por encima de la ligadura y por sí solo entra el muñon, en la cavidad abdominal. Quinto: Construir el conducto inguinal, para lo cual hace dos planos de sutura; uno profundo que consiste en suturar el músculo transverso y del oblicuo menor al ligamento de Poupar (dejando el cordón espermático por fuera) procurando no dejar ningún espacio entre el músculo y el ligamento; luego coloca el cordón por encima de este plano y encima de él se sutura la aponeurosis del oblicuo mayor que previamente se había seccionado, dejando en la parte inferior espacio justo para el cordón. Sexto: Sutura de la piel.

Este método es el que ha tenido más aceptación por las buenas condiciones que reúne y puede decirse que es el mejor por traumatizar poco y dejar el conducto en buenas condiciones de resistencia. Bassini en una de sus estadísticas, refiere 262 casos de hernias inguinales, entre las cuales 11 eran estranguladas, contando solamente con una defunción á consecuencia de una pneumonia 15 días después de la operación. En el examen posterior de dichos enfermos solo encontró 7 recidivas. Dicho doctor recomienda, que todo operado de hernia por ese procedimiento guarde veinte días de cama, no haciendo llevar braguero al levantarse.

Wölfer, sin conocer nada del procedimiento de Bassini, usa un procedimiento, que encierra ya en sí mismo lo más esencial, la sólida oclusión de la pared del abdomen por la aproximación del oblicuo menor y transverso, al ligamento de Poupart. Después modificó el procedimiento, de modo; que desprendía por completo el testículo del escroto con la sección del *gubernaculum* de Hunte, después practicaba con el bisturí el corte de la fascia transversa junto al borde externo del músculo recto y por dicho agujero, hacía pasar el testículo y el cordón; bajándolo de nuevo á la cavidad escrotal, en

donde lo fijaba mediante unos puntos de sutura. Como se vé ya no pasa el cordón espermático por el conducto inguinal, el cual se puede cerrar por completo.

Este método no puede usarse: Primero: Porque pone en peligro la vida del testículo el cual puede grangrenarse y producir serias complicaciones y Segundo: Por lo complicado de sus tiempos, que hacen sea más fácil una infecci6n y caer por lo tanto en la recidiva.

Franck en el año 1892, modificó el procedimiento anterior, para lo cual; desprendía el periostio algo hacia la línea media del tubérculo del pubis con la gubia, en la rama horizontal de dicho hueso; practicando una canal sagital de medio centímetro de profundidad. En dicha canal, se invagina el periostio desprendido y se emplazaba en él, el cordón espermático. Sobre el cordón se practica la sutura muscular de Bassini, en la cual los puntos más inferiores abrazan el borde del recto y el periostio de la prominencia pectinea.

Este procedimiento, tiene los mismos inconvenientes que el anterior, como lo atestiguan algunas observaciones de casos desgraciados.

Después de estos procedimientos, sigue el de Kocher, que ha sido calificado de emplazamiento lateral del saco herniario, y consiste en lo siguiente: Primero: Incisión cutanea paralela al ligamento de Poupart á un centímetro por encima del mismo. Segundo: Poner al descubierto la aponeurosis del oblicuo mayor. Tercero: Dfsección y aislamiento del saco herniario. Cuarto: Verificar una incisión de dicha aponeurosis, por encima del anillo inguinal interno paralelo al conducto, de un centímetro poco más ó menos de extensión. Quinto: Por dicha abertura introduce una pinza larga y ligeramente acodada, hace que salga por el anillo externo; entonces coje con la punta el extremo inferior del saco herniario y tira de él hasta que salga todo por el ojal practicado; y entonces, sutura el mismo en dicho sitio mediante una sutura resistente, estirpando el resto del saco. Después, hace un estrechamiento del conducto inguinal por medio de varios puntos de seda que pasados á través de la aponeurosis del oblicuo mayor abrazan toda la pared superior (oblicuo menor y transverso) y los fija al ligamiento de Poupart. Al practicar dicho tiempo, como es natural debe protegerse el cordón espermático por medio del dedo, ó mejor con una espátula, á fin de evitar que sea comprimido por la sutura.

Antes Kocher no cortaba el saco y lo invertía hácia abajo, pero dejó de emplear este procedimiento, porque en algún caso el saco se necrosó dando lugar á supuraciones.

Este procedimiento tiene la ventaja de ser sencillo y de que no incide la aponeurosis del oblicuo mayor en toda la extensión del conducto inguinal. Se ha empleado especialmente para las hernias pequeñas y de mediano volumen; pues en las grandes, como el saco no queda ocluido, nos exponemos á una recidiva inmediata.

Para las hernias de gran volumen se aconseja el procedimiento de Girad, que consiste: Incisión de la piel y aponeurosis del oblicuo mayor igual que en el procedimiento de Bassini; se diseca la aponeurosis un centímetro hácia arriba, después el saco; se liga y una vez reducido se empiezan las suturas. Sutura los músculos oblicuo menor y transversal al ligamiento de Poupart, y luego la hoja superior del oblicuo mayor (la disecada previamente) también se sutura al ligamiento de Poupart, y luego la hoja inferior del oblicuo se pasa por encima de la superior y se sutura al oblicuo mayor, de modo que en una cierta extensión la aponeurosis está doblemente superpuesta.

Dicho procedimiento, deja una consolidación muy grande del conducto inguinal, pero es un procedimiento muy complicado.

Trendelenburg y con mejor resultado Kraske han ensayado el invertir hácia arriba un colgajo osteo-periostico del hueso pubis y encerrarlo en la herida, como defensa en posición vertical. Dicho método en sus orígenes, fué recomendado para las hernias crurales pero con ligeras modificaciones puede emplearse para las inguinales.

Es procedimiento muy complicado y por tanto debe rechazarse y al mismo tiempo la necrosis del hueso dará origen á supuraciones que infectarán las suturas, quedando la hernia en peores condiciones que antes de operarse.

De todos los procedimientos citados; los primeros por demasiado sencillos son incompletos, y los últimos por demasiado complicados, son desventajosos, pues que jamás pueden ser de éxito general para todos los operadores, y además porque en ellos en caso de que fracasase la curación aseptica, facilmente resulta un resultado desfavorable.

Indudablemente, el método operatorio que mejores resultados post-operatorios proporciona es el de Bassini, pues sus estadísticas son superiores á todas las de los otros procedimientos operatorios.

Siguiendo como norma de que todo procedimiento complicado debe rechazarse, siempre y cuando exista otro sencillo que reúna mejores condiciones que los otros; para la cura radical de las her-

nias inguinales, he seguido un procedimiento parecido al de Broca para los niños, que á continuación describo:

A partir de una incisión cutánea, siguiendo la misma dirección del conducto inguinal, prolongándola unos tres centímetros por encima del orificio inguinal interno hasta llegar á la aponeurosis del oblicuo mayor: se busca el orificio inguinal interno y se introduce por el mismo, una sonda acanalada en dirección ascendente hacia el orificio inguinal interno; entonces se incinde por encima de la misma la aponeurosis del oblicuo mayor, dejando al descubierto el conducto inguinal; luego se levanta el saco junto con el cordón espermático en el hombre, ó con el ligamento redondo en la mujer y mediante una disección obtusa y observándolo al trasluz se puede aislar el uno del otro muy facilmente, pues se marca un relieve muy blanquecino que no puede confundirse con nada más; procurando en dicha disección no hacerlo bruscamente porque se podría lesionar los vasos espermáticos y hasta el mismo cordón, que á veces se encuentra en sus partes constitutivas esparcidas por el saco herniario. una vez aislado el saco del cordón ó del ligamento redondo, se procura reducir su contenido dentro de la cavidad abdominal. La abertura del saco está en absoluto contra-indicada, so pena de que exista en su interior alguna adherencia, en cuyo caso es necesario abrirlo (procurando asegurarse siempre de la asepsia) para desprenderlas como previamente se ha citado. Una vez libre el saco por completo debe procederse á la ligadura del mismo; para lo cual, es conveniente hacer tracción con el objeto de no dejar ningún infundíbulo; pero antes de ligarlo conviene tener presente de que puede atraerse algún órgano que esté en conexión con el peritoneo (intestinos vejiga) que pueden ser lesionados (como cita algún autor ha ocurrido ocasionando la muerte del paciente). Si son de pequeño ó mediano tamaño los sacos, pueden ligarse por medio de transfixión; ó sea, ligar primero una mitad, después la otra y finalmente las dos en conjunto. Verificaremos la ligadura en bolsa de tabaco cuando sea el saco grande. Es preferible para dichas ligaduras, emplear la seda al catgut, porque la primera permanece mucho más tiempo y dá mayor seguridad. Siempre que hayamos tenido necesidad de abrir el saco muy hacia arriba; es preciso suturarlo, porque con la ligadura podría quedar una redija por donde se reproduciría la hernia.

M. SANCHEZ Y LLISTOSELLA

Continuará.

ELECTROTERAPIA Y ELECTROSCOPIA

Amablemente invitados por nuestro compañero D. Jaime Figueras Torrent, hemos tenido ocasión de visitar el gabinete de electroterapia que tiene instalado en su domicilio y que recientemente ha completado con los mas modernos aparatos de diagnóstico y de tratamiento por medio de la electricidad. Cuenta para ello con una máquina Wimshurst gran modelo, para las aplicaciones estáticas y corrientes de Marton; aparato para galvanización, faradización corrientes combinadas de Watteviles electrosis, cataforesis, galvanocáustica etc.; un transformador de gran tensión para las corrientes de alta frecuencia y fulguración; un motor eléctrico para el masaje vibratorio y finalmente una potente bobina Dessauer para la producción de los rayos X, con todos los accesorios y aparatos complementarios para la obtención de las más rápidas radiografías de todas las regiones del cuerpo, y una clarísima radioscopia.

La instalación electroterápica y electroscópica del Sr. Figueras, ha dotado á la comarca gerundense de un elemento de diagnóstico que hacía falta, con ella y con la ya hace tiempo instalada en Olot por nuestro colega Avélio Barnadas y la que funciona en Figueras bajo los cuidados de un electrólogo nuestra provincia podrá dejar de ser tributaria de Barcelona en el tratamiento de ciertas afecciones cuantas veces necesite el médico obtener datos positivos de determinados traumatismos.

Gerona, septiembre 1911.

K.

AVISO

En cumplimiento de un acuerdo tomado en la Asamblea, se ruega á los Sres. Colegiados que deseen concurrir en unión de la Comisión de esta Junta al « Congreso de Sanidad Civil » se sirvan comunicarlo á esta Secretaría antes del dia 5 del actual, al objeto de poder hacer la inscripción correspondiente. — Gerona 1.º octubre 1911. — P. A. de la J. *El Secretario*, PEDRO ROCA Y PLANAS.