



BOLETIN MENSUAL

LAS HEMORRAGIAS OCULTAS, EN LA ULCERA GÁSTRICA (*)

DISTINGUIDOS COLEGAS:

Con el presente número empezamos a publicar, con paginación separada y en forma para coleccionar a parte, un interesante estudio sobre la Fauna malacológica de la provincia de Gerona, debido a nuestro paisano el médico D. Manuel de Chia.

fiestas y los vómitos; y entre los seguidos los dolores producidos por la presión, la hiper-acidez del jugo gástrico y por último las hemorragias ocultas.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS.— *El dolor ulceroso* que sin duda es el síntoma subjetivo más esencial que basta en muchos casos cuando se presenta de un modo tan característico para hacer el diagnóstico de úlcera gástrica; el dolor que produce la úlcera puede ser urente corrosivo o espasmódico, sacando la proporción de los casos que he observado resulta que el 80 por 100 el dolor se irradiaba desde el epigástrico hasta la columna vertebral siguiendo por la derecha y en un 10 por

(*) Comunicación leída en la reunión Comarcal de los Médicos del Partido de Olot el día 17 Junio de 1915.



BOLETIN MENSUAL

LAS HEMORRAGIAS OCULTAS, EN LA ÚLCERA GÁSTRICA (*)

DISTINGUIDOS COLEGAS:

Al tener el honor de disertar hoy ante vosotros una de las dificultades que se me han presentado ha sido hallar tema donde exponer algo nuevo, pues encontrándome inferior a todos he preferido exponer las particularidades observadas por mi en una serie de 22 casos de úlcera de estómago.

No abusaré de vuestra atención detallando las historias clínicas de todos los casos, relataré someramente los principales síntomas, fijando especialmente la atención en uno, el de las hemorragias ocultas, que estimo de importancia para un diagnóstico precoz de la úlcera gástrica.

De sobra sabéis que, los síntomas son subjetivos y objetivos, incluyendo entre los primeros el dolor ulceroso, las gastrorragias manifiestas y los vómitos; y entre los segundos los dolores producidos por la presión, la hiper-acidez del jugo gástrico y por último las hemorragias ocultas.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS. — *El dolor ulceroso* que sin duda es el síntoma subjetivo más esencial que basta en muchos casos cuando se presenta de un modo tan característico para hacer el diagnóstico de úlcera gástrica; el dolor que produce la úlcera puede ser urente corrosivo o espasmódico, sacando la proporción de los casos que he observado resulta que el 80 por 100 el dolor se irradiaba desde el epigástrico hasta la columna vertebral siguiendo por la derecha y en un 10 por

(*) Comunicación leída en la reunión Comarcal de los Médicos del Partido de Olot el día 17 Junio de 1915.

100 se extiende a toda la región media e inferior del abdomen: observándose algunas veces; una entre los 22 casos antes citados que, la región epigástrica es completamente indolora radicando la zona dolorosa en el dorso, al lado mismo del raquis.

Dado lo raro que esto resulta, expondré el siguiente caso clínico para mayor ilustración.

José B. bracero de 26 años de edad sin antecedentes hereditarios. El enfermo dice que siempre estuvo sano hasta los 20 años en que sufrió, según le dijo el médico un catarro del estómago y ha partir de esta fecha se encontró bien, excepto que el apetito fué algo escaso. Desde hace unas 6 semanas sufre las siguientes molestias: sensación de peso en el epigástrico pero no dolor, disminución del apetito y a los 40 minutos después de las comidas, fuertes dolores en el dorso al lado izquierdo del raquis los cuales desaparecen al producirse el vómito que, según dice el enfermo acostumbra ser bastante frecuente.

El examen del enfermo aparte de la saburra lingual solo acusaba una ligerra sensibilidad a la presión en el epigástrico y muy marcada en el lado izquierdo del raquis entre la décima y duodécima vértebra dorsal.

El aspecto de los vómitos nada ofrecían de característico; dice que nunca ha visto que el color de los vómitos fuera negruzco ni que hubiese filamentos de sangre mezclados con los mismos. El aspecto de las deposiciones normal.

Le propuse analizarle las heces fecales para descubrir las hemorragias ocultas en el caso de su existencia, y el enfermo consintió.

Verificada la prueba del guayaco la reacción fué positiva. Le impuse el método curativo de la úlcera y a los 15 días habían desaparecido los vómitos y los dolores. Hecho un nuevo análisis de las heces fecales la reacción fué negativa.

Visto el buen estado en que se encontraba el enfermo no quiso terminar la cura y a los 8 días de haber dejado el régimen tuvo un fuerte vómito de sangre.

Como se ve en este caso los dolores característicos radicaban al dorso y no el epigástrico.

El dolor ulceroso guarda particular dependencia con la ingestión de alimentos. Esta dependencia se extiende no solo a la producción periódica de los dolores sino también a la cantidad y calidad de alimentos. Se demuestra la influencia de la calidad de los alimentos en la aparición e intensidad de los dolores, por la circunstancia de que

substancias líquidas pasan al estómago sin producir grandes molestias mientras que los alimentos sólidos despiertan accesos espasmódicos.

La dependencia que existe entre las comidas y los accesos de dolor es motivo de que estos aparezcan después de aquellos en un plazo más o menos breve, el cual depende la mayor parte de las veces según el punto donde radica la úlcera; cuando los dolores se presentan inmediatamente después de la ingestión de alimentos puede suponerse con cierta justificación que la úlcera está situada en las proximidades del cardias, y cuando los dolores comienzan a los 30 ó 45 minutos después de las comidas la lesión esta localizada en el piloro o sus alrededores.

Los accesos de dolor acostumbran a cesar espontáneamente cuando el estómago vacía su contenido en los intestinos o lo expulsa al exterior por medio de los vómitos.

Los dolores que se presentan en la forma antes descrita son tan característicos de la úlcera gástrica que desde el punto de vista diagnóstico deben estimarse de un valor igual al de una hemorragia gástrica manifiesta. Sin embargo es relativamente raro que el cuadro morboso encuentre su expresión clínica en la producción característica del dolor del estómago; así por ejemplo los dolores de la úlcera puedan tomar un carácter por completo igual al de los hiperclorhídicos entonces las sensaciones dolorosas se presentan mucho tiempo después de las comidas que en seguida desaparecen, cuando de nuevo se ingieren alimentos que contengan albúmina, o una pequeña cantidad de un alcalino. En estos casos acostumbran a faltar los vómitos.

Otras veces los dolores se presentan de una manera irregular, sin ninguna relación con las horas de las comidas, y sin que para nada influya sobre ellos la calidad ni la cantidad de los alimentos. En otros enfermos los dolores faltan por completo, la úlcera gástrica tan solo se manifiesta clínicamente por perturbaciones dispépticas de índole indefinida. Tan pronto el enfermo se queja de ligera pirosis que, percibe a veces en la región gástrica, o bien lo que le molesta es una sensación de peso o de opresión acompañada de síntomas de dispepsia como nauseas, eructos y sensación de plenitud.

Otro de los síntomas subjetivos son *las Gastrorragias* manifiestas que, constituyen a menudo el síntoma decisivo para el diagnóstico de la úlcera gástrica. Se producen a consecuencia de la corrosión de los troncos vasculares que han quedado disecados en la superficie de la úlcera.

La sangre extravasada puede evacuarse por la boca o por el intestino o simultáneamente por los dos lados.

La frecuencia de las hemorragias manifiestas se ha apreciado de modo muy distinto: Leube las calcula en el 46 por 100 de los casos de úlcera: Fenwick, en 75 por 100, y Rüttimeyer, en 71 por 100. En los 22 casos por mi observados se han presentado las hemorragias manifiestas 7 veces.

Las manifestaciones consecutivas de las gastrorragias depende de la cantidad de sangre perdida. Al principio los enfermos experimentan pronunciada sensación de náusea y vértigo. Pronto se presentan fuertes vómitos, pues el estómago trata de librarse del contenido para él extraño, con los cuales se expulsa las cantidades de sangre extravasadas. Cuando la pérdida sanguínea es escasa, el enfermo sólo experimenta un ligero desvanecimiento o cierta sensación de debilidad. Cuando las hemorragias son mayores puede sobrevenir la pérdida del conocimiento y hasta la muerte cuando se produce la ulceración de un vaso de grueso calibre sin que el enfermo expulse por vómito la sangre acumulada en su estómago.

De ordinario las masas de sangre vomitadas tienen un color rojo oscuro muy pronunciado.

Si la sangre ha permanecido algún tiempo en el estómago toma el aspecto de posos de café, cuya coloración pardo negruzca se debe a la transformación de la hemoglobina en hematina bajo la acción del ácido clorhídrico libre. La sangre que se expulsa por el intestino tiene un color negro como el del alquitrán.

Una vez en presencia de un enfermo que a queja melena o vómitos de sangre debemos buscar la procedencia o causa de ellas.

Las hemorragias de las encías, faríngea o fosas nasales no son de difícil diagnóstico por regla general cuando la exploración es minuciosa.

La distinción entre sí la sangre arrojada por la boca procede del estómago o de los pulmones, es también relativamente fácil sobre todo si se puede observar a poco de producido el vómito. En la hemoptisis tiene un color rojo claro, aspecto espumoso, y suele ir mezclada con burbuja de aire: además las hemorragias de los pulmones van sucedidas de esputos rosados durante algunos días (pero no obstante ocurren excepciones) en cambio no se presentan melenas; y también el examen objetivo del enfermo indica la existencia de una afección pulmonar o cardíaca. En la hematemesis, la sangre expulsada es de color pardo oscuro, está parcialmente cuagulada y con frecuencia hállase mezclada con restos de alimentos; por lo general su cantidad suele ser mayor que en las hemoptisis. Además el examen objetivo indica la

existencia de una afección del estómago o del hígado o de otra anomalía que acompañan de estancación en la circulación de la vena porta.

De una dificultad grande es la diferenciación de si la sangre extravasada procede del estómago o del exófago. Ni el aspecto de la sangre vomitada ni su posible mezcla con restos alimenticios ofrecen ningún apoyo para el diagnóstico diferencial. Por eso casi siempre deben tenerse cuenta para hacer la distinción los datos subjetivos suministrados por el enfermo, el cual nos dirá en caso de una úlcera del exófago que los dolores producidos por la misma coinciden con el paso de los alimentos mientras que los dolores producidos por la úlcera gástrica se presentan algún tiempo después de las comidas.

También deben diferenciarse las hemorragias debidas al carcinoma y las procedentes de la úlcera, las primeras suelen ser escasas y casi nunca determinan deposiciones de sangre, esta sale descompuesta, y por tal motivo adquiere una coloración parda de café o de chocolate.

Vómitos; el vomito es doloroso va precedido y provocado por el dolor sin que esto quiera decir que deba tener lugar siempre que se produce un acceso doloroso.

El vómito constituido por un líquido ácido no es abundante por lo general. contiene frecuentemente partículas negruzcas, vestigios de sangre digerida que podrían pasar inadvertidas si no se procediera a un examen minucioso de las materias vomitadas. Los vómitos cuando se presentan después de ingerir alimentos y van acompañados de dolores semejantes a calambres son característicos de la úlcera redonda.

Con los vómitos daré por terminados los síntomas subjetivos; prescindiendo de la interminable sintomatología que se observa en los enfermos de úlcera gástrica muy comunes en la patología gástrica y de sobra conocidos por todos vosotros.

SÍNTOMAS OBJETIVOS. — *Dolor a la presión.* Hay que diferenciar el dolor epigástrico a la presión, del dorsal. El primero se produce por lo general en la línea media a veces algo a su izquierda y en casos menos frecuentes hacia la derecha. Depende la intensidad del dolor de la situación y posición del estómago. Cuando el estómago se halla en posición normal el dolor suele presentarse bastante cerca del apéndice xifoideo pero si hay descenso del estómago el dolor se acusa algunos centímetros por bajo del indicado lugar. En otros casos no se nota un punto doloroso aislado, sino una zona dolorosa más o menos extensa; pero aun entonces he visto que se mantenía el dolor en los más próximos alrededores de la línea media.

El segundo o sea el dolor dorsal a la presión, que el Dr. Boas fué el primero de indicar, radica de ordinario a la altura de las vértebras décima a la duodécima dorsal y se encuentra a la derecha de los cuerpos vertebrales, en una extensión que tiene dos o tres centímetros de altura por 1 a 4 de anchura. El Dr. Boas dice haber encontrado el dolor dorsal en la tercera parte de los casos por él observados. Yo tan solo lo he visto 5 veces lo que aun no resulta la cuarta parte; pero de todas maneras cuando puede apreciarse este síntoma no deja de tener su importancia diagnóstica.

Otro de los síntomas de la úlcera gástrica puede apreciarse por medio del *Examen funcional del estómago*.

Poca cosa puedo decir de los resultados obtenidos por medio del análisis del contenido gástrico, porque tengo que confesar francamente no haberme nunca atrevido introducir la sonda en el estómago, cuando sospecho la presencia de úlcera. Apesar de que hay autores de tanta autoridad como Riegel y Haus Elsuer que preconizan la inocuidad de un sondaje cuidadoso, y tal prevención data desde que presencié en el Hospital Beaujon de París la introducción de la sonda por un celebre profesor en un estómago ulcerado y fué seguida de una hemorragia fulminante.

Los resultados que se han publicado del análisis del jugo gástrico ha sido: aumento de ácido clorhídrico en el 34 por 100 de los casos, acidez normal en el 56 por 100 y en el 8 por 100 de los casos hipocidez; si bien hay otros datos publicados en que las proporciones del ácido clorhídrico son bastante diferentes de las que acabo de citar, su explicación está fundada en la diferente frecuencia con que la hiperacidez se presenta en las distintas regiones geográficas. Straun ha hecho notar que las cantidades de ácido clorhídrico son mucho más elevadas en los enfermos de úlcera gástrica de Alemania que los de Francia y España.

Considero de muchísima más importancia el análisis de las heces fecales que el del contenido gástrico; con aquel se pone de manifiesto, cuando existen, las hemorragias ocultas, las cuales se presentan con mucho tiempo anticipado a las manifiestas. Por lo tanto hecha la investigación de las heces fecales en tiempo oportuno puede prevenirse en la mayoría de las veces la hemorragia manifiesta, las que considero como exacerbaciones de las hemorragias continuas. De manera que la investigación de las hemorragias ocultas no tan solo tiene importancia desde el punto de vista diagnóstico si que también terapéutico.

Respecto a la frecuencia de las hemorragias ocultas, he de limitarme a lo que hace referencia a los casos en que he podido investigarlas de entre los 22, las he encontrado 18; no pudiendo citar otras estadísticas por no haberlas visto publicadas en parte alguna.

Hemorragias ocultas entendemos por tales, los derrames mínimos de sangre que, no alteran ni el contenido gástrico en su color, ni tampoco el de las heces; siendo dicho derrame inapreciable tanto a simple vista como para el ojo armado.

La materia colorante de la sangre o hemoglobina contenida en el estómago y transportada luego al intestino no es suficiente para influir en el aspecto macroscópico del contenido gástrico ni de las heces; pero la presencia de la hemoglobina puede descubrirse con toda seguridad por medio de reacciones químicas.

Teniendo en cuenta la importancia de las hemorragias ocultas precisa mentar los diferentes procedimientos que hoy en día se usan describiendo tan sólo los que mejores garantías ofrecen.

Antes de la técnica de la investigación de la sangre hemos de tener en cuenta las siguientes precauciones:

1.^a La presencia de sangre en los vómitos es un dato que no puede utilizarse para el diagnóstico ya que es tan frecuente la presencia de sangre en los vómitos, según Leube se aprecia en el 50 por 100 de los casos. Casi siempre suele tratarse de hemorragias de naturaleza traumática las que se puede atribuir al mismo acto del vómito.

2.^a Debemos buscar la sangre en las heces ya que, en el contenido gástrico su presencia puede ser debida al acto de sacar la muestra con la sonda, aun en individuos sanos, siendo estas pequeñas hemorragias artificiales producidas por el sondaje; difícilísimas de distinguir de las espontáneas.

3.^a Por los mismos motivos que no hemos de buscar la sangre en el contenido gástrico, tampoco debe hacerse la investigación de la misma en las heces, cuando hace poco se ha efectuado un sondaje del estómago.

4.^a La demostración de sangre en las heces podrá aplicarse al diagnóstico de la úlcera, siempre y cuando pueden excluirse hemorragias de otras procedencias.

5.^a Y por último, sólo podrá servirnos para el diagnóstico la investigación de sangre en las heces, los sujetos que con la alimentación no hayan ingerido hemoglobina. Por lo tanto se les prohibirá a los enfermos que hay que examinar, tomar carnes crudas o medio crudas

lo mismo que tomar medicamentos que contengan hemoglobina. Algunos autores como Hartmann aconsejan no tomar ni carne de pescado, ya que si se hace la reacción después, es positiva, este dato no coinciden con los resultados obtenidos por el Dr. Boas. En dos casos he podido observarlo y el resultado ha sido siempre negativo.

Una vez presente estas reglas podemos ya describir los diferentes procedimientos; si bien acostumbro tan sólo hacer los análisis de las heces fecales con dos pruebas, la del guayaco y la de la aloina, describiré también las demás reacciones que han llegado adquirir cierta importancia en la práctica.

Prueba del Guayaco. Se coje una muestra de heces y en el caso de que no sea bastante fluída se la diluye con agua, adicionando uno o dos centímetros cúbicos de ácido acético-cristalizado, removiendo la mezcla en una cápsula *ad oc* hasta que tome una consistencia bastante fluída. Luego se toma 5 ó 10 centímetros cúbico; de esta mezcla y se ponen en un tubo de ensayo en el cual habrá ya un volúmen igual de eter. Una vez obturado el tubo con un tapón de goma, se invierte este repetidas veces pero sin agitarlo, de manera que el eter se acumule tan pronto arriba como abajo en el tubo de ensayo. El extracto etereo que toma un color amarillento a causa de la urobilina se deposita en el fondo del tubo quedando un líquido transparente encima, el cual se tira, y en la mezcla, que ha quedado en el fondo del tubo se le añade unas 10 gotas de tintura de guayaco recientemente preparada (se compone de una pulgarada de resina de guayaco en unos 3 centímetros cúbicos de alcohol absoluto) y unas 20 gotas de aceite de trementina. El extracto etereo se colorea de azul aun cuando haya cantidades mínimas de sangre.

Prueba de la Aloina. Se hace todo de la misma manera que en la del guayaco, cambiando tan solo la tintura de dicho balsámico por la tintura de aloina (se prepara de la manera siguiente: se coje una pulgarada de Aloina del comercio en 3 centímetros cúbicos de una solución de alcohol al 60 por 100) al añadirse las 20 gotas del aceite de trementina toma el extracto etereo si hay sangre un color rojo claro convirtiéndose en rojo cereza al cabo de algunos minutos.

Prueba de la Bencidina. Una pequeña cantidad de heces fecales se lleva con una varilla de vidrio a un tubo de ensayo el cual en su quinta parte estará lleno de agua, se tapa con algodón y se hace hervir para que desaparezca la acción de los fermentos; luego se pone en otro tubo unas doce gotas de reactivo (que se compone de una pulga-

rada de bencidina pura con 2 centímetros cúbicos de ácido acético (cristalizable) añadiéndose unos 3 centímetros cúbicos de agua oxigenada al 3 por 100 luego se coje unas 3 gotas de la dilución del primer tubo o sea el que se ha hecho hervir y se mezcla con el contenido del segundo tubo; cuando hay sangre, el líquido pardo toma el color verde o azul verdoso.

Este procedimiento uno de sus mayores inconvenientes es su gran sensibilidad, ya que si el enfermo come carne durante los tres días anteriores al de verificarse el análisis, la reacción es siempre positiva, y por lo tanto sin valor clínico.

Se han preconizado muchos otros procedimientos que no resultan prácticos por su complicada técnica y nada recomendables por su infidelidad.

Ahora que conocemos las hemorragias ocultas y la manera de hacerlas manifiestas, hemos de tener presente como he dicho anteriormente que para aplicar este síntoma a la úlcera del estómago hay que descartar todas las enfermedades que pueden ocasionar hemorragias en el tubo digestivo; si bien son relativamente escasas no dejan de tener importancia como la úlcera del duodeno, en la extenosis espasmódica del piloro, y en algunas ectásias benignas. Tan poco es rara la presencia de sangre en la hipersecreción, teniendo en cuenta las estrechas relaciones causales que hay entre la hipersecreción y la úlcera gástrica, este hallazgo no es para maravillar a nadie.

En el carcinoma del estómago solo por excepción falta la sangre en las heces; y en estos casos suele tratarse de escirros forma que relativamente tiene poca inclinación ha ulcerarse. Según el Dr. Elsner se presentan hemorragias ocultas bastante tiempo antes que el tumor sea palpable.

El procedimiento recomendable para determinar si las hemorragias ocultas son debidas al carcinoma o a la úlcera gástrica es el siguiente: alimentando al enfermo por vía rectal desaparecen inmediatamente en la úlcera benigna mientras que en el carcinoma por regla general persisten, o reaparecen cuando de nuevo se alimenta al enfermo por la boca.

En otros casos la procedencia de las hemorragias ocultas se hace difícilísimo por no decir imposible determinarla.

Por lo que acabamos de decir se desprende que la demostración de las hemorragias ocultas sin tener un valor decisivo para el diagnóstico de la úlcera de estómago el ir acompañadas de los otros síntomas anteriormente descritos nos inducirá a sospechar se

ha iniciado la erosión en la mucosa gástrica, y nada perderá el paciente en que establezcamos un plan terapéutico y diatéutico que evite el desarrollo del proceso ulceroso.

Réstame solo daros las gracias por la atención que habeis prestado.

E. OBRADOR.

CURA RADICAL DE LA HERNIA CRURAL

LA VIA INGUINAL, METODO DE ELECCIÓN

(Conclusión)

VIA INGUINAL: Esta denominación ya indica que la hernia va a ser atacada por la región inguinal, sin que para nada se intervenga directamente sobre la región en que aquella radica. Este método, ha sido recomendado por algunos cirujanos, tan solo para casos de hernia crural estrangulada, en los que pudiéndose así descubrir mejor el cuello del saco herniario, permitiría una mejor inspección de las vísceras contenidas; *Monot* y *Vanverts* lo recomiendan en los casos de coincidencia de hernias crural e inguinal, otros autores, *Dujariér* entre los mas entusiastas, juzgan a este método como el mejor de los utilizables para lograr la perfecta curación radical buscada y tan difícilmente obtenida en los otros procedimientos.

El empleo de esta vía inguinal, tuvo su primer origen, en un caso de *Annandale* en 1877, de coincidencia de hernia crural y hernia inguinal, y en el que por la misma herida inguinal descubrió el saco crural, pretendiendo obturar el anillo crural con el saco inguinal previamente ligado al nivel del cuello; algo más tarde *Zuckerlandl* en 1883, después de una serie de trabajos sobre el cadáver, propuso la vía inguinal para el desbridamiento de las hernias crurales estranguladas; sin embargo los trabajos de estos dos autores, verdaderos precursores del método pasaron desapercibidos y viene mas tarde *Ruggi* en 1892, a quien cabe el mérito de fijar la técnica completa de esta intervención, demostrando sus ventajas en relación con todos los demás métodos.

Ruggi describe la técnica como sigue: Por una incisión inguinal se descubre la aponeurosis del oblicuo mayor, y sin abrir todavía el conducto inguinal, por disección subcutánea, llega hasta el saco crural, lo aísla, lo abre y trata su contenido. A continuación incinde la pared

anterior del conducto inguinal, separa hacia arriba el cordón o el ligamento redondo, por disección obtusa hiende la pared posterior del conducto inguinal, luxa el saco crural en la herida inguinal y procede entonces a los dos tiempos fundamentales de toda cura radical, ligadura alta del saco, por encima del *infundibulum* que precede al cuello herniario, y cierre del orificio herniario, anillo crural en este caso, suturando el borde posterior del arco crural al ligamento de Cooper. Mas tarde Ruggi, renuncia a buscar el saco mediante disección subcutánea, luxándolo directamente hacia la herida inguinal, despues de hendidas las dos paredes del conducto inguinal.

Parlavecchio en 1893, publica un artículo adoptando la técnica de Ruggi, pero en publicaciones sucesivas le imprime diversas modificaciones. La primera fué respetar el orificio externo del conducto inguinal, al practicar la incisión de su pared anterior, modificación que dificulta todas las maniobras ulteriores; la segunda modificación propuesta tiene realmente importancia; para cerrar mejor el anillo crural, Parlavecchio suturó al ligamento de Cooper no solo el ligamento crural, sino también el borde inferior del oblicuo menor y transverso, que descenden hasta ponerse en contacto de la cresta pectínea y ligamento de Cooper, con lo que se obtiene evidentemente un cierre sólido del anillo crural.

La importancia de este descenso del plano muscular formado por el oblicuo menor y el transverso, para asegurar el cierre del anillo crural, como sostuvo Parlavecchio era conocido también simultáneamente por otros cirujanos como *Lotheissen*, *Narat* y *Föderl*, afirmando este último, durante una discusión en la Sociedad de Médicos de Viena, que la sutura de los musculos oblicuo menor y transverso al ligamento de Cooper, era el mejor medio de evitar la recidiva inguinal de las hernias crurales operadas por via inguinal; reproche que por diversos autores se había dirigido a este método.

Tuffier en 1896, publicó en la *Revue de Chirurgie* de París, varios casos operados según la técnica de Ruggi; concluyendo con las indicaciones siguientes: «que la incisión crural queda como método de elección; la via inguinal está indicada en casos de coincidencia de hernias crural e inguinal, pudiendo convertirse en método de elección cuando la región inguinal está flácida y deprimida. De este método se ocupan también otros cirujanos como *Gordon* (1900), *Guinement* (1901), *Chaput* (1904), *Rollin* «Tesis de Paris» (1908-1909), *Vallas y Perrin* en 1909, *Berard* de Lyon, presentando al Congreso Internacional de Ciru-

jía de Bruselas (1908), una comunicación sobre 25 casos operados por el procedimiento inguino crural, llamado (*du double rideau*) de doble cortina, que consiste en lo siguiente: Después de aislar el saco herniario por vía crural y agrandada esta incisión hacia la pared abdominal se incinda transversalmente la aponeurosis del oblicuo mayor a un centímetro por encima del arco crural, sin interesar el anillo inguinal externo, se dirigen hacia arriba el oblicuo menor y el transverso, el saco luxado en la herida inguinal es ligado y resecado, dos puntos en V bajan el oblicuo menor y el transverso y el labio superior de la aponeurosis del oblicuo mayor en contacto con el pectíneo y el ligamento de Gimbernat, el labio inferior de la incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor se dirige hacia arriba y se sutura a la cara anterior del propio músculo.

En 1908, aparece también un trabajo importante de *Bardescu* de Bucarest sobre 22 casos personales, operados por vía inguinal, aunque difiere de los anteriores en que cierra el anillo bajando tan solo el arco crural en contacto de la cresta pectínea y reconstituyendo el conducto inguinal siguiendo la técnica de Bassini, con acabalgamiento de los labios de la incisión del oblicuo mayor a fin de obtener una doble pared anterior y considera también esta vía inguinal como la de elección y aplicable en todos los casos.

Posteriormente otros autores han publicado trabajos sobre este asunto, *Dujarier* entre ellos en un notable artículo del *Journal de Chirurgie* de París, dando cuenta detallada de la técnica a seguir, que vamos a exponer, por ser la que hemos seguido con verdadera satisfacción, tanto por lo que facilita las diversas maniobras, como por los resultados obtenidos.

Dicha técnica es como sigue:

Incisión cutánea: Igual a la de la hernia inguinal, es decir que partiendo de la espina del pubis se dirige hacia arriba y hacia afuera, alejándose cada vez más del arco crural.

Hendidura del conducto inguinal en su totalidad y descubierta del peritóneo: Después de incindido todo el tejido celular subcutáneo, queda al descubierto la aponeurosis del oblicuo mayor; se incinde esta al nivel de la pared anterior del conducto inguinal hasta el orificio inguinal externo inclusive y se sujeta cada labio de la incisión con una pinza.

Bajando en seguida el labio inferior de la aponeurosis seccionada, se denuda con un instrumento romo, la cara profunda del arco crural fácilmente reconocible y al propio tiempo se rechaza hacia arriba el

cordón espermático o el ligamento redondo, que se mantienen así con un separador que al propio tiempo pone tirante la *fascia transversalis* que viene a constituir la pared posterior del conducto inguinal, se incinde esta, muy ligeramente y paralelamente al borde posterior del arco crural y se llega así a la grasa subperitoneal que se disocia hacia la parte interna de la vena femoral, en el punto donde debe hallarse el cuello herniario, apareciendo el peritoneo de aspecto liso y blanquecino, que se incinde, entre dos pinzas que lo ponen tenso, y sirven para fijar inmediatamente ambos bordes de la incisión.

Al practicar la sección de la *fascia*, hay que evitar la sección de ningún vaso, de ahí que hay que aislar y proteger los vasos epigástricos, y aún en ciertas ocasiones ligar una vena tributaria de aquellos que corre paralela al borde posterior del arco crural.

Tratamiento del saco y su contenido: Abierto el peritoneo por encima del cuello herniario es muy fácil explorar el contenido del saco; la conducta a seguir es distinta según que el saco esté vacío o contenga epiploon o intestino.

1.º *El saco herniario está vacío:* Generalmente en estos casos nada más fácil de lograr, mediante una serie de tracciones sucesivas, que el saco vaya deslizándose suavemente hasta enuclearse por completo y transformarse así la hernia crural en hernia inguinal directa. En ciertos casos sin embargo esta maniobra no es tan fácil, pudiendo sobrevenir las dificultades bien por estrechez exagerada del orificio herniario con relación al saco, en cuyo caso bastará un simple desbridamiento practicado en su borde interno o sea seccionando el ligamento de Gimbernat; o bien puede ser debido a adherencias que el saco haya contraído en cuyo caso puede ser preciso dejar la parte del saco que se encuentre así adherida o sea el fondo, y hacer una resección parcial, debiendo siempre tener mucho cuidado en practicar una hemostasia completa al nivel de la sección, en la parte que queda sin extirpar, para evitar así la formación de un hematoma,

2.º *El saco herniario tiene un contenido:* Aquí hay que distinguir según que el contenido sea reducible, irreducible o estrangulado.

A) *El contenido herniario es reducible.*

Si el contenido es epiploon, nada más fácil que atraerlo por la abertura inguinal del peritoneo y resecarlo; si se trata de asas intestinales se reducen, en algunos casos se ha encontrado el apéndice, aconsejando algunos autores practicar la resección del mismo siempre que esto suceda. Puede encontrarse también la trompa uterina y nada

más fácil que practicar su resección si se halla afectada.

B) *El contenido herniario es irreducible.*

Si se trata de intestino habrá que proceder a la disección cuidadosa de las adherencias que produzcan la irreductibilidad; si por el contrario hay que proceder contra un epiplocele crural irreducible se practicará la ligadura del epiploon lo más alta posible, se seccionará por debajo de la ligadura, se reducirá el muñón, y luego se procurará luxar hacia la herida inguinal, el saco con su contenido, por tracciones suaves, practicadas al mismo tiempo sobre el saco y el epiploon; y si alguna dificultad hubiera por el volumen, se dilatará el anillo en la forma indicada anteriormente. Si a pesar de todos estos medios fracasara nuestro propósito de luxar el saco hacia la herida inguinal, nada más fácil que separar el labio cutáneo inferior de la incisión, de la aponeurosis subyacente, y extirpar el saco en esta forma sin tener que practicar nueva incisión en la región crural.

C) *El contenido herniario está extrangulado.*

Si se trata de epiplocele la conducta a seguir es igual que si fuera simplemente irreducible; si es un enterocele hay que ensanchar el cuello, ya dislacerándole en su parte interna, ya por incisión del mismo cuidando bien lo que se hace. La herida debe protegerse perfectamente con compresas para evitar la contaminación del peritoneo, con el contenido séptico que puede contener el saco; el asa exteriorizada será examinada y tratada según sean sus lesiones. En caso de gangrena, si la resección fuese impracticable, será cosa fácil establecer un ano contra natura.

Ya tratado el contenido de la hernia, se luxará el saco en la herida inguinal como ya hemos dicho y se procederá a su ligadura lo más alta posible, cosa fácil practicando algunas tracciones para obtener un *infundibulum peritoneal* tan largo como se pueda, teniendo mucho cuidado en no coger la vejiga, de modo que en todo caso esta nos servirá de límite. Para que la ligadura no pueda escaparse, se pasa el hilo a través del cuello, con una aguja de Reverdin, y aún mejor una aguja roma y se ligará el saco en dos tiempos. Esta es una de las principales ventajas de este método, o sea el poder practicar la sección del saco herniario por encima del cuello, no quedando *infundibulum*, que puede ser una preparación de recidiva.

Cierre del anillo crural: Esto se obtiene, uniendo al ligamento de Cooper fijo y resistente, el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transversos, y el borde posterior del arco crural, todo fácilmente

practicable en la forma siguiente: mediante una valva vaginal se mantiene hacia arriba el peritoneo que viene a tapizar la cara posterior del pubis, junto con el cordón espermático o ligamento redondo, cosa sin dificultad, por ser el peritoneo fácilmente desprendible en este punto; un separador colocado en la parte interna de la vena femoral; tira de esta hacia afuera, queda bien visible el ligamento de Cooper y entonces sin riesgo alguno se pasan dos o tres hilos, rasando al hueso, que comprenden todo el grosor del mencionado ligamento; el extremo posterior de estos hilos se pasan a través del borde inferior, o mejor, de la cara anterior de los músculos oblicuo menor y transverso, y el extremo anterior a través del arco crural. Al anudar estos hilos de sutura vienen a aplicarse sobre el ligamento de Cooper, de una parte el borde inferior del oblicuo menor y del transverso, y de otra el borde posterior del arco crural con lo que se obtiene la perfecta oclusión del orificio crural, y una gran solidez de la región inguinal. El cordón espermático o el ligamento redondo, pueden dejarse por detrás del plano así constituido, sin que sufran el más mínimo perjuicio.

Reconstitución del conducto inguinal: Para ello no falta más que la pared anterior, ya que la posterior queda sólidamente formada por la maniobra que acabamos de describir, y esta pared anterior se forma suturando los dos labios de la aponeurosis del oblicuo mayor primitivamente seccionado. Se ligan luego algunos vasos subcutáneos, que haya habido necesidad de pinzar y se sutura la piel.

Esta técnica descrita con minuciosidad, es la que como hemos dicho antes venimos siguiendo en los casos personales operados por esta vía inguinal.

Resultado de este metodo: Segun *Dujarier* que presenta una estadística de 31 casos, no pueden ser mejores los resultados, ya que un solo caso de muerte que refiere fué en el décimo día después de la operación cuando ya estaba cicatrizada toda la herida y debe referirse a una embolia; desde el punto de vista de la recidiva, a pesar de haberlos visto proteriormente casi todos ellos, no ha visto ni una sola.

Otros autores, como el mismo *Tuffier*, aun reconociendo la bondad del método, no se muestran tan decididos partidarios, quizá por no haber dominado esta técnica, con la perfección que otras.

Por lo que a nosotros personalmente afecta, hemos de manifestar que en 26 hernias crurales, operadas por vía crural y distinto procedimiento, habíamos tenido ocasión de observar varias recidivas, sobretudo en casos de hernia voluminosa con anillo relajado; en cambio en

8 casos operados por vía inguinal, casi todos ellos observados con bastante posterioridad a la intervención, no hemos anotado un solo caso de recidiva.

De la descripción de la técnica seguida, fácilmente se desprenden los dos hechos fundamentales que se cumplen en este método y que son esenciales para la cura eficaz de la hernia, esto es, ligadura alta del saco herniario y cierre sólido del anillo ú orificio herniario.

Este método está indicado en todos los casos, y únicamente debemos señalar dos contraindicaciones en casos de hernias estranguladas; la primera en casos de individuos de poca resistencia en que conviene reducir la intervención al *mínimum*, y en estos nada más sencillo, que mediante anestesia local, se intervenga directamente en la región crural, descubrir rápidamente el saco, abrirlo, desbridar la estrangulación, tratar el contenido, reseca el saco, y hacer una cura radical fortuita, todo ello en cuestión de pocos minutos y con el menor peligro para el enfermo; la segunda contraindicación es en los casos de flemón herniario, cuando se sospecha un esfacelo del asa estrangulada, con perforación y fenómenos inflamatorios extensos, en cuyos casos será preferible intervenir por vía crural.

Descontado estos casos verdaderamente excepcionales, hemos de afirmar con *Dujarier*, que la vía inguinal, es la mejor para el tratamiento de la hernia crural, así por la facilidad en las diversas maniobras, como por los resultados post-operatorios obtenidos.

DR. F. COLL TURBAU
del Hospital provincial de Gerona

Gerona, julio 1915.

AVISO

Próximo el día de la celebración de la XVIII Asamblea general de este Colegio se recuerda a los Sres. Colegiados el derecho que les asiste de presentar las proposiciones que estimen conveniente someter a discusión, así como también de cualquier comunicación de carácter científico; con la sola advertencia que, el enunciado y conclusiones de ellas han de remitirse a esta Secretaría antes del día 20 del presente mes para insertarlas en la Convocatoria.

Gerona 1º Agosto 1915.--P. A. de la J., *El Secretario*, P. Roca y Planas.