

ESTUDIO DE LAS HERNIAS

Conferencia dictada por el Profesor Agregado **Augusto Salazar Sánchez** en el Hospital San Juan de Dios ¹.

Hernia es la salida anormal de un órgano del sitio donde normalmente se encuentra, a través de un orificio normal o patológico; en cualquier parte del organismo donde se reúnan estas condiciones, el proceso recibirá el nombre de hernia, así sea muscular, cerebral, raquídea, etc.

En esta conferencia debo ocuparme tan sólo de las hernias que se presentan en el abdomen; éstas cambian de nombre según el mecanismo de su producción, llamándose eventraciones cuando ocurren por separación de las fibras musculares de la pared abdominal, prolapsos cuando se hacen a través de un desgarramiento o pérdida de sustancia adquiridos de la pared, o hernias internas cuando se hacen a través de uno de los orificios intraperitoneales normales (Hiatus de Winslow, fondo de saco de Douglas, fositas duodenales, etc.).

Algunas zonas del abdomen sirven fácilmente como vía de escape a las vísceras abdominales y facilitan en consecuencia la producción de hernias; se les ha dado el nombre de zonas herniarias y se encuentran en todas las paredes de la cavidad abdomino-pélvica; en la pared superior son los hiatus diafragmáticos que permiten el paso del esófago, aorta, canal torácico y los espacios comprendidos entre los pilares; en la pared postero-lateral se encuentran el triángulo de Petit y el cuadrilátero de Greenfield; la pared inferior tiene los orificios rectal y vaginal, la escotadura ciática y el agujero obturador; la pared anterior presenta la región inguino-crural, la umbilical y la epigástrica; además de estas puertas herniarias, cuyo origen es congénito puesto que son zonas por donde pasan a través de la pared abdominal formaciones anatómicas, o donde se entrecruzan bordes musculares, o donde las aponeurosis forman una sola capa, hay puertas herniarias

¹ Cátedra de Patología Quirúrgica.

adquiridas que se originan en las heridas cortantes, punzantes, por arma de fuego o quirúrgicas, cuando interviene una cicatrización defectuosa; además, dentro de la cavidad abdominal pueden ocasionarse puertas herniarias internas merced a la formación de adherencias interviscerales o viscero-parietales; estas puertas herniarias adquiridas son atípicas en cuanto a su localización.

Frecuencia.—En el hombre la más frecuente es la inguinal, puesto que en esta región el descenso del testículo ha labrado el camino a lo largo del cual puede hacerse la hernia si interviene algún defecto en el desarrollo; vienen luego la epigástrica, la umbilical, la crural y las excepcionales (obturadora, isquiática, lumbar).

En la mujer la más frecuente es la umbilical, debida casi siempre a los embarazos; sigue luego la crural, facilitada por la mayor amplitud de la pelvis que entraña un mayor tamaño en el anillo crural, por los esfuerzos expulsivos del parto y el mayor acúmulo de grasa; viene luego la epigástrica y por último la inguinal; igualmente raras en ambos sexos son las hernias diafragmáticas.

A través de estas puertas herniarias se verifica el fenómeno patológico que se estudia, en ocasiones porque desde el nacimiento existen las condiciones anatómicas que requiere la formación de la hernia, o bien porque se ha producido una debilidad de la pared, sea por deficiencias nutritivas o por excesiva adiposidad con infiltración grasosa de los espacios intermusculares y del tejido celular subperitoneal que facilita la salida de la serosa, o bien porque en un sujeto normal hay un aumento brusco y exagerado de la presión intra-abdominal, que hace ceder las paredes en sus puntos débiles y da lugar a la formación accidental de una hernia; esta situación es importante desde el punto de vista medicolegal, puesto que es frecuente el reclamo que los obreros hacen ante las empresas, por la presencia de hernias que ordinariamente ellos achacan a accidente de trabajo; a este respecto la ley colombiana exige cinco condiciones, sin las cuales una hernia no puede ser considerada como accidente de trabajo sino como hernia-enfermedad; tales condiciones son:

1ª Esfuerzo exagerado y desproporcionado, superior a las fuerzas del trabajador y al trabajo que comúnmente ejecuta.

2ª Aparición inmediata y súbita de la hernia.

3ª Imposibilidad para continuar el trabajo a partir del momento en que ocurrió el accidente.

4ª Comprobación de signos de traumatismo reciente en el lugar de la hernia (equimosis, signos de desgarró muscular, etc.).

5ª Comprobación del estado de salud anterior al accidente.

Cualquiera que sea su localización y el mecanismo de su producción, el sitio a través del cual sale el peritoneo parietal se denomina "anillo herniario"; la porción del peritoneo que pasa a través de este anillo se denomina "saco herniario", y puede tener las más variadas formas; ordinariamente se consideran en él tres porciones: aquella que está en contacto con el anillo herniario se denomina el cuello de la hernia, pues ordinariamente es el sitio más estrecho del saco; la porción distal se denomina el fondo, y la intermedia, el cuerpo. Algunas hernias voluminosas presentan en el cuerpo del saco zonas estrechas. Las vísceras o formaciones anatómicas que ocupan el interior del saco constituyen el contenido de la hernia y le dan a ésta su denominación; así se llama cistocele aquella hernia en cuyo interior se encuentra la vejiga; si el contenido de una hernia es el intestino delgado, se llamará un enterocele; si es el epiplón, un epiplocele, etc.

Se dice que una hernia es reductible cuando por medio de maniobras externas es posible hacer regresar las vísceras herniadas a su sitio de origen, lo que se aprecia como una desaparición del tumor; a tales maniobras se les ha dado el nombre de taxis; una hernia es irreductible cuando las maniobras de taxis no logran cumplir su cometido; es incoercible cuando aparece una vez que cesan las maniobras de taxis, es decir, cuando no se puede mantener reducida; la estrangulación herniaria es una irreductibilidad brusca acompañada de fenómenos circulatorios locales.

Este último fenómeno (la estrangulación) es un accidente que compromete rápidamente la vida del paciente si no interviene un tratamiento oportuno. Ordinariamente un aumento brusco e inmoderado de la presión intra-abdominal lanza bruscamente las vísceras al interior del saco herniario, que se encuentra en el sitio de menor resistencia; en estas condiciones el contenido de la hernia resulta superior a la capacidad del saco, viéndose impedidas las vísceras a regresar al sitio de su localización normal porque el anillo herniario es demasiado pequeño para permitir su paso. En estas condiciones se produce paulatinamente en las vísceras herniadas una estasis circulatoria debida a que la circulación de retorno se ve impedida por la constricción que ejerce sobre ella el anillo herniario. Esta constricción no alcanza a comprometer las funciones arteriales, de manera que a medida que el tiempo transcurre aumenta la cantidad de sangre por el

continuo aporte arterial y el estasis venoso descrito; se comprende fácilmente que estos fenómenos hacen que la estrangulación herniaria sea cada vez más intensa.

Cuando la víscera herniaria es hueca, como por ejemplo intestino delgado, a los fenómenos circulatorios sanguíneos anotados se añaden alteraciones en la circulación del contenido intestinal; éstas deben estudiarse por separado en aquella porción del intestino que está por encima del asa estrangulada, en el asa misma y en la porción del intestino comprendida entre el asa y el ano.

El contenido intestinal puede circular libremente hasta el sitio de la estrangulación; al llegar allí encuentra un obstáculo, pues el anillo herniario comprime en tal forma al intestino, que su luz desaparece por completo; en estas condiciones se producen contracciones peristálticas que tratan de vencer el obstáculo y que son muy enérgicas y dolorosas; la acumulación de materias líquidas y gases en esta porción del tubo digestivo ocasiona un estado de distensión de las asas tanto mayor cuanto más tiempo transcurra desde el momento de la estrangulación y que sólo cede en una forma incompleta cuando un reflejo antiperistáltico sea capaz de verter ese contenido intestinal en el estómago y en el exterior bajo la forma de un vómito fecal.

En el interior del asa herniada hay una retención del contenido intestinal; es una verdadera oclusión "en asa cerrada", y en ella hay un aumento en la virulencia de los gérmenes que se encuentran normalmente allí, una serie de transformaciones químicas en el líquido contenido en el asa, con producción de proteasas y otras sustancias eminentemente tóxicas y una serie de alteraciones anatómicas de orden circulatorio en las paredes del asa. Esta, que ha permanecido sometida a un estado de isquemia progresiva, permite el paso de los gérmenes y en consecuencia hay producción de una verdadera peritonitis herniaria, o sea una peritonitis en el interior del saco herniario. Esta permanece aislada de la gran cavidad peritoneal por la obturación que se ha producido en el anillo herniario.

En la porción distal del intestino realmente no hay alteraciones dignas de tenerse en cuenta; tan sólo debe anotarse aquí el hecho de que un lavado intestinal que ordinariamente aplican los familiares del enfermo en el momento del accidente no evacua la totalidad del intestino sino esta porción distal, es decir, la comprendida entre la hernia y el ano; en consecuencia, no debe confundirse esta evacuación parcial con una verdadera deposición.

Los síntomas de la estrangulación herniaria son el resultado de los fenómenos fisiopatológicos que acaban de estudiarse; un enfermo portador de una hernia conocida o desconocida (como ocurre en algunos casos de hernia inguinal congénita en los cuales la aparición de la hernia se acompaña de fenómenos de estrangulación), presenta súbitamente y a consecuencia de un esfuerzo brusco, de un acceso de tos, de un estornudo, etc., un dolor intenso en el sitio de la hernia; al mismo tiempo nota que ésta ha aumentado de tamaño, que está tensa y se ha hecho irreductible. Aparacen rápidamente vómitos alimenticios, dolores epigástricos violentos y cólicos intensísimos cuyo sitio más doloroso es en la hernia; como ya se anotó arriba, un lavado intestinal aplicado en estos momentos provoca una evacuación de la porción distal del intestino, que no alivia al enfermo; hay desaparición completa en la evacuación de materias fecales y de gases; vómitos que al principio eran alimenticios, se hacen biliosos y más tarde pueden llegar a ser fecales.

Al examen se encuentra el cuadro de un síndrome abdominal agudo: deshidratación más o menos intensa, pulso rápido, hipotensión; abdomen distendido, en el cual, si se trata de un enfermo flaco, es posible apreciar la reptación de las asas intestinales distendidas, que luchan contra el obstáculo; la hernia está tensa, muy dolorosa, irreductible.

Por la descripción que antecede se comprende la gravedad que supone la estrangulación herniaria y la necesidad de un tratamiento oportuno; éste es de dos órdenes: médico y quirúrgico; el primero se refiere a las maniobras de taxis, que ejecutadas en los primeros momentos y con una técnica correcta pueden lograr la reducción de la hernia; para ello se acostumbra aplicar previamente un centigramo de morfina por vía subcutánea; el enfermo se coloca en decúbito dorsal, y mediante compresiones adecuadas en la hernia se procura reducirla; en las hernias inguinales se acostumbra levantar el miembro inferior, con lo cual se facilita más la relajación completa de la pared; en los niños se acostumbra que un ayudante los sostenga asidos por los pies y suspendidos en el aire mientras el cirujano efectúa las maniobras de taxis; éstas en general no deben prolongarse por mucho tiempo, pues aumentan la congestión local, ocasionan mayores dolores y pueden producir la llamada reducción en masa, en la cual todos los fenómenos se trasladan al interior de la cavidad abdominal, continuando allí hasta que intervenga un tratamiento quirúrgico. Por estas razones, si en el curso de poco tiempo no se logra reducir la hernia, es mejor no insistir, e indicar el

tratamiento quirúrgico, con el cual sí es posible hacer la reducción de la hernia y corregir los defectos de la pared que la hayan ocasionado.

Hernias inguinales.—Se da este nombre a las hernias que aparecen en la región inguinal; allí se encuentra el trayecto inguinal, que es como un túnel por el cual pasan los elementos del cordón en el hombre y el ligamento redondo en la mujer; presenta a su consideración cuatro paredes y dos orificios; la anterior es la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, que al buscar su inserción sobre el pubis y sobre la vaina del gran recto, se abre formando tres pilares que van a constituir el anillo inguinal exterior; la pared inferior está formada por la porción refleja del oblicuo mayor reforzado por la cintilla ilio-pubiana de Thompson; la pared posterior está formada por la fascia transversalis reforzada hacia afuera por el ligamento de Hesselbach y hacia adentro por el ligamento de Henle y el tendón conjunto; la pared superior está formada por el borde inferior de los dos músculos oblicuo menor y transversario; si se considera la constitución de la pared posterior de este trayecto; se comprende que hay una zona triangular, el triángulo inguinal, donde la pared está formada tan sólo por la fascia transversalis; dicho triángulo inguinal está limitado hacia afuera por el ligamento de Hesselbach, hacia adentro por el tendón conjunto y hacia abajo por el arco crural; es este el punto más débil de la pared abdominal el que recibe con mayor violencia los aumentos de la presión intra-abdominal, y es por allí por donde se producen las llamadas hernias directas. El orificio exterior está formado por los pilares interno y externo del mismo lado y el posterior del lado opuesto, y está situado inmediatamente por dentro de la espina del pubis; el orificio interno se encuentra a la altura de la parte media del arco crural; es una especie de hendidura cuyo lado externo está mal definido y cuyo lado interno está constituido por un pliegue peritoneal, reforzado por el ligamento de Hesselbach y en cuyo surco se encuentran los vasos epigástricos.

Examinada por detrás, la pared anterior del abdomen en la región inguinal presenta tres depresiones, las fositas inguinales, de las cuales la externa está situada por fuera de los vasos epigástricos; la media entre éstos y el cordón fibroso de la arteria umbilical, y la interna entre este cordón y el uraco.

Este recuento anatómico permite una mayor comprensión de las hernias inguinales y su clasificación; en efecto, cuando la salida de la serosa se hace por la fosita inguinal externa, la hernia recibe el nombre de oblicua externa y sigue en dirección al

trayecto inguinal hasta alcanzar en ocasiones las bolsas o los grandes labios; las hernias oblicuas externas son generalmente congénitas puesto que se producen por persistencia del conducto peritoneo-vaginal, y en consecuencia, aunque su aparición se haga mucho tiempo después del nacimiento por el hecho de preexistir como anomalía el referido conducto, tales hernias serán congénitas; pero pueden ser también adquiridas; al llevar a efecto la intervención en la primera de las variedades, se encuentra el testículo dentro del saco herniario, ya que la serosa peritoneal y la vaginal constituyen una sola y única cavidad; en la segunda, aunque el saco llegue hasta las bolsas, el testículo siempre se encuentra independiente de él; en las hernias oblicuas externas el saco se encuentra siempre rodeado por los elementos del cordón, y por tanto es necesario escindir la fibrosa común y separar las fibras del cremáster para proceder a disecarlo.

Cuando la hernia se hace por la fosita inguinal media, recibe el nombre de hernia directa; es un poco más rara que la anterior; en ella la salida del tumor se hace siempre de atrás hacia adelante (en contraposición a la oblicua externa, en la cual el tumor aparece de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo, siguiendo la dirección del trayecto inguinal); aparece como una tumefacción piriforme de la región inguinal, que se reduce por la presión exterior de adelante hacia atrás.

La hernia directa aparece en el acto quirúrgico hacia atrás y hacia adentro de los elementos del cordón. Igual cosa ocurre con la hernia oblicua interna que, haciéndose en la fosita inguinal interna, está constituida las más de las veces por la vejiga; en ocasiones la hernia directa al crecer se hace oblicua interna, e inversamente, la hernia oblicua interna, cuando llega a un volumen excesivo, se hace directa.

Tal es la clasificación de las hernias inguinales en lo que se refiere a su anatomía; en lo que se refiere a su recorrido se denomina punta de hernia a la que apenas se insinúa en el anillo inguinal interior; cuando ya ocupa el interior del trayecto, se llama hernia intersticial; al seguir creciendo y llegar al anillo inguinal exterior, toma el nombre de bubonocele; si ha crecido más, se denomina funicular, y cuando ya alcanza las bolsas se llama hernia escrotal.

Las hernias inguinales ocasionan síntomas variados; muchas veces son francamente dolorosas; bien puede ocurrir que el enfermo tan solo acuse una sensación de malestar o de pesantez local; otras veces dan lugar a fenómenos digestivos variados que desaparecen en cuanto se efectúa la cura operatoria de la hernia.

Diagnóstico diferencial.—El diagnóstico de las hernias inguinales es tan sencillo que su confusión con otras afecciones es prácticamente imposible; en efecto, el varicocele, que no es otra cosa que la dilatación varicosa de las venas espermáticas, tiene de común con la hernia el hecho de que desaparece durante la posición en decúbito; pero en la posición de pies, el tumor aparece llenando la bolsa enferma de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo como en la hernia; al palpar el varicocele se tiene la sensación de un paquete de áscaris, completamente diferente a la que proporciona la hernia inguinal.

El hidrocele cerrado no podría confundirse sino con una hernia irreductible, pero la palpación que permite apreciar el epiplón y la transluminación, que es negativa en la hernia, permiten aclarar las dudas.

Por lo demás, la palpación del cordón en las vecindades del anillo inguinal exterior puede poner de presente que el hidrocele es un tumor exclusivo de la bolsa, al paso que la hernia tiene conexiones a lo largo del trayecto inguinal con el contenido de la cavidad peritoneal.

Con la hernia crural puede ser fácil la confusión en los obesos; pero ésta va al triángulo de Scarpa, al paso que la inguinal va al escroto; si persisten las dudas, se pueden examinar las relaciones entre el tumor y el arco de Falopio, trazando la línea que una la espina del pubis y la espina ilíaca anterior y superior; si está por encima, será inguinal; en caso contrario, será crural.

Para el diagnóstico diferencial entre hernia directa y hernia oblicua externa hay que tener en cuenta algunos hechos en relación con la primera; es, en efecto, secundaria a una afección que obliga al paciente a repetidos aumentos de la presión intra-abdominal; es el caso de los prostáticos, de los disúricos por cualquier otra causa, de los bronquíticos crónicos. En esta clase de enfermos los esfuerzos repetidos, unidos a una debilidad de la pared abdominal, acaban por forzar el triángulo inguinal y facilitan la producción de la hernia. Esta aparece al examen clínico saliendo de atrás hacia adelante y no hacia abajo y hacia adentro como la oblicua externa; la hernia directa nunca alcanza el escroto, y en los enfermos que la presentan es más llamativa la sintomatología de la afección que la ha determinado. Por último, si una vez reducida la hernia se obtura con un dedo el orificio interno del trayecto inguinal y se invita al paciente a que tosa o a que puje, si se trata de una hernia directa, ésta hará su aparición; no así en el caso de la oblicua externa puesto que se le ha ocluido la puerta de salida.

Tratamiento.—El tratamiento de las hernias puede hacerse por sistemas médicos, ortopédicos y quirúrgicos. El tratamiento médico tiene interés exclusivamente histórico; consistía en la aplicación de sustancias inyectables esclerosantes a nivel de los anillos herniarios; era un método ciego, peligroso, que las más de las veces lesionaba órganos nobles, y cuyo valor terapéutico era muy dudoso.

El tratamiento ortopédico ha sido despreciado por los médicos dando con ello lugar a una variedad de charlatanismo, pues a diario se ve aparecer una mayor cantidad de fabricantes de bragueros, que anuncian la curación de la hernia. El braguero en realidad no cura la hernia en el adulto, pero sí es un buen método de contención cuando ha sido fabricado ex-profeso para cada enfermo y es colocado correctamente; como estas dos condiciones casi nunca se reúnen, el aparato ordinariamente no hace otra cosa que causar irritaciones locales, favoreciendo la formación de adherencias, ocasionando estados de foliculitis y eczemas facilitados por la acumulación del sudor y demás secreciones cutáneas. Otras veces el braguero colocado sobre una hernia incompletamente reducida es la causa de estrangulación. En algunas hernias inguinales y umbilicales del recién nacido es indudable que un braguero adecuado, correctamente colocado, puede lograr la curación.

El tratamiento quirúrgico, que hoy se denomina cura radical, no es en el caso de las hernias inguinales una cura siempre radical; hay en efecto una gran cantidad de técnicas quirúrgicas destinadas a tratar las hernias inguinales, lo cual indica que ninguna de ellas satisface a cabalidad, y en consecuencia la reproducción de la hernia es posible aun en enfermos operados por las mejores manos y con la más cuidadosa técnica. Todos los sistemas procuran una resección del saco cercana al cuello y una reconstrucción muy cuidadosa de la pared.

Estimo que la mejor técnica es aquella que el cirujano domine mejor y que en sus manos haya dado resultados más halagüeños; sin embargo, no se puede sistematizar puesto que, siendo diferentes los enfermos que se operan, no siempre es posible aplicar a todos una técnica determinada; todos los sistemas usuales, una vez que resecan el saco, unen el tendón conjunto y las fibras del oblicuo menor y transversal al arco inguinal, refiriéndose casi todas las variantes a la posición en que se deja el cordón.

Es lógico que antes de proceder al tratamiento quirúrgico es necesario eliminar las contraindicaciones que tal proceder pueda tener, como son el estado del miocardio, riñón, hígado y mejo-

rar previamente las condiciones que puedan originar una reproducción, tales como las disurias, la tos, etc.

Hernias crurales.—Son las que se hacen a través del anillo crural, que situado en la parte más alta del triángulo de Scarpa, da paso a los vasos femorales y está ocupado en su parte más interna por un ganglio linfático, el ganglio de Cloquet; está limitado hacia atrás por el ligamento de Cooper y el pubis, recubiertos por la fascia del pectíneo; hacia adelante por el borde posterior del arco femoral, hacia adentro por el borde externo del ligamento de Gimbernat; hacia afuera un pequeño septum, la cintilla ilio-pectínea la separa de la vena femoral; este espacio está, pues, ocupado por tejido celular laxo y vasos linfáticos.

Como ya se expuso, las hernias crurales son más frecuentes en la mujer, especialmente cuando hay exceso de adiposidad; aparecen siempre por debajo del arco crural, y su reducción se hace de abajo hacia arriba, características éstas que permiten la diferenciación clínica con la hernia inguinal; son particularmente dolorosas, salvo en algunos casos en los cuales evolucionan en forma silenciosa y pasan desapercibidas hasta que una complicación grave viene a ponerlas de presente.

Hernias umbilicales.—Estas se hacen a través del anillo umbilical; pueden ser congénitas, aparecer en las primeras épocas de la infancia a en el adulto.

La primera variedad, es decir, la de las hernias umbilicales congénitas, es una monstruosidad que ha recibido el nombre de exónfalos. Obedece a un mal desarrollo de las paredes abdominales y en consecuencia puede afirmarse que no se trata de hernias en el sentido estricto de la definición, puesto que no ha habido una verdadera cavidad y por tanto no ha habido salida de vísceras, sino que estas no han sido recubiertas por la pared abdominal; según la época de la vida intra-uterina en la cual se haya producido la detención del desarrollo, el exónfalo se llamará embrionario o fetal, siendo el primero aquél en el cual las vísceras abdominales se hallan recubiertas por la pared membranosa, sin que haya aún membrana amniótica, y el segundo, aquel en el cual se encuentra ya un saco peritoneal bien formado, verdadero divertículo umbilical de la cavidad peritoneal, recubierto por una capa de gelatina de Wharton y por la vaina amniótica del cordón; como se comprende, esta última variedad constituye una hernia más pequeña que la embrionaria.

El niño que presenta un exónfalo permite ver un enorme tumor en la pared abdominal formado por una membrana transparente, a través de la cual se pueden ver las diferentes vísceras

abdominales; en algunas ocasiones no se puede ver el menor esbozo de pared abdominal. Como se comprende, el pronóstico de los exónfalos es muy oscuro; ordinariamente al cabo de dos o tres días la membrana acaba por perforarse y se produce la muerte ya por fenómenos de inhibición o por peritonitis. El tratamiento de estos estados es quirúrgico y debe intentarse a toda costa; es cierto que la mortalidad es muy grande, pero el hecho de que se han relatado algunos casos de supervivencia y de curación hace que se deba intentar. No hay una técnica bien reglada, y en consecuencia se debe apelar a todos los recursos quirúrgicos de que sea capaz el operador.

La hernia umbilical del recién nacido obedece a un defecto de cicatrización del anillo umbilical, ya sea debido a los esfuerzos repetidos del llanto, a procesos de distensión intestinal, etc.; se hace por la parte superior del orificio umbilical y ordinariamente no alcanza gran tamaño; rara vez se estrangula; la aplicación de una venda de esparadrapo que mantenga obturado el anillo umbilical durante algunas semanas y la corrección de todas las causas de llanto y de distensión abdominal son suficientes para producir la curación; claro está que si este tratamiento no se hace oportunamente no queda otro recurso que el acto quirúrgico, como en el adulto.

La hernia umbilical del adulto es casi una exclusividad de la mujer múltipara, pues por las distensiones sucesivas y crónicas a que se somete la cavidad abdominal, se amplía el anillo umbilical y fácilmente da salida a la hernia; en ocasiones alcanza tamaños enormes, y si se tiene en cuenta que casi siempre aparece en mujeres obesas y en aquellos casos en los cuales el abdomen está caído hacia adelante como un delantal, fácilmente se comprende que en su contenido se producen adherencias numerosas que facilitan los accidentes herniarios. Su tratamiento es quirúrgico y debe hacerse siempre una revisión muy completa del contenido herniario para liberar cuidadosamente las adherencias que haya; casi siempre estas hernias son entero-epiploceles.

Hernias epigástricas.—Casi siempre se producen por desgarrro de la línea alba en los individuos que llevan a efecto grandes esfuerzos; son ordinariamente pequeñas hernias que salen por un anillo reducido en el cual es pellizado el peritoneo parietal y en ocasiones el epiplón; dan lugar a síntomas verdaderamente desproporcionados en relación con su tamaño y son capaces de simular afecciones gastro-duodenales. Su tratamiento es también quirúrgico.

Serán motivo de una conferencia posterior las hernias raras, es decir, la diafragmática, isquiática, obturadora y lumbares.