

ALFONSO BONILLA NAAR
CARLOS ESPINOSA MILANES

Puntos Alternos sobre la Arcada de Poupart en el Tratamiento de las Hernias Inguinales

TECNICA QUIRURGICA PROPUESTA (1)

FUNDAMENTOS ANATOMICOS

Nos abstenemos de describir las nociones anatómicas correspondientes a la región inguinal, porque se encuentran descritas con lujo de detalles en los tratados de Anatomía Descriptiva o Topográfica. Sólo nos parece conveniente hacer un recuento anatómico del ligamento de Poupart, para lo cual transcribimos lo que al respecto dice Testut en su obra "Anatomía Humana", en el libro III (Miología), capítulo VI, (Músculos del Abdómen): "El arco crural o femoral que se llama también ligamento de Falopio, Ligamento o arcada de Poupart, es una cinta fibrosa muy fuerte y resistente oblicuamente extendida desde la espina ilíaca anterosuperior a la espina del pubis. Corresponde a la línea de unión con el muslo, el surco exterior llamado pliegue de la ingle. No es absolutamente rectilíneo, sino más bien contorneado en Stálica. Su longitud mide en línea recta de 10 a 12 centímetros en el hombre y de 11 a 13 en la mujer.

(1) En esta experiencia se incluyen además, aquellas intervenciones practicadas en nuestro Servicio Quirúrgico por los internos, quienes estaban bajo inmediata vigilancia.

Considerado desde el punto de vista de sus inserciones, el arco crural se fija por atrás en la parte externa de la espina ilíaca anterosuperior, donde se confunde con la porción correspondiente de la aponeurosis del oblicuo mayor. Por dentro se inserta en la espina del pubis, donde también se continúa sin límite de demarcación con el fascículo de la aponeurosis del oblicuo mayor que se describe con el nombre de pilar externo del anillo inguinal.

Si lo seguimos desde una a otra extremidad, procediendo de fuera a dentro, lo veremos primeramente descansar sobre el músculo psoas o, más exactamente sobre la aponeurosis de envoltura de este músculo; la fascia ilíaca se adhiere fuertemente a esta aponeurosis y forma con la misma una especie de rafé, que cierra la cavidad abdominal en este punto. Después, se separa de la fascia ilíaca y pasa como un puente delante de los vasos femorales. Finalmente, lo vemos por dentro de estos vasos descansar de nuevo sobre un músculo, el pectíneo, pero esta vez sin adherírsele. En efecto, es suficiente coger el arco con las pinzas y levantarlo para demostrar que no tiene con el músculo subyacente más que simples relaciones de contigüidad.

Esta sencilla excursión a lo largo del arco crural nos permite dividirlo en tres porciones: 1ª. una porción externa, de unos 55 milímetros de longitud, la cual descansa sobre la fascia ilíaca y se le adhiere íntimamente; 2ª. una porción de 35 a 40 milímetros de longitud, enteramente libre, la cual corresponde a los vasos femorales y por ende al anillo crural; 3ª. una porción de 20 milímetros de longitud que se extiende desde el anillo crural a la espina del pubis, descansando sobre el pectíneo. Esta última porción corresponde a la línea que sigue la aponeurosis del oblicuo mayor al reflejarse para ir a insertarse en la cresta pectínea, y como esta porción refleja de la aponeurosis constituye el ligamento de Gimbernat, se puede decir igualmente, y con razón, que se corresponde con el ligamento de Gimbernat; es la porción Gimbernática del arco crural. El arco en este punto es redondeado y obtuso. Se corresponde, en efecto, con un canal que se halla situado inmediatamente por encima del mismo y por el cual corren, de fuera a dentro, los elementos constitutivos del cordón espermático.

La significación morfológica del arco crural o arcada de Poupart ha motivado numerosas controversias, sin que exista aún acuerdo completo entre los anatomistas; para unos, el arco crural sería una formación fibrosa especial, un verdadero ligamento de enlace de la espina ilíaca anterosuperior con el pubis (Ligamento de Falopio).

Ligamento de Poupart); para otros (Tillaux, Nicaise), por el contrario, sólo sería una porción de la aponeurosis del oblicuo mayor; finalmente, otros admiten una opinión mixta considerando el arco como constituido a la vez por dos clases de fibras: en primer lugar, por fibras de la aponeurosis del oblicuo mayor, luégo por fibras propias, las fibras iliopubianas de Thompson que, formando un plano más posterior, van desde la espina del pubis a la cresta iliaca. De estas tres opiniones, la segunda, la que hace del arco crural una simple dependencia de la aponeurosis del oblicuo mayor, parece ser la que está más conforme con la disposición anatómica; en efecto las fibras iliopubianas, a pesar de su relación íntima con el arco crural, no pertenecen a este arco, sino a la fascia transversalis.

El arco crural no es pues una formación especial, estando constituido en toda su extensión por la aponeurosis de inserción anterior del oblicuo mayor; en sus dos primeras porciones, las que corresponden al Psoas y al anillo crural, no es más que el borde inferior de la citada aponeurosis; en su tercera porción, o porción Gimbernática, está representado, no solamente por el borde inferior de la aponeurosis del oblicuo mayor, sino más bien por el pliegue, prominente hacia delante, que forma a este nivel la aponeurosis al reflejarse hacia arriba para constituir el ligamento de Gimbernat.

Terminado este recuento anatómico describiremos a continuación la técnica de Andrew, casi exclusivamente empleada en nuestros casos operados como lo anotáramos anteriormente y que utilizaremos para la descripción de los "Puntos Aleernos sobre la arcada de Poupart", tema de este trabajo. (Técnica de Bonilla-Naar).

TECNICA POR IMBRICACION DE ANDREW

(Método de superposición parcial)

Este método fué descrito en 1895 por E. Willeys Andrew, de Chicago.

Consta de los tiempos fundamentales de la operación de Bassini. (1) que son: la ligadura alta del saco, la reconstrucción de la pared posterior del canal y la conservación de la oblicuidad del mismo. La modificación consiste en que se refuerza la pared anterior del canal por medio de la imbricación (superposición parcial) del labio superior de la aponeurosis del oblicuo mayor, con el colgajo aponeurótico inferior.

Tiempos del 1º al 4º, o sean incisión del tegumento, incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, levantamiento del cordón (o del ligamento redondo) y tratamiento del saco herniario, idénticos a los de la operación de Bassini. (Consultar tratados de Técnica Quirúrgica).

Tiempo 5º. Análogo al del método de Bassini, con la salvedad de que se suturan al repliegue que forma el ligamento crural, no sólo el músculo oblicuo menor y el tendón conjunto, sino también el colgajo superior de la aponeurosis del oblicuo mayor. (Fig. A. y B.).

Tiempo 6º. Se sutura el labio inferior de la aponeurosis del oblicuo mayor a la cara anterior del labio aponeurótico superior, pasando el primero encima del cordón espermático. (Fig. C.).

Luégo se suturan las fascias superficiales y por último la herida cutánea.

Cuando se deja el cordón como en la técnica descrita entre las dos hojas del oblicuo mayor se llama Andrew II y cuando se deja por detrás de todos los planos Andrew I, que es la seguida por nosotros.

PUNTOS ALTERNOS SOBRE LA ARCADA DE POUPART (Bonilla Naar).

Aprovechando el procedimiento de Andrew, expuesto anteriormente, describiremos a continuación los puntos alternos sobre la arcada de Poupert, *aplicables a todas las técnicas que utilizan este elemento anatómico en el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales*. Estos puntos se sitúan de la siguiente manera: 1er. Punto). Labio superior del oblicuo mayor en su parte interna; enseguida tendón conjunto y arcada (y sin tomar de nuevo tendón o músculo) se repara, o se pasa la aguja por el labio superior del oblicuo mayor para más firmeza. (Fig. D.). 2º. Punto). Levantando la hoja o labio inferior del oblicuo mayor, como se ve en la figura (D) se atraviesa ésta, se coge la arcada (que se ha reparado previamente con unas pinzas de Allis) y se pasa la aguja, sucesivamente, por el músculo, el labio superior de la aponeurosis del oblicuo mayor (y sin coger el músculo) se atraviesa la arcada, saliendo por fuera y en la base de la hoja inferior del oblicuo. (Fig. D.).

El primer punto traccionó hacia adentro, tratando de dilacerar las fibras longitudinales de la arcada de Poupert, y el segundo, actuó con fuerza contraria, oponiéndose a tal separación y, así, sucesiva-

mente, se colocan 3 o 4 puntos más. (Figs. D y F 2º). Todos los puntos sobre la parte interna de la arcada pueden desgarrarla. (Fig. 1).

La intervención se termina siguiendo los demás tiempos correspondientes, de acuerdo con la técnica empleada, que en la de Andrew (que nos ha servido de ejemplo) serán la imbricación de la hoja inferior sobre la cara superficial de la hoja superior del oblicuo mayor con sutura de catgut simple (Fig. E.), sutura de las fascias superficiales (Scarpa, Camper) y sutura de la piel.

Anotamos, que al principio los planos profundos se suturaban con catgut cromado 3, y que últimamente los hilos irreabsorbibles nos han dado buenos resultados, y que por este cambio esperamos mejor consolidación.

HISTORIAS CLINICAS (1)

A continuación presentamos por orden de fecha de la intervención quirúrgica, una serie de casos operados con la técnica propuesta. Como lo dijimos anteriormente, dichas historias se expondrán en forma sumaria, anotando solamente lo positivo.

Número 1.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. J. M. A. Sexo: Masculino, Edad 48 años. Estado civil: Casado. Ciudad de origen: Bogotá. Procedencia: Bogotá. Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Julio 17 de 1945.

Historia clínica: El enfermo presenta en cada región inguinal una tumefacción del tamaño de una naranja, de consistencia blanda, difícilmente reductibles y que aumentan de volumen por el esfuerzo. Estas tumefacciones las observa el enfermo desde hace veinte años con aumento lento y progresivo, aparejándole sordas molestias en la región inguino-escrotal de ambos lados.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-escrotal oblicua externa bilateral. (Desde el punto de vista práctico, pueden considerarse estas heridas como directas en parte, pues han borrado los canales inguinales convirtiéndolos en amplios anillos).

Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia Bilateral-Andrew Modificado (Puntos alternos).

(1) Como son 63 historias más o menos semejantes la mayoría, y por no disponer de espacio, publicamos sólo 16 de ellas.

Cirujanos: A. Bonilla Naar, (Hernia derecha). S. Perlman, (Hernia izquierda). Ayudantes: A. Bonilla y Perlman respectivamente.

En la hernia derecha se disecó el ciego y el cordón espermático adheridos al saco herniario y se practicó apendicectomía. Se empleó como material de sutura fascia lata obtenida con el aparato especial y se dejó dren escrotal bilateral.

Anestesia: Raquídea seguida de general (éter). Fecha de intervención: julio 20 de 1945.

Post-operatorio: Ligera orquitis bilateral.

Fecha de salida: Agosto 2 de 1945. Causa: Curación.

Número 2.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. J. del C. B. Sexo: Masculino. Edad: 20 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Bogotá. Procedencia: Bogotá. Profesión: Empleado. Fecha de entrada. julio 19 de 1945.

Historia clínica. Desde hace seis meses el paciente observa en su región inguinal izquierda una pequeña tumefacción de lento crecimiento y ligeramente dolorosa durante el esfuerzo. Al examen se halla un pequeño tumor oblicuamente alargado, reductible, del tamaño de un huevo de gallina y que aumenta de volumen al hacer pujar al enfermo. Diagnóstico clínico: Hernia ínguino-funicular oblicua externa (congénita).

Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Bassini, Forgue-Modificado. (Puntos alternos). Material de sutura: fascia lata. Cirujano: A. Bonilla N. Ayudante: S. Perlman. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Julio 24 de 1945. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Agosto 4 de 1945. Causa: Curación.

Número 3.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Arango. A. M. Sexo: Masculino. Edad 26 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Ubaque. Procedencia: Ubaque. Profesión: Jornalero. Fecha de entrada: Diciembre 27 de 1945.

Historia clínica: El paciente presenta en la región inguinal derecha una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina que se reduce en el decúbito y aumenta de volumen al hacer algún esfuerzo. Este tumor lleva una evolución lenta y progresiva de seis meses. Diagnóstico clínico: Hernia ínguino-intracanalicular directa derecha. Tratamiento: Quirúrgico - Herniorrafia - Andrew Modificado (Puntos alternos).

Cirujano: A. Bonilla N. Ayudante: A. Magot. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Diciembre 29 de 1945. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Enero 8 de 1946. Causa: Curación.

Número 4.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. V. M. R. Sexo: Masculino. Edad: 23

años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Guaduas. Procedencia: Puerto Salgar. Profesión: Jornalero. Fecha de entrada: Mayo 22 de 1946.

Historia clínica: El enfermo sufre desde hace tres años de sensación de peso y ligero dolor inguinal durante el esfuerzo. Al examen se encuentra una tumefacción en la región inguino-escrotal, del tamaño de una naranja, ligeramente alargada, se reduce con cierta dificultad percibiéndose al tacto sensación de gorgoteo; el anillo inguinal externo está bastante dilatado.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-escrotal oblicua externa izquierda. Tratamiento: Quirúrgico - Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos alternos). En la intervención se halló el cordón espermático adherido al saco herniario dificultando la disección.

Cirujano: A. Bonilla N. Ayudante: Torres. Anestesia: Local. Fecha de intervención: Mayo 24 de 1946. Post-operatorio: Ligera orquitis. Fecha de salida: Junio 1 de 1946. Causa: Curación.

Número 5.—Clínica Central. G. P. Sexo: Masculino. Edad: 14 años. Estado Civil: Soltero. Ciudad de origen: Bogotá. Procedencia: Bogotá. Profesión: Estudiante. Fecha de entrada: Julio 22 de 1946.

Historia clínica: El enfermo presenta desde pequeño un tumor en la región inguino-escrotal derecha, ligeramente doloroso al ejercicio, reductible en parte y que aumenta de volumen por el esfuerzo; a la palpación se encuentra blando y en parte fluctuante (porción inferior) además hay transluminación positiva en la porción escrotal del tumor. También en la región umbilical se encuentra una pequeña tumefacción blanda y reductible, emergiendo a través del anillo.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular oblicua externa e hidrosele derechos-Hernia umbilical. (Congénitas).

Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia inguinal-Bassini modificado. (Puntos alternos). Inversión de la vaginal-Herniorrafia umbilical (Técnica de Mayo). Apendicectomía.

Cirujano: A. Bonilla Naar. Ayudante: José Miguel Huertas. Anestesia: General (Eter). Fecha de intervención Julio 25 de 1946. Post-operatorio: Amigdalitis supurada bilateral que cedió con penicilina y Thiobí. Fecha de salida: Agosto 10 de 1946. Causa: Mejoría.

Número 6.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Arango. J. F. S. Sexo: Femenino. Edad: 40 años. Estado civil: Soltera. Ciudad de origen: Sogamoso (B.). Procedencia: Bogotá. Profesión: Oficios domésticos. Fecha de entrada: Febrero 24 de 1947. Historia clínica. Resumida: Hace siete años después de una caída sobre el abdomen la enferma observó una tumefacción en su región inguinal izquierda sin causarle ninguna molestia. Hace dos meses y a continuación de un esfuerzo, sintió un dolor intenso en dicha tumefacción que la redujo a cama, acompañado de vómitos y

posiblemente de fiebre (no controlada); estos síntomas se calmaron paulatinamente, continuando el dolor en forma ligera con exacerbaciones al hacer algún esfuerzo, lo que la obligó a ingresar a este hospital.

Presenta el examen clínico una tumefacción del tamaño de un limón, reductible con alguna dificultad, que aumenta de volumen durante el esfuerzo, de consistencia blanda y situada en la región inguinal inmediatamente por encima del arco crural.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-canalicular oblicua externa izquierda.

Tratamiento: Quirúrgico-Andrew modificado (Puntos alternos). Cirujano: A. Bonilla Naar. Ayudante: A. Jaramillo. Anestesia: Local. Fecha de intervención: Marzo 4 de 1947. Post-operatorio: ligera retención urinaria durante 24 horas. Fecha de salida: marzo 13 de 1947. Causa: Curación.

Número 7.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. R. B. S. Sexo: Masculino. Edad: 28 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Santa Rosa de V. Procedencia: Santa Rosa de V. Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Marzo 5 de 1947. Historia Clínica: El enfermo ingresó al hospital debido a que ocasionalmente le hallaron durante un examen que le fue practicado con anterioridad hernias inguinales, que habían pasado inadvertidas al no causarle molestia alguna. Se comprueba al examen la presencia de una tumefacción en cada región inguinal, que presentan como características ser pequeñas con predominio de la izquierda sobre la derecha, blandas, reductibles y que aumentan al hacer toser al enfermo. Además ambos anillos inguinales externos se hallan dilatados.

Diagnóstico clínico: Punta de hernia inguinal directa bilateral. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorafia. Bilateral-Andrew Modificado. (Puntos Alternos).

Cirujano: A. Bonilla Naar. Ayudante: A. Jaramillo S. Anestesia: General (éter). Fecha de intervención: Marzo 10 de 1947. Post-operatorio: La herniorrafia izquierda se supuró cediendo con el tratamiento usual, aunque retrasó la cicatrización. Fecha de salida: Abril 7 de 1947. Causa: Mejoría.

Número 8.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. M. L. A. Sexo: Femenino. Edad 40 años. Estado civil: Soltera. Ciudad de origen: La Palma (C.). Procedencia: Bogotá. Profesión: Oficios domésticos. Fecha de entrada Marzo 10 de 1947. Historia clínica: La enferma observó hace varios meses, después de un esfuerzo que le provocó dolor, la presencia en la región inguinal izquierda de una tumefacción que le fue creciendo lentamente. Al examen presentábase como una masa del tamaño de un limón, blanda, que se reduce en el decúbito y que aumenta por el esfuerzo.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-intracanalicular oblicua externa izquierda.

Tratamiento: Quirúrgico Herniorrafia-Andrew Modificado (puntos alternos).

Cirujano: A. Bonilla N. Ayudante: J. Archila F. Anestesia: Local. Fecha de intervención: Marzo 15 de 1947. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Marzo 21 de 1947. Causa: Curación.

Número 9. Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. J. M. Ch. Sexo: Masculino. Edad: 30 años. Estado civil Soltero. Ciudad de origen: Sogamoso (B.). Procedencia: Bogotá. Profesión: Albañil. Fecha de entrada: Abril 9 de 1947. Historia clínica: Desde marzo de este año empezó a sentir un dolor ligero en la región inguinal derecha que se intensificó con los esfuerzos a la vez que aparecía un tumor inguinal. Al examen se encuentra el anillo externo amplio y se palpa al hacer pujar al enfermo la propulsión de un bubonocele.

Diagnóstico clínico: Hernia inguinal derecha oblicua externa (bubonocele).

Tratamiento: Quirúrgico-Andrew Modificado (Puntos Alternos). Cirujano: A. Bonilla Naar. Ayudante: A. Jaramillo S. Anestesia: General (gases). Fecha de intervención: Abril 22 de 1947. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Mayo 1º de 1947. Causa: Curación.

Número 10.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. L. E. S. Sexo: Masculino. Edad: 28 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Sogamoso (B.). Procedencia: Sogamoso. Profesión: Albañil. Fecha de entrada: abril 15 de 1947. Historia clínica: Hace año y medio el enfermo nota en la región inguinal izquierda una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina que aumenta al hacer esfuerzos y disminuye en el decúbito; al examen clínico se comprueba además su consistencia blanda y su descenso hasta la parte media del escroto.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular oblicua externa. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos Alternos).

Cirujano: A. Bonilla Naar. Ayudante: Cortázar. Anestesia: General (éter). Fecha de intervención: Abril 25 de 1947. Post-operatorio: Se supuró un punto de la herida que fue tratado por las curaciones usuales y medicación quimioterápica (sulfas); luégo, se avivaron los bordes de la herida cutánea con bisturí y se volvió a suturar con crines.

Número 11.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Cruz. A. C. Sexo: Masculino. Edad: 46 años. Estado Civil: Casado. Ciudad de origen: Fómeque (C.). Procedencia: Bogotá. Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Agosto 18 de 1948.

Historia clínica: El paciente se queja de dolores, desde hace cuatro meses, en la región inguinal derecha acompañado de una pequeña tumefacción que apareció a raíz de un esfuerzo y que continuó creciendo paulatinamente hasta adquirir al tamaño de un huevo de gallina que posee actualmente. Al examen la encontramos de consistencia blanda, reductible, aumentando de tamaño por el esfuerzo y emergiendo a través del anillo inguinal externo dilatado, sobrepasándolo en unos pocos centímetros. Además como dato de laboratorio, encontramos parásitos intestinales. (Trichocephalos, Ascaris).

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular directa derecha. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos Alternos). Cirujano: A. Salazar. Ayudante: C. Espinosa M. Anestesia: General (éter). Fecha de intervención: Agosto 2 de 1948. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Setiembre 4 de 1948. Causa: Curación.

Número 12.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Arango. V. A. Sexo: Masculino. Edad: 28 años. Estado civil: Casado. Ciudad de origen: Toca (B.). Procedencia: Toca. Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Agosto 6 de 1948.

Historia clínica: Este enfermo fue trasladado el día 18 de agosto del presente año, del servicio de Clínica Semiológica del profesor Llinás a este servicio, para que se le operara una hernia inguinal derecha. Al examen clínico se comprueba la tumefacción herniaria, la cual encontramos del tamaño de un huevo de paloma, blanda, reductible en la posición de decúbito, haciéndose aparente en la de pies; el anillo inguinal externo se encuentra dilatado, permitiendo el paso de un dedo que recibe la impulsión del saco herniario al hacer toser al paciente.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-intersticial oblicua externa derecha. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos alternos). Cirujano: A. Díaz. Ayudante: C. Espinosa M. Anestesia: General (éter). Fecha de intervención: Agosto 26 de 1948. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Septiembre 2 de 1948. Causa: Curación.

Número 13.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Pantoja. L. C. L. B. Sexo: Masculino. Edad: 26 años. Estado civil: Casado. Ciudad de origen: Coyaima (T.). Procedencia: San Juan (T.). Profesión: Jornalero. Fecha de entrada: Agosto 23 de 1948.

Historia clínica: El paciente relata que desde hace seis años observa una tumefacción en la región inguinal derecha, ligeramente dolorosa durante los esfuerzos y que ha venido creciendo lenta y progresivamente hasta adquirir el volumen de un huevo de ganso que posee actualmente; dicha tumefacción la encontramos blanda, reductible, aumentando de tamaño al hacer pujar al paciente; el anillo inguinal externo se encuentra dilatado, emergiendo a través de él la tumefacción herniaria.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular oblicua externa derecha. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos alternos). Cirujano: A. Barbudo. Ayudante: C. Espinosa M. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Agosto 26 de 1948. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Septiembre 4 de 1948. Causa: Curación.

Número 14.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Pantoja. M. A. M. M. Sexo: Masculino. Edad: 40 años. Estado civil: Casado. Ciudad de origen: Soatà (B.). Procedencia Bogotá. Profesión: Jardinero. Fecha de entrada: Agosto 14 de 1948. Historia Clínica: Al examinar al paciente observamos en cada región inguinal una tumefacción blanda, reductible, que aumenta de tamaño e impulsa por el esfuerzo, del tamaño de un limón la derecha y un poco más pequeña la izquierda; ambas son redondeadas.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular directa bilateral. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos Alternos). Cirujano: C. Espinosa M. Ayudante M. Pinzón. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Agosto 28 de 1948. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Septiembre 12 de 1948. Causa: Curación.

Número 15.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Pantoja. P. M. Sexo: Masculino. Edad: 24 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Salina (B.). Procedencia: Villavicencio. Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Agosto 11 de 1948. Historia clínica: A este paciente se le trató y curó un paludismo en el servicio de clínica tropical del profesor Sarmiento, de donde fue trasladado a este servicio el día 27 de agosto del presente año para ser operado de hernia inguinal izquierda que data diez años de evolución lenta y progresiva; al examen se comprueba dicha hernia, la cual encontramos del tamaño de un limón, redondeada, reductible, que aumenta de volumen por el esfuerzo y que franquea ligeramente el anillo inguinal externo que ha dilatado considerablemente.

Diagnóstico clínico: Hernia inguino-funicular directa izquierda. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos alternos). La intervención fue difícil y sangrante por hallarse muchas adherencias saculares y un lipoma preherniario, que obligó a dejar dren escrotal durante 48 horas. Cirujano: C. Espinosa M. Ayudante: M. Pinzón. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Septiembre 1º de 1948. Post-operatorio: Normal. Fecha de salida: Septiembre 12 de 1948. Causa: Curación.

Número 16.—Hospital de San Juan de Dios. Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Piñeros. G. H. Sexo: Masculino. Edad: 21 años. Estado civil: Soltero. Ciudad de origen: Pacho (C.). Procedencia: Paima (C.). Profesión: Agricultor. Fecha de entrada: Agosto 24 de 1948. Historia clínica: Este paciente presenta en la región inguino-escro-

tal derecha un voluminoso tumor que desciende hasta la parte inferior de las envolturas testiculares, grande, blando y que produce sensación de gorgoteo al realizar la maniobra de reducción, que se consigue con dificultad; además aumenta de volumen por el esfuerzo y atraviesa el anillo inguinal externo que se halla considerablemente agrandado.

Diagnóstico clínico: Hernia ínguino-escrotal oblicua externa derecha. Tratamiento: Quirúrgico-Herniorrafia-Andrew Modificado (Puntos alternos). Se halló un saco voluminoso, engrosado, y con grandes adherencias a los elementos del cordón y al testículo. No se efectuó drenaje escrotal por falta en el servicio de dren del tipo usado generalmente (tubo delgado hecho con láminas de goma tomadas de los guantes de cirugía), dejándose tan sólo un haz de crines en la parte inferior de la incisión cutánea. Cirujano: C. Espinosa M. Ayudante: A. de Fex. Anestesia: Raquídea. Fecha de intervención: Septiembre 3 de 1948. Post-operatorio: Orquitis franca y gran hematoma que cedieron, después de varios días de tratamiento con punciones repetidas, continua aplicación local de calor y autohemoterapia aplicada en el rafé mediano del escroto; además se formuló un gramo de sulfadiazina por vía oral cada seis horas en los primeros días, para evitar las infecciones y supuración secundarias.

Fecha de salida: Septiembre 26 de 1948. Causa: Mejoría.

DEDUCCIONES

De la práctica de esta técnica en 63 casos, podemos deducir los siguientes hechos:

1º Refuerza la pared al evitar la desgarradura de la Arcada de Poupart, accidente que es de presumir se presente con alguna frecuencia en las otras técnicas operatorias, sobre todo cuando la sutura queda a gran tensión, trayendo como consecuencia la recidiva herniaria a corto o largo plazo. (Ver concepto del doctor Masson, al final).

2º Es una técnica recomendable por ser fácil y rápida de realizar, y aplicable a todos los métodos que aprovechan la Arcada de Poupart en el tratamiento de las hernias inguinales.

3º La presencia de orquitis fue ínfima, a juzgar por el porcentaje de casos en que se presentó esta complicación; en sesenta y tres operados, hubo dos orquitis ligeras y una franca (3 en 63=5%).

4º Es recomendable el uso de dren escrotal en aquellas intervenciones en que se encuentren sacos muy voluminosos, grandes adherencias saculares y en las que son muy sangrantes, con el fin de evitar las orquitis y hematomas que prolongan el post-operatorio e impiden la buena consolidación parietal.

5º Aun cuando el control de los casos respecto a recaídas es sumamente difícil, sólo podemos decir que en tres años no ha vuelto a la consulta particular ni al hospital, a nuestro servicio o a otro de quirúrgica, con hernias reproducidas, los pacientes a quienes se les practicó la técnica. (1945-1948).

BIBLIOGRAFIA

Bonilla Naar, A.—“Puntos Alternos sobre la Arcada de Poupart en la Técnica de Andrew Modificada”. “Revista de Medicina y Cirugía”. 12 (6): 168 a 173. Marzo de 1948. Reproducido en la Revista “Litoral Médico”, 2 (15): 193-194. Mayo 1948.

Bonilla Naar, A.—“Estadística Personal”: 1945 a 1948. Bogotá.

Christmann, Federico E.—1946. “Técnica Quirúrgica”. Tomo III. Págs. 75 a 109. Librería y Editorial “El Ateneo”, Buenos Aires.

Guibé, M. y Quénu, J.—1828. “Resumen de Técnica Operatoria”. (Prosectores de la Facultad de Medicina de París). Tomo III (Abdomen). Pp. 1 a 40. Versión española. Librería Sintés, Barcelona.

Gosset-Petit Dutailis—1934. “Tratado de Patología Quirúrgica” (Begouin). Tomo IV (Patología del Abdomen). Págs. 62 a 129. Versión española. Editorial Pubul, Barcelona.

Hospital de San Juan de Dios.—“Archivos de Cirugía”. 1945-1948.

Igarzábal, José E.—1946. “Tratado de Patología Quirúrgica”. Tomo IV (Abdomen). Págs. 2.761 a 2.825. “Librería Hachette S. A.” Palacio del Libro, Buenos Aires.

Spivack, Julio R.—1939. “Técnicas Quirúrgicas en las operaciones Abdominales” Versión española. Págs. 610 a 625. Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana, México, D. F.

Testut-Latarjet.—1931. “Tratado de Anatomía Humana”. Libro III (Miología). Págs. 980 a 982. Versión Española. Salvat Editores, S. A., Barcelona.

CONCEPTOS

MAYO CLINIC. Rochester, Minnesota. May 12, 1948. Surgical Section of Dr. James C. Masson.—Dr. Alfonso Bonilla-Naar. Chief of Surgery. San Juan de Dios Hospital. Carrera 4ª Número 14-61. Bogotá, Colombia, South America. Dear Doctor Bonilla-Naar: Dr. Walters referred your letter in regard to a modification of the Andrew-Bassini operation for hernia to me, and I am sure that it is a very satisfactory procedure. In cases where there is much tensión on the sutures into Poupart's, I feel that your technic would be a protection against tearing of that structure. I, personally, am not operating any more but I am sure that when you get your article published that it will appeal to many surgeons.

Very truly yours, (Signed) James C. Masson, M. D.

OCHSNER CLINIC. Prytania an aline Streets. New Orleans 15, La. August 16, 1948.—Dr. Alfonso Bonilla-Naar. Chief of Surgery. San Juan de Dios Hospital. Carrera 4ª N° 14-61. Bogotá, Colombia, South America. Dear. Dr. Bonilla: I want to thank you for the reprint

of your article on the modification of the Andrew hernia operation. This I think is an excellent modification and I am very happy your reprint.

Thank you again, Yours very truly, (Signed) Alton Ochsner, M. D|

Universidad Nacional de Colombia. — Facultad de Medicina. Nº 00645. Bogotá, agosto 27 de 1948. Señor Profesor Agregado Alfonso Bonilla Naar, Ciudad.—Tengo el gusto de dar aviso de recibo de su atenta comunicación de fecha 23 de los corrientes, en la cual me informa sobre el concepto favorable, en Norte América, que ha tenido su trabajo científico de contribución a la operación de hernia por el método de Andrew, realizado en el Departamento Quirúrgico de nuestra Facultad.

En nombre del Consejo de esta Facultad y en el mío propio, me complace en felicitar a usted por tan valioso aporte a la Medicina Nacional.

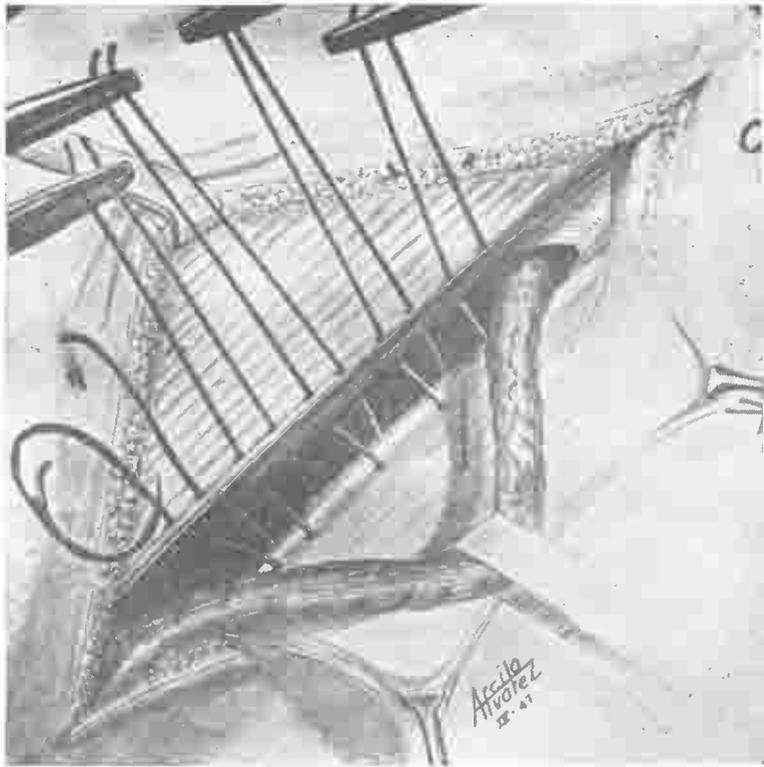
Con sentimientos de distinguida consideración, me suscribo como su atento y S. S., (Fdo). Luis G. Forero Nougues, secretario.

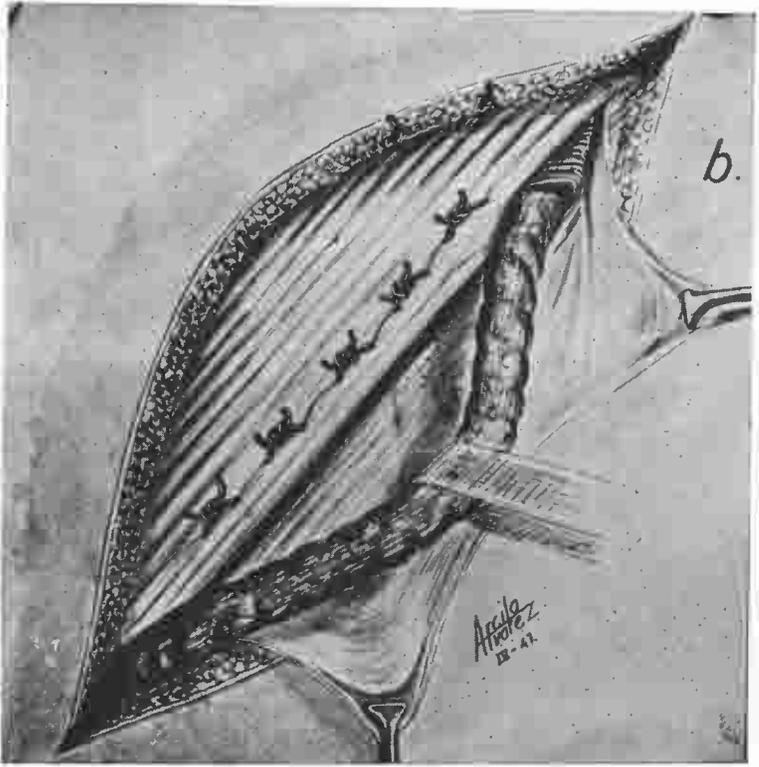
Buenos Aires, Octubre 25 de 1948.—Al señor Prof. Dr. Alfonso Bonilla Naar. Facultad de Ciencias Médicas de Bogotá. República de Colombia. José E. Igarzábal, saluda con todo afecto al Profesor Alfonso Bonilla Naar, y mucho le agradece la distinción tenida al hacerle llegar por intermedio de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, sus dos trabajos, el uno sobre cálculo gigante, y el otro sobre puntos alternos en la arcada de Poupert; trabajos que, he considerado de la más alta significación para cada uno de dichos temas en particular.

Al reiterarle mi reconocimiento a su gesto, le hago llegar mis más calurosas felicitaciones y deseos de la mejor ventura personal.

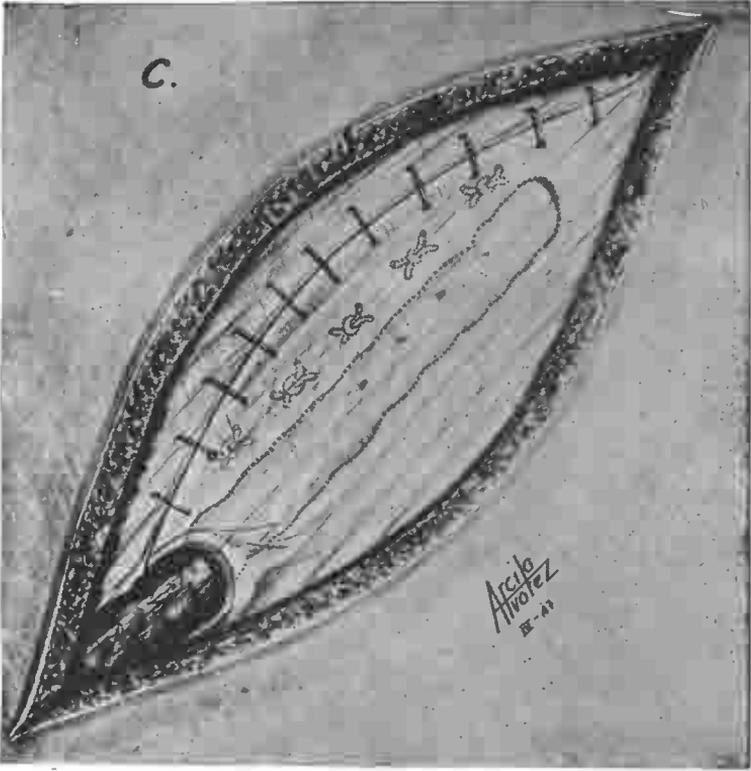
Nota: Además, la Sociedad Argentina de Cirugía, a petición del Profesor Goñi Moreno, consideró elogiosamente este trabajo.

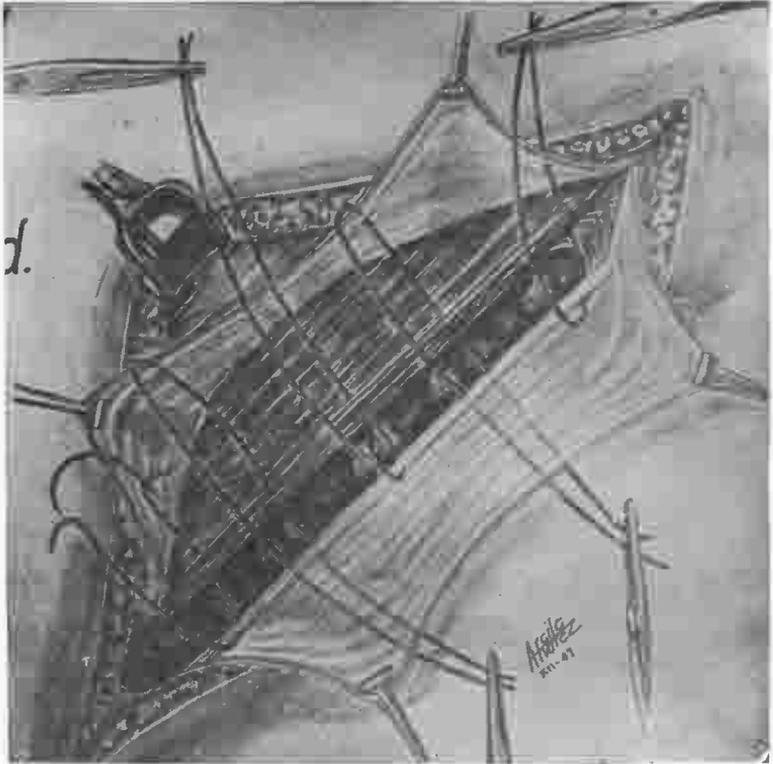
Recientemente, las Revistas de Cirugía de la Universidad de Viena, Wiener medizinischen Wochenschrift, por intermedio del Profesor Walter Dick, y la de Berlín, han reproducido esta técnica colombiana. (La Dirección).

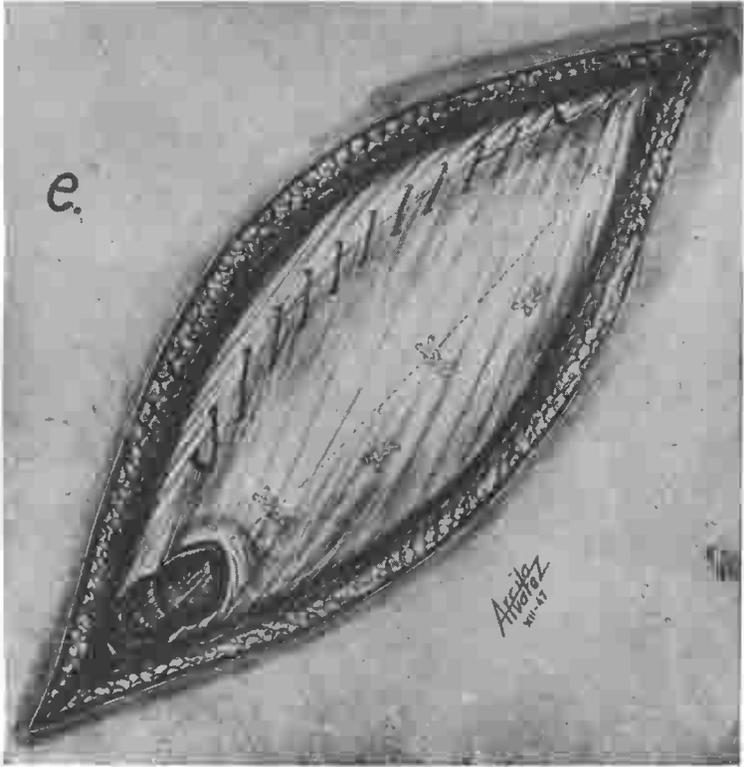




C.







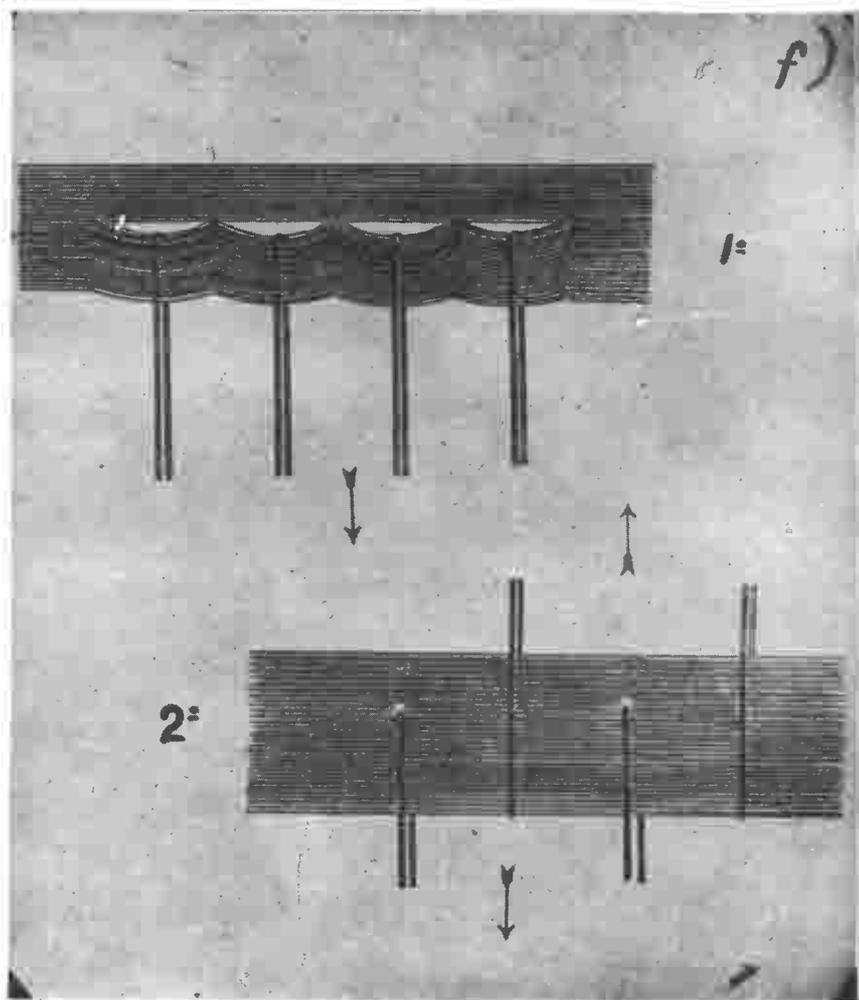


Figura F.). Representación esquemática de la acción de los puntos sobre las fibras de la arcada de Poupart: todas, de un mismo lado (1º) pueden desgarrar un buen segmento de ésta; mientras que, *alternos* (2º) de fuerzas antagónicas tienden a conservar la integridad de la arcada.