

CRITICA DEL TRATAMIENTO NO OPERATORIO DE LAS HERNIAS POR LAS INYECCIONES PROLIFERANTES (1)

por el doctor

LORENZO G.^a TORNEL y CARRÓS

de Barcelona

No encaja dentro de mi tema el hacer un estudio de los diversos procedimientos operatorios; pero al tratar del aspecto puramente práctico del mismo, sí que conviene afirmar:

1.º Que hoy no se utiliza ninguno que deje de liberar el saco. Los procedimientos de este género puede afirmarse que hoy no los utiliza nadie; han pasado a la historia.

2.º Que entre los que hoy se practican todos ellos tienen de común el que la terapéutica quirúrgica se dirige hacia todos los elementos que constituyen la entidad *hernia*. Es decir, que actúan sobre el contenido del saco herniario, sobre el propio saco y sobre el punto de la pared abdominal donde la hernia se ha fraguado.

Podrán variar los detalles, y así, según los casos, y según las preferencias del cirujano se liberará el saco verificando su transposición, como en el método de KOCHER, o se extirpará, como en el de BASSINI. Se incidirá o no la pared anterior del conducto inguinal. Se utilizará por otros el propio saco, por apelonamiento, *capitonaje* o torsión (como hacen BISHOP, MAC EWEN, FAURE y DUPLAY, entre otros, para las hernias inguinales, y ORTH, para las umbilicales) como medio de refuerzo de la pared, aunque en mi concepto no es un procedimiento aconsejable, y por último habrá quien explique el empleo de procedimientos autoplásticos, principalmente en los casos de hernias voluminosas y en los que la región inguinal acusa una manifiesta debilidad, siendo las autoplastias o musculares (CHAPUT utiliza el glúteo mediano, SCHWARTZ el recto anterior del abdomen, etc.) u óseas pediculares (KRASKE) libres (TRENDELENBURG) o aponeuróticas (BLOK utiliza un doble pedículo, CHAPUT emplea una autoplastia pediculada de la fascia lata, PILLET lo hace por medio de la aponeurosis del primer adductor, SANCHIS PERPIÑÁ recurre a un colgajo de la vaina del recto anterior del abdomen y realiza una técnica original que creemos muy acertada, MAUCLAIR prefiere plastia libre que toma de la fascia lata, etc.

Ya he indicado que no era mi propósito estudiar críticamente estos diversos y múltiples procedimientos operatorios, bien conocidos de todos; pero sí quiero hacer resaltar que la Cirugía moderna no cura todas las hernias de la misma manera, que no utiliza un solo procedimiento, y que la multiplicidad de técnicas obe-

dece, no a que ninguna satisfaga; sino que bajo el nombre único de hernia se engloban hernias de muy diversas características y afectan a individuos de constitución distinta y aun opuesta.

Por eso, aunque cada cirujano tenga preferencia por un determinado procedimiento, porque a su juicio sea más lógico, más anatómico, más inocuo o más ajustado a sus condiciones personales, no olvida ninguno de ellos ni deja de practicar otros procedimientos, a los que recurre siempre que las circunstancias lo exigen.

Los resultados obtenidos no ofrecen discusión. La mortalidad puede considerarse nula y las recidivas escasas. Claro está que me refiero a intervenciones realizadas por cirujanos de verdad, no a las que se practiquen por operadores improvisados que, fiados exclusivamente en la *inocuidad* de la cirugía rigurosamente aséptica y en el falso concepto de que tal operación es siempre de una facilidad extraordinaria, se lanzan a ejecutarla después de haber contemplado atentamente las figuras de los diversos tiempos operatorios en las páginas de cualquier tratado de operaciones.

En resumen, por lo que se refiere al tratamiento de las hernias por la intervención quirúrgica realizadas por cirujano que merezca tal nombre, podemos afirmar: que es una operación reglada, que es una operación lógica que reconstruye a la vista y refuerza por diversos medios los planos músculo-aponeuróticos, única forma de lograr su curación y evitar su recidiva, que es inocua (suponiendo que el sujeto no sufra ninguna de las lesiones que agravan cualquier intervención por lo que el operador ya se habrá negado a realizarla) aun en los casos en que ofrezca dificultades técnicas de consideración.

Si ahora estudiamos el procedimiento no operatorio de las hernias, habremos de consignar que se trata de una técnica conocida y abandonada. SUTON empleaba una solución saturada de cloruro de sodio, MAISONNEUVE, VELPEAU, JOBERT, WARREN y LANNELOUGUE, entre otros, empleaban diversas sustancias esclerogénas, especialmente el cloruro de zinc al 1 %. Las que se emplean en Barcelona son, según su propagandista, a base de soluciones concentradas de medicamentos astríngentes (catecú, ratania, cinorrodon) y suero fisiológico.

La técnica consiste en inyectar con lentitud, perpendicularmente al plano de la piel y a una profundidad de centímetro y medio, alrededor del orificio externo del conducto. Se inyectan ordinariamente 5 c. c. y con

(1) Comunicación a la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

estas inyecciones se pretende provocar la formación de un plastrón fibroso que obtura dicho orificio y se extiende cinco centímetros a su alrededor.

No me he de entretener gran cosa en la crítica de este procedimiento, porque a cualquier médico, aun no siendo operador, se le ocurrirá que el solo hecho de pretender curar todas las hernias, utilizando siempre la misma técnica, es algo absurdo. Sólo se excluyen, dice quien lo utiliza, las eventraciones y las hernias irreducibles por adherencias.

Un procedimiento absolutamente ciego, que en ningún caso tiene la seguridad de si la reducción la hace en masa o únicamente reduce el contenido sacular, si existen adherencias que aun permitiendo la reducción aparente, dejen en sitio vulnerable una porción intestinal o epiploica; que hace posible causar lesiones funiculares, herir vasos de importancia, es un procedimiento que si podía ser aceptado cuando la cirugía estaba en pañales, hoy debe ser absolutamente recusado. Es pretender resucitar, aprovechando el efecto que la palabra operación causa en el público, lo que murió de muerte natural. Es en todo comparable a la utilización de las pastas cáusticas para el tratamiento de las neoplasias.

Veamos ahora los resultados que yo he podido observar en seis casos tratados así y que voy a relatar con gran brevedad.

L. C., 65 años, fondista. Presenta hernia inguinal funicular del lado derecho. Hace dos años fué sometido al tratamiento. Recibió unas 20 inyecciones, formándose un plastrón que durante tres meses contuvo la hernia. Aquejó dolores a lo largo del cordón, y más acentuados en el testículo. Fueron disminuyendo hasta desaparecer del todo. Aparición de un abultamiento que fué aumentando de volumen hasta alcanzar el mismo tamaño anterior. El conducto deferente está abultado y adherido.

C. A., 47 años, ebanista. Hernia escrotal muy voluminosa del lado izquierdo. Duró el tratamiento cerca de un año, recibiendo aproximadamente un centenar de inyecciones, de las cuales tres provocaron abscesos y una de ellas orquitis, que curó fácilmente.

Dado de alta, no tardó más de tres semanas en observar que estaba nuevamente herniado.

A. P., maestro de obras, 31 años hernia inguinal oblicua externa del lado izquierdo. Dos meses de tratamiento con 40 inyecciones. Sin complicaciones. A los 4 meses, aproximadamente, se convenció de que volvía a estar herniado.

E. R., 29 años, abogado. Hernia inguinal funicular del lado derecho. Tratamiento de seis meses con más de cien inyecciones. Dolores en el testículo después de algunas inyecciones. Formación de tres abscesos. Abandonó el tratamiento después del tercer absceso.

T. L., 27 años, subjefe de sección de una casa de banca. Hernia inguinal derecha, oblicua externa. 50 inyecciones en un plazo de tres meses. Dado de alta notó a los dos meses que estaba herniado.

B. de M. 38 años. Hernia inguinal izquierda. Estuvo en tratamiento, primeramente, cerca de un año. No recuerda el número de inyecciones que recibió, aunque está seguro que pasaron del centenar. Al cabo de seis meses, recidiva. Segundo tratamiento, seis meses y 60 inyecciones, con 4 abscesos. Con este segundo tratamiento no logró la curación ni siquiera temporal.

El último caso no ha sido operado. En todos los otros he hallado una similitud tan grande, que me permite agruparlos y hacer de ellos un relato común.

En todos, el acto operatorio ha resultado más difícil,

incluso que en los casos de hernia recidivada después de operación.

El saco se presentaba de una consistencia casi cartilaginosa y tan adherido al cordón, que su separación ha ofrecido serias dificultades. El deferente engrosado en todos ellos, lo estaba mucho más en los casos 1.º y 4.º, con una dureza tan extraordinaria, que me hacen sospechar que estaban obstruidos.

Las relaciones anatómicas han desaparecido y no resulta fácil orientarse, gracias a un magnífico delantal de tejido fibroso que desde por encima del orificio aponeurótico desciende a lo largo del cordón, tejido escleroso, duro, que no fué suficiente para contener una hernia; pero sí para dificultar la técnica operatoria.

Lo relatado me parece suficiente para dar cabal idea de este procedimiento en su aspecto científico. Es, en resumen, un procedimiento que en los casos más favorables podría lograr en plazo largo lo que un vulgar braguero logra en un instante. Todos los defectos que son característicos del aparato ortopédico pueden atribuirse a las inyecciones proliferantes obturadoras, aunque éstas en la práctica resulten más peligrosas que aquél.

Podrán éstas en algún caso contener una hernia; pero contener una hernia no es curar una hernia.

En cuanto al aspecto de ética profesional, por lo que a Barcelona se refiere, yo no puedo pasar sin protestar que, para realizar una determinada propaganda se utilice un folleto de los llamados de divulgación científica en los que se hagan afirmaciones gratuitas que deontológicamente merecen el más duro calificativo. Entre nosotros podemos hablar de peligro, porque sabemos el verdadero valor y alcance que damos a esta palabra. ¿Quién de nosotros podrá desconocer que la más sencilla operación puede dar lugar a complicaciones? ¿Acaso la extracción de una pieza dentaria no ha puesto en peligro a algún paciente? ¿Al vacunar contra la viruela no es posible, no ha ocurrido alguna vez, que sobre venga una erisipela, un flemón difuso? No es posible que en casos de preparación defectuosa de la vacuna antitífica se hagan ingerir o ingertar gérmenes que conserven virulencia? Esos peligros existen; pero sería duramente condenable, que a base de casos accidentales y remotos se realizara una campaña pública contra prácticas que tantos beneficios han reportado a la humanidad.

No de otro modo procede el autor del folleto al apoyar sus opiniones citando la del eminente Dr. GINÉ y PARTAGÁS, cuyos méritos soy el primero en reconocer y proclamar, ¡pero que vivió, quirúrgicamente, tan lejos de lo que vivimos hoy! Truncar frases y alterar el orden de párrafos para que aparezcan afirmando lo contrario de lo que realmente significan, será muy hábil, si se quiere calificar así, pero en el terreno científico, el que utiliza semejantes medios merece una absoluta descalificación.

Veamos cómo procede el aludido propagandista en páginas destinadas a la *divulgación científica* (!). Copia el siguiente párrafo de FORGUE: "Debe ser eficaz, es decir conferir probabilidades suficientes de curación estable, para compensar la *duración de la incapacidad*

para el trabajo, que necesita la operación, los *inconvenientes* que lleva consigo y los PELIGROS atenuados, pero *siempre posibles*, que de ella pueden resultar. ¿Quién de nosotros haría ni una objeción a estas frases del Maestro de nuestra generación, estampadas en un hermoso libro destinado a ser leído por Médicos y estudiantes de Medicina?

Pero la habilidad (utilicemos el eufemismo) consiste en suprimir el párrafo anterior en el que afirma que "*la existencia de una hernia puede ser considerada como una indicación suficiente y justificar por sí misma la intervención*", y el posterior, en el que cita la estadística de BASSINI con un caso de muerte, por neumonía, entre 250 operados, la de KOCHER, con ninguna defunción entre 220 operados, la de CHAMPIONNIERE con cuatro casos (uno por estrangulación y otro por congestión pulmonar) entre 504 casos y la del propio FORGUE con un caso de muerte por bronconeumonía, entre 1.400 intervenciones por hernia. Precisamente FORGUE legítima la fórmula radical expuesta respecto a la indicación operatoria, con estas cifras elocuentes y no hay que decir que en su libro la palabra *peligros* no está a cuádruple tipo de imprenta que el resto de la frase.

No es esto bastante y se aduce la opinión del Dr. GASPARD GORDILLO, quien afirma terminantemente: "Todas las operaciones que se recomiendan y se pueden practicar son tan peligrosas y los resultados tan mezquinos que creo se puede muy bien prescindir de ellas."

No creo ofender al Dr. GORDILLO al decir que no le conocía ni como médico ni como publicista; y como creo que a los lectores les ocurrirá lo mismo y ciertas afirmaciones categóricas no las haría ningún médico (no cirujano) al corriente del estado actual de la cirugía y sólo puede hacerlas con tal firmeza, en uno o en otro sentido, quien puede avalarlas con estadísticas personales o con la experiencia adquirida en grandes centros hospitalarios. Si eso no se posee, es mejor callar para que no se piense en propagandas interesadas.

Por último, para no cansar más y porque creo que lo que sigue rebasa ya todo límite, vuelve a ser citado FORGUE haciéndole decir: "El célebre doctor CAMSON, en su reciente tesis indica una proporción de más de un veinte por ciento". Aquí no se hace más que lo siguiente: Callar que FORGUE habla de la hernia crural, que en el párrafo anterior dice que "afortunadamente el tratamiento del anillo es menos necesario que en otras partes" y que al citar a CAMSON le llama CAMSON a secas; ha sido el entusiasta admirador de las inyecciones proliferantes, quien para lograr más efecto no ha hecho más que añadir dos palabras: "*el célebre*" como si fuera FORGUE quien así le calificara.

Y con lo dicho, basta para poder afirmar el procedimiento curativo de las hernias, pues las inyecciones proliferantes están a la altura de los medios empleados en su propaganda.