

# Desarrollo histórico de la Herniorrafia inguinal. Bassini, 100 años

E. ANDRADE - PEREZ.

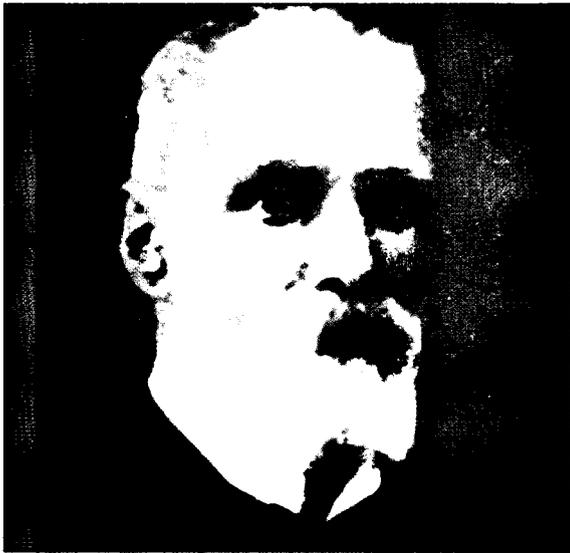


Fig. 1. *Eduardo Bassini, cirujano italiano (1844-1924).*

En el año de 1887, Eduardo Bassini, (Fig. 1) presentó sus trabajos sobre la cura radical de la hernia inguinal de gran importancia para el desarrollo de las técnicas modernas de la herniorrafia.

BASSINI E.: SULLA CURA RADICAL DELL'ERNIA INGUINALE  
Arch. Soc. Ital. Chir, 1887; 4:380.

BASSINI E.: NUOVO METODO PER LA CURA RADICALE DELL'ERNIA INGUINALE  
Atti Congr. Assoc. Med. Ital, 1887; 2: 179-182.

Estos fueron los títulos de los dos trabajos presentados ante la Sociedad Italiana de Cirugía. El primero en la ciudad de Génova, en el cual discutió el procedimiento realizado en un total de 38 pacientes, a los cuales les practicó 42 herniorrafias; y el segundo, en la ciudad de Pavia, en septiembre del mismo año, con un total de 72 herniorrafias en 63 pacientes hombres y una mujer. Para su siguiente presentación en el año 1888, aumentó el número de casos operados llegando a 100, y fue su tercera presentación ante la Sociedad Italiana de Cirugía. (Sopra 100 casi di cura Radical Dell'ernia. Operata col metodo dell'autore. Arch-ed atti Soc. Ital. Chir. 1888; 5 315-319).

*Doctor Ernesto Andrade-Pérez, Prof. de Cirugía, U. Javeriana, Miembro de la S.C.C. y de la Soc. Col. de Hist. de la Medicina, Bogotá, Colombia.*

Es importante comentar que en las tres presentaciones iniciales la técnica sólo se mencionó en una forma muy breve y sin ningún tipo de ilustración, lo cual favoreció un escepticismo inicial y la crítica del procedimiento.

Todo cambió en el año 1889, cuando toda su experiencia la publicó en el libro titulado.

NUOVO METHODO PER LA CURA RADICALE DELL'ERNIA INGUINALE. PADUA: PROSPERINI, 1889

El resumen de la técnica se puede sintetizar en los siguientes puntos que fueron los revolucionarios en esa época, y base para la moderna herniorrafia:

1. Ligadura alta del saco.
2. Disección y separación del cordón espermático con sutura del tendón conjunto al borde superior del ligamento de Poupart.
3. Reparación de la aponeurosis del oblicuo externo, dejando el cordón espermático en posición superficial.

En esta publicación relacionó una recurrencia del 6% (6 casos).

## EL CIRUJANO

Bassini, nació en la ciudad de Pavia en el año de 1844, en donde realizó la mayor parte de sus estudios obteniendo en su universidad, a la edad de 22 años, el título de Médico. En esta época se vivía en la península itálica la lucha por la unificación e independencia, y como todos los jóvenes de la época que no tenían impedimento físico importante, como una hernia, su misión fue la de enrolarse en el ejército. En una de estas batallas el joven Bassini sufrió una herida con bayoneta en la región inguinal; fue puesto prisionero y recluido en un hospital a causa de la complicación que tuvo: fistula intestinal, la cual requirió varios meses de tratamiento, tiempo que le sirvió para estudiar y profundizar en sus conocimientos anatómicos en esta región y para aficionarse a la cirugía.

Una vez curado y libre de sus captores, se propuso visitar y aprender de los grandes de la época. Viajó a Viena a ver a Billroth, visitó en Berlín a Langenbeck y a Lister en Londres.

Su carrera académica la inició con anatomía, luego con patología y por último con cirugía.

Sus estudios con Lister le ayudaron muchísimo promocionando la asepsia en su país, obteniendo mejores resultados en sus procedimientos, en igual forma a lo realizado con los mismos conceptos, por Marcy en los Estados Unidos.

Fue un gran profesor, admirado por todos los estudiantes, quienes lo acompañaron hasta sus 80 años cuando murió en la ciudad de Verona en el año de 1924.

## ANTECEDENTES

Para evaluar este gran paso dado por Bassini, es importante y muy interesante analizar qué sucedió en los siglos anteriores. La hernia fue conocida en la antigüedad, pero los que escribieron sobre medicina se detuvieron muy poco en ella y sólo inicialmente se recomendaba el uso de fajas y bragueros.

**Celso**, al inicio de nuestra era cristiana, cuando la influencia romana en la medicina estaba en su apogeo, describe el tratamiento de la hernia, consiste en: apertura del saco, restitución de los intestinos, extirpación del testículo, aparente sutura del saco en algunos casos y empaquetamiento en otros.

**Heliodoro**, cientos de años más tarde, restituye los intestinos, amputa el saco abierto y separa el testículo.

**Albucasis**, como los demás cirujanos árabes, con el uso del cuchillo caliente, emplearon el cauterio en este procedimiento, propuesto anteriormente.

**Avicenna (980-1037)**, introduce la técnica usada en la época; diferenció entre enterocele y omentocele, por auscultación.

**Guy de Chauliac (1368)**, en el libro "Grande Chirurgie", el más importante de la época, educado en Toulouse, Montpellier y Bolonia, médico de tres papas, fue el que buscó el retorno de

la operación de la hernia, en manos de charlatanes. Mencionó: el dolor, la hemorragia resultado de la corrosión y pérdida del testículo. Habló de la precaución de hacer la operación en ancianos, de mala contextura, con tos, y decía que la operación no debía hacerse en estos casos, excepto por una persona entrenada, buen maestro, y que así mismo, tuviera buen espíritu y los instrumentos necesarios. "Entre las cosas descritas también figuran las mejores épocas del año para la operación: Primavera y Otoño.

Muy poco tiempo después Bartolomeo Montagnana en 1470 describió por primera vez las hernias estranguladas.

**Gaspar Stromayr**. En el año 1909, casi por casualidad, fue encontrado en un viejo y olvidado castillo medieval un manuscrito, que posiblemente fue hecho por Gaspar Stromayr, en el cual se hacen valiosas referencias al tratamiento de la hernia, y lo que ha sido más importante, aparte de la minuciosa descripción, es el estar acompañado de unos dibujos en colores, en los cuales se pueden observar muchos elementos como instrumental, vestidos y el ambiente en que se desenvolvía la práctica quirúrgica de la época.

Fue al parecer escrito en el año de 1559; **Stromayr** ha permanecido desconocido y posiblemente no fue más que uno de aquellos "operadores ocasionales", contemporáneo de otro famoso de la época, que podríamos llamar iniciador del desarrollo de la técnica de la herniorrafia: **Pierre Franco**.

Las ilustraciones de Stromayr, que se pueden observar en las Figs. 2, 3, 4, 5 y 6, demuestran lo anteriormente dicho, apreciándose un punto muy importante de técnica el cual consiste en la transfixión y ligadura del cuello del saco en



**Fig. 2. Stromayr I.** Dibujo de Gaspar Stromayr, al parecer del año de 1559. Con esta figura se inicia la secuencia de 5 tiempos operatorios de una herniorrafia inguinal, en los que se puede observar instrumental, ropa, actitudes del paciente y de los cirujanos, ambiente en que se desenvolvía la práctica quirúrgica de la época, así como algunos detalles de técnica tales como la transfixión y ligadura del cuello del saco conjuntamente con los elementos del cordón y, por supuesto, con el testículo, dejando drenes a través de la herida inguinal que emergen por el escroto.

**Fig. 3. Stromayr II.** **Fig. 4. Stromayr III.**

conjunto con el cordón y, por su puesto, con el testículo, dejando posteriormente drenes a través de la herida inguinal emergiendo por el escroto.

Al observar con detenimiento los dibujos encontramos un pequeño perro, que no ha sido dibujado en forma accidental o como complemento, sino por el contrario se puede considerar como el guardián bondadoso del cirujano, algunos de los

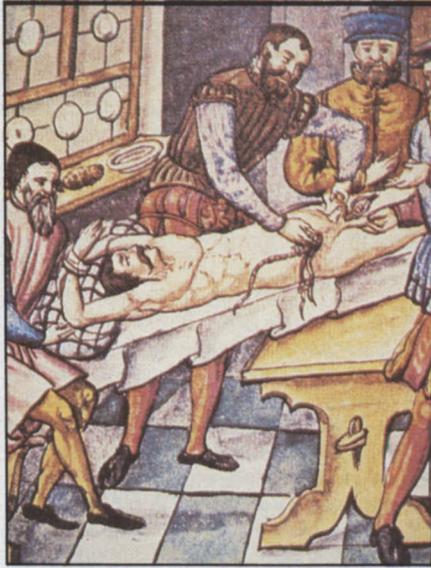


Fig. 5. Stromayr IV.

cuales eran unos charlatanes y su ejercicio profesional se efectuaba viajando por todo el país en alegres carretas, con hermosos caballos decorados con vistosas capas que más bien aparentaban la llegada a los pueblos de un gran circo u otro espectáculo. Con frecuencia se observaba un elegante y bien vestido caballero que ofrecía curar a los niños y jóvenes de las hernias sin castración. Una vez llegados los pacientes, el procedimiento se realizaba en público y la carreta se convertía en un vistoso escenario. La operación se efectuaba con suma rapidez y ante la distraída audiencia no se registraba el rápido momento en el cual la experta mano del cirujano colocaba sobre la mesa el testículo del paciente y su fiel compañero suavemente lo hacía desaparecer entre sus dientes. En igual forma se operaba en todos los pacientes, después de lo cual se dejaba un bultoso vendaje que se recomendaba no fuera retirado antes de ocho días. Un grupo de estos pacientes, fallecían por hemorragia o por infección y otros al ser destapados al cabo de los días recomendados, se daban cuenta del engaño al cual habían sido sometidos y ya era imposible realizar el reclamo pues el flamante cirujano iba muy lejos y lógicamente no le interesaba conocer los resultados de su tratamiento.

**Piero Franco.** Por la misma época, 1556, se llevó a cabo la primera operación para una hernia estrangulada; Franco usualmente no resecaba el testículo aunque ocasionalmente tenía que hacerlo, hasta que Constancio decretó, y coincide con la descripción de lo relatado anteriormente, que nadie podía hacerlo a precio de su propia vida. Aparentemente este decreto no se cumplió.

La técnica quirúrgica de este siglo consistía básicamente en la ligadura del cordón en conjunto con el saco, cambiando a finales del siglo cuando **Gerldus de Metz** la modificó ligando el saco sin herir el cordón. Esta técnica fue llamada el "*Punctum aureum*"; popularizada posteriormente por el gran cirujano de la Edad Media Ambrosio Paré, usó el llamado "*feld'or*", pasando por el cuello del saco una transfixión con un hilo de oro, respetando el cordón espermático. En Rusia, Sermentius denominó la operación como la "puntada de oro" siempre y cuando se respetara el testículo, así permitía al paciente ingresar posteriormente en el ejército.



Fig. 6. Stromayr V.

Los cirujanos españoles, modificaron la operación colocando durante la cirugía el testículo y el cordón en la cavidad peritoneal después de reducir la hernia.

Vinieron después de esta época, los extraordinarios intentos y esfuerzos para evitar la operación. La anatomía de la región inguinal fue muy bien conocida por años. Hesselbach, Scarpa, y Gimbernat; este último describió, en el año de 1795, "la parte del ligamento crural que causa la estrangulación de las hernias femorales" y que es el ligamento que hoy lleva su nombre, localizado en el borde interno del anillo femoral. Astley Cooper, en el año de 1804, describió el ligamento que lleva su nombre, además de haber hecho una excelente descripción de la fascia transversalis.

La mayor parte de estas descripciones e investigaciones de otros anatomistas estaban encaminadas más a dar recomendaciones clínicas que a una cura definitiva.

La concepción general hasta finales del siglo XIX fue la de que la única indicación de la operación de la hernia inguinal era la estrangulación con obstrucción, con el fin de impedir la gangrena intestinal.

Extraordinarios esfuerzos se hicieron para tratar de reducir las hernias estranguladas: manipulaciones repetidas, enemas de todas las clases, inclusive de humo como el que se observa en la (Fig. 7) recomendado por Richter y su aparato insuflador de humo de tabaco. Se usaron además purgantes, mercurio por vía oral y muchas otras sustancias que lógicamente no lograban mejoría del paciente y, algunos ya con varios días de obstrucción intestinal, con poca frecuencia lograban sobrevivir a la ya tardía operación para liberar el intestino.

Se diseñaron algunos instrumentos (Fig. 8), que sólo venían a complicar más el problema; las maniobras consistían en la inserción ciega de un cuchillo con punta roma, entre el saco y los elementos que lo aprisionaban; si esto no era suficiente, se abría el saco y se liberaban tales elementos. Algunos pacientes sobrevivían a estas medidas y, por supuesto, eran aquellos en los cuales el intestino estaba viable; y otros,

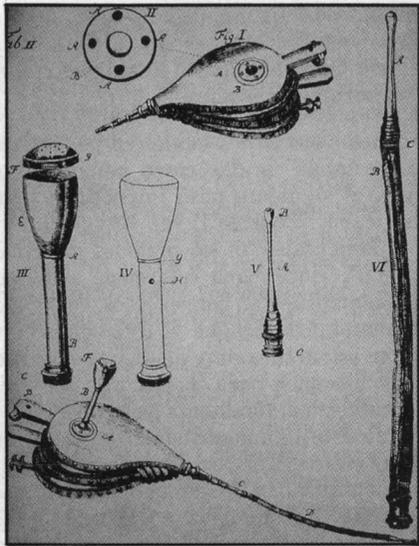


Fig. 7. Enema de humo de tabaco recomendado por Richter, con su aparato insuflador, cuyo objetivo era reducir las hernias estranguladas.

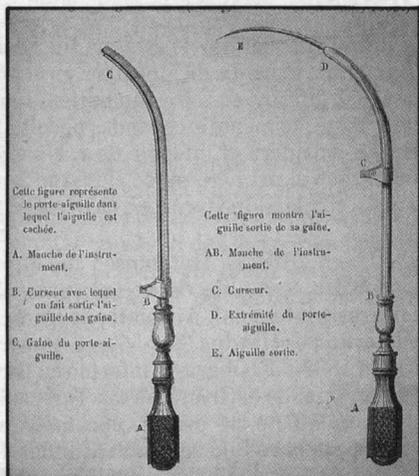


Fig. 8. Instrumentos diseñados para reducir o invaginar el contenido herniario.

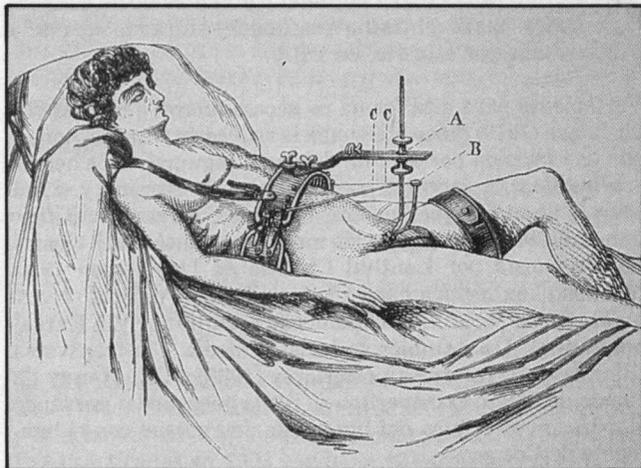


Fig. 9. Operación de Gerdy de París, 1835. Después de reducir la hernia, se empujaba el escroto al canal inguinal para fijarlo allí con una sutura.

muy pocos, a los cuales se les necrozaba la pared y se fistulizaban, también lograban sobrevivir. Es este el momento de mencionar a Richter, a quien hoy recordamos con frecuencia, no por su novedoso aparato insuflador sino más bien por la necrosis de la pared intestinal que se produce en la hernia.

Mencionamos en este proceso a William Hey (1794) que describió las hernias en los niños, y a John Hunter explicando la anatomía de las hernias congénitas. La importancia de que la protusión herniaria persistente fuera reconocida, estaba asociada a la "deficiencia del desarrollo de las fibras tendinosas del canal inguinal y de su orificio".

Concomitante a los esfuerzos de reparar las hernias, vinieron los realizados para corregir sus problemas intestinales secundarios. La primera resección intestinal fue efectuada en Londres en el año de 1732, por **George de Ronsil**; extirpó el ciego y el ileo terminal. Por esta misma época también en Inglaterra, **Cheselden**, tuvo un paciente con gangrena en la ingle y en la superficie del abdomen, como resultado del uso de otra técnica que no había descrito: uso de ladrillos calientes para aliviar el dolor de las hernias estranguladas. Desbridó la pared abdominal y suturó la pared del intestino a la pared abdominal; el paciente se recuperó y, como es lógico, hizo su fistula. Este método lo conocemos hoy con el nombre de **Mickulicz**, que fue quien lo popularizó en el siglo XIX.

Existe, pero ya posterior a esta descripción, otro intento por corregir los problemas derivados de la estrangulación: el de **Duverger** (1757) en París, que intentó usar tráquea para reconstruir el intestino con resultado exitoso, aunque el crédito de esto lo tiene **Rambhor**, que menciona su uso diciendo que "ya lo habían hecho otros cirujanos".

No hubo cambio en el tratamiento hasta 1835 cuando **P.N. Gerdy** de París, introdujo su operación que consistía en empujar el escroto al canal inguinal después de reducir la hernia y fijarlo allí con una sutura. (Fig. 9). En 1836, poco después de esta descripción de Gerdy, **Wulzer** la tomó y la popularizó, llegando a conocerse como la **Operación de Wulzer**. Procedimiento que fue muy usado en Francia por Roux, Velpeau, Langiers, Robert y Valette y en Inglaterra por Bransby y Cooper y en Alemania Rothmund, Bruns y otros al lado del mismo Wulzer. Gerdy en 1885 en el congreso de Munich, informó sobre 140 procedimientos con sólo 13 recurrencias.

#### PROBLEMA SOCIAL

El por qué se dio tanta importancia y por qué se trabajó tanto en su solución, era el problema social y de salud pública que presentaba la hernia en el siglo XIX. En una civilización en que la mayoría de la población vivía del trabajo físico, su locomoción era a caballo o a pie, se consideraba y era en realidad un inválido el que tenía una hernia. Si lograba emplearse, al ser descubierto su problema era rápidamente sustituido. Las "casas de viejos soldados" albergaban gran cantidad de jóvenes vigorosos, veteranos excluidos del ejército a causa de sus hernias.

#### DESARROLLO DE LA TECNICA MODERNA ANTES DE BASSINI

La apertura del canal inguinal fue por primera vez descrita por **Charles Steele**, en Inglaterra, en el año de 1874. Le dio más importancia al anillo superficial que al profundo. **Henry Orlando Marcy**, de Boston describió el uso del **Catgut Carbolizado** en la reparación de hernias (1871), cerrando con

esta sutura el anillo inguinal profundo después de reducir el saco, y esta es la primera referencia histórica que existe de la importancia del anillo. Para muchos cirujanos actuales esta corrección la mencionan como la técnica de **Marcy** con sus modificaciones posteriores.

En 1881 en el Congreso Internacional de Medicina de Londres, se informó que este método ya lo usaban muchos cirujanos y que se habían encontrado suturas más fuertes que el mismo catgut, sacadas de tendones de venado y canguro y se enfatizó en las partes más importantes de la técnica: extirpación del saco y sutura, no dejando ninguna redundancia.

El siguiente paso en el desarrollo de la moderna operación fue dado por **William Macewen** de Glasgow (1886) y su operación consistía en disecar completamente el saco del cordón, y el tejido adiposo de las paredes del canal inguinal, e insertaba el dedo por el anillo seccionándolo en este nivel y pasando una sutura a través de la pared abdominal, una pulgada por encima del anillo, fijando el saco en este nivel y después obliteraba el canal inguinal. (Sutura del ligamento de **Poupart** y las estructuras aponeuróticas de la fascia transversalis, músculos oblicuo interno y externo); usó la técnica en 47 pacientes.

#### DESPUES DE BASSINI

Mientras **Bassini** trabajaba en su operación en Europa, en América en forma tal vez simultánea, **William Steward Halsted**, se dedicaba esencialmente en el mismo procedimiento en el Hospital John Hopkins, e hizo la primera presentación de lo realizado, el 4 de noviembre de 1889. La primera operación propuesta, consistía en una ligadura alta del saco, sutura del tendón conjunto y el oblicuo externo al ligamento inguinal con un trasplante subcutáneo del cordón.

En 1893 anotó que su técnica y la de **Bassini** eran idénticas como él mismo lo confirmó por escrito en 1925.

**Halsted** publicó posteriormente una modificación de su técnica en la cual había visto que no tenía importancia la localización del cordón como lo dijo en 1903; después de 14 años de experiencia y con casi 1000 procedimientos, lo que él denominó el **Halsted II**, técnica que es, según informe de **Ravich**, la que se efectúa en la actualidad en el John Hopkins. Este procedimiento fue denominado en 1899 como la técnica de **Ferguson**, pues él realmente fue quien primero la informó, aunque sólo con la presentación de muy pocos casos; **Alexander Ferguson**, canadiense, en este año publicó el artículo sobre: *Hernia oblicua interna, típica operación para su cura radical*; describe la operación ya clásica pero sin trasplante del cordón, similar a lo posteriormente propuesto como **Halsted II**.

Unos años antes, también fue propuesta una variación, por el Dr. **E. Wylls Andrews**, profesor de cirugía de **Northwestern University**, en la cual, basado en los principios de **Bassini** y **Halsted**, efectúa además, una imbricación de la aponeurosis del oblicuo, y la describe como una nueva operación.

La variación más importante, a lo que ya prácticamente era la solución de la herniorrafia, es propuesta para casos especiales por el Dr. **Georg Lotheisen** de Viena; relata la cirugía que necesitó efectuar en unos pacientes con hernia reproducida en la cual fue preciso reseca parte del ligamento de **Poupart** al reseca la cicatriz de la cirugía anterior; no pudo por esta razón utilizar esta estructura para unirla al

oblicuo interno, sino el ligamento de **Cooper**, del cual comentó su fácil acceso y su fuerte fijación a la rama horizontal del pubis. Con este buen resultado, lo empleó con éxito en el reparo de las hernias femorales.

Pasaron muchos años en los cuales se popularizaron estas técnicas que estaban unidas como hemos descrito en su esencia, hasta el siguiente paso importante dado por dos autores americanos: **Chester B Mc Vay** y **Barry J. Anson**: "Errores fundamentales en los métodos de curación de la hernia inguinal". Hacen una referencia a la operación de **Lotheissen** y se manifiestan convencidos, después de muchas disecciones anatómicas de que el ligamento inguinal o de **Poupart** es una estructura muy débil, que no sirve en forma satisfactoria y adecuada para el reparo de la hernia, frente a la firmeza y rigidez del ligamento de **Cooper**. Pros y contras sobre el uso de este ligamento vinieron posteriormente; la excepción muy clara era el caso descrito por **Lotheissen** y **Mc Vay**, quienes no utilizaban la herniorrafia para casos simples. En 1958, después de la nueva publicación de **Mc Vay** y **Chapp**, adicionaron a su técnica como elemento esencial la relajación de la aponeurosis mediante una incisión de la aponeurosis, elemento considerado hoy como básico en la técnica.

#### OTRAS TECNICAS: ACCESO TRANSPERITONEAL Y PREPERITONEAL.

El primer informe sobre el uso de esta vía fue hecho por **Demetrius de Cantemir**, Príncipe de Moldavia, en el año de 1743. **Annandale** en 1873 informó su uso en un paciente con una hernia umbilical y posteriormente en grandes hernias inguinoescrotales. Pero se considera el informe de **J. Niven** de Edimburgo en 1861, como el primero sobre el tratamiento exitoso siendo el primer cirujano moderno en usar esta vía.

En los E.E.U.U. en 1878, **E. Hutchinson** fue el primero en usar la línea media como vía de acceso; pero el paciente falleció por necrosis intestinal. Al relatar la técnica usada la acoge como descrita por **Hindus** (800-550 a.C.) y por **Praxágoras** (350 a.C.). En 1882 **T.F. Chevassé** informó en Birmingham un caso con éxito. Cuando el **Gran Lawson Tait** realizaba una extirpación de un quiste de ovario, encontró una hernia femoral y fácilmente la redujo por esta vía abdominal. **Mayo Robson**, se sumó también a la lista de cirujanos en favor de la vía abdominal en 1893, con tres casos exitosos. Muchos otros cirujanos adoptaron esta vía, como **Kelly**, **Fiashi** y otros. **Charles Robins** en 1909 reducía el saco por vía abdominal y después reparaba el área inguinal por el método de **Bassini**. **U.C. Bates**, cerró el anillo profundo, suturando la fascia transversalis por esta vía, en 1913.

Variaciones para esta forma de acceso fueron descritas por **La Roque** (1919) quien efectuaba la reducción transperitoneal por una incisión por encima del canal inguinal. Si la hernia era inguinal la corregía por la técnica de **Bassini**, y si era crural, sostenía que no era necesario cerrar el orificio femoral (1922). Una variación muy importante a esta técnica fue propuesta por **Lenthal Cheatle** de Londres en 1920; relacionó una técnica haciendo incisión en el músculo recto, separando el peritoneo y exponiendo el anillo por **Vía Extraperitoneal**. Usó también la incisión media y la transversa (**Pfannestiel**). Informes posteriores (1936), **A.K. Henry** da cuenta de acceso extraperitoneal por la línea media, cerrando el orificio con sutura del ligamento de **Poupart** con el ligamento de **Cooper**.

La vía preperitoneal fue usada con entusiasmo y modificada por **L.M. Nyhus**, **R.E. Condon** y **H.N. Harquins**, quienes son en la actualidad sus principales propulsores.

## LA HERNIORRAFIA EN COLOMBIA

Al revisar la Historia Médica Colombiana, no sólo no existen fuentes de consulta, sino que en ocasiones la no publicación de importantes hechos ha sido la causa de que no se le de el mérito al que realmente le pertenece por la falta del documento escrito al cual hacer referencia.

En el tema quirúrgico, también es poco lo que existe, pero hay que hacer referencia en forma importante al 2º Congreso Médico Nacional realizado en la ciudad de Medellín en el año de 1913. La importancia de este certamen fue la recopilación de los principales trabajos realizados por los cirujanos de Antioquia, antiguo Caldas, Cauca y el oriente antioqueño.

### Antioquia

Esta presentación fue elaborada por el Dr. José V. Maldonado, que presentó los hechos posteriores a la "Primera herniorrafia practicada en Colombia", por el **Dr. Manuel Uribe Angel**, que en el año de 1872 realizara esta operación con absoluto éxito. Tuvo la colaboración en el procedimiento del Dr. Andrés Posada Arango. En 1892, el Dr. Maldonado hace su primera herniorrafia y posteriormente el Dr. Juan B. Montoya y Flóres opera una hernia estrangulada, reputada como la primera en su género. Este pionero de la cirugía en Colombia, practicó también la primera gastrectomía y la primera tiroidectomía en el país y, como decía el Dr. Gil J. Gil, a él se debe "todo el progreso actual de la cirugía en Antioquia", y lo considera como "el más grande cirujano de Colombia". También se hace mención del Dr. Gonzalo Pérez, de Fredonia, de sus cirugías realizadas, entre las que se cuentan dos herniorrafias inguinales con una curación; y del Dr. L. Hincapié Garcés, quien en 1891, entre sus múltiples procedimientos efectuados, como curetajes uterinos, los primeros en Antioquia, está la curación radical de hernias. Se presentó, además, una relación de los procedimientos realizados en el Hospital San Juan de Dios por los Doctores B. Ochoa y Gil J. Gil en el período comprendido entre el 1º de noviembre de 1909 al 1º de febrero de 1910 en cuatro pacientes de edades diferentes: 3, 24, 35 y 40 años, realizados por el Dr. T. Quevedo Alvarez.

La Cirugía en el Oriente antioqueño, (Rionegro), por los Doctores José J. de la Roche y Antonio Mauro Giraldo, quienes se presentan como "Cirujanos que pertenecemos a la cirugía económica", decía: "Hemos practicado muchas quelotomías, en estrangulamientos de hernias inguinales y escrotales y sólo hemos perdido aquellos enfermos en los cuales se nos ha llamado demasiado tarde cuando ya había lesiones irremediables". "Hemos practicado la curación radical de las hernias con buen éxito. Como procedimiento empleamos siempre la apertura del canal inguinal, resección del saco y reconstitución de las paredes anterior y posterior, separadamente".

### Manizales

Es muy interesante la recopilación de "Datos para la historia de la Cirugía en el Departamento de Caldas" por los Doctores Emilio Robledo y José Tomás Henao.

El Dr. Henao hace referencia a dos operaciones: Herniorrafia inguinal con testículo ectópico, en 1893 cura radical de la hernia inguinal, en 1897.

El Dr. Emilio Robledo, compañero habitual de cirugía del Dr. Henao, efectúa también la curación radical de la hernia, y en el boletín de Medicina del Cauca, aparecen las herniorrafias practicadas en 1903 y 1904, y 12 casos posteriores.

El Dr. Juan Bautista Gutiérrez en 1909, efectúa la curación radical, y dice haber practicado varias operaciones con éxito. También hay un relato en 1906, sobre el mismo procedimiento, por el Dr. Luis Zea Uribe.

En **Aguadas**, sin conocerse la fecha exacta, los Doctores Alfonso Alviar y J.M. Duque, dicen: "desde 1888 se han practicado las siguientes operaciones...", entre las cuales se relata la cura radical de la hernia inguinal.

En **Pereira**, como parte del antiguo Caldas, en el mismo trabajo se hace referencia a los Doctores Alfonso Castro y Aquilino Soto, quienes operaron una hernia estrangulada, con curación, y una hernia bilateral en un anciano, con muy buen resultado también. El Dr. Santiago Londoño y M. Mejía figuran con dos curaciones radicales y los Doctores Juan B. Gutiérrez y Arturo Jaramillo con una hernia congénita y otra estrangulada, ambas operadas.

**Riosucio**, una curación radical de hernia inguinal estrangulada, operada "in extremis" en 1907 por los Doctores Obdulio Toro, J.M. Díaz y Alfredo Gartner.

### Cauca

En el mismo congreso de Medellín el Dr. Pablo García Aguilera hace dos interesantes referencias del Dr. Mario Caicedo que transcribo en su totalidad por hacer una alusión al procedimiento quirúrgico completo.

"Niño de 16 años que lleva una hernia inguinal reductible desde su niñez. Desde hace tres días hay irreductibilidad. Tumor herniario de tamaño superior al puño, duro, doloroso, cubierto de piel roja, edematosa, de aspecto erisipelatoso. Vómito incoercible desde hace dos días, meteorismo, demarcación, palidez, pulso acelerado, débil, regular. Temperatura 39 °".

Operación "Inyección hipodérmica de cinco centigramos de sulfato de esparteína y un centigramo idem de morfina. Desinfección rigurosa del campo operatorio, instrumentos, operador y ayudante. Incisión oblicua, casi paralela al ligamento de Poupert. Abertura de las tunicas fibromusculares hasta el saco de la hernia y aislamiento de éste. Abertura del saco y aislamiento de su contenido; maniobra difícil por encontrarse adherido el epiplón al saco. El contenido herniario era una asa del intestino delgado y parte considerable del epiplón. Este carecía ya de circulación; sus venas gruesas y negras estaban obstruidas por coágulos. Sutura entrelazada por su límite sano y escisión. Revisión del asa intestinal. Desbridamiento del cuello herniario. Reducción del muñón epiploico y de la asa intestinal. Resección del saco, sutura del anillo con catgut. Sutura de la brecha operatoria con seda, dren de gasa yodoformada y curación oclusiva con la misma gasa. En las 24 horas siguientes hubo 5 evacuaciones, de las cuales las dos primeras eran abundantes, hemorrágicas y de color oscuro. El meteorismo, el sudor y el enfriamiento de las extremidades había continuado hasta después de la expulsión de estas materias. Hubo temperatura febril hasta el día 12 y alguna supuración en la parte escrotal de la incisión. Consecuencias de la operación, satisfactorias". Y un segundo informe de **Quelotomía inguinal sin resección del saco**, de Tuluá, del Dr. T. Uribe: "Hernia inguinal derecha en individuo alcohólico. Estrangulación, dolor, fiebre, vómitos incoercibles, paquete herniario voluminoso. Evacuación intestinal hasta la víspera. Operación: Disección de los tegumentos. Aplicación del orificio abdominal, reducción de la masa epiploica que constituía la hernia. Síncope cloróformico remediado por flagelación y respiración artificial a lo Sylvester hasta el restablecimiento. No hubo resección del saco herniario. La hernia no se ha reproducido".

En estas dos descripciones se encuentran las conductas básicas que se utilizaron en la época para los casos de herniorrafia por hernia estrangulada que era la principal indicación para llevar los enfermos a cirugía.

En Bogotá en el mismo servicio quirúrgico, el Dr. Juan N. Corpas realizaba la operación de Bassini y el Dr. Pedro Eliseo Cruz efectuaba la técnica de Andrews.