

13. CHESS.—Surg. Gyn. a. Obst., 91, 343, 1950.
14. CHRISTOPHER.—Acta Gastroent., 13, 1.111, 1950.
15. FROELICH.—Acta Gastroent., 13, 1.130, 1950.
16. FROBESER.—Surg. Clin. N. Am., 31, 6, 1951.
17. FALLA.—Gastroenterology, 17, 375, 1951.
18. GOLDSTEIN.—Schweiz. Med. Wschr., 80, 1.035, 1950.
19. HOON.—Surg. Gyn. a. Obst., 91, 417, 1950.
20. HUMPHREY.—Proc. Mayo Clin., 13, 539, 1938.
21. HARTMAN.—Acta Gastroent., 1, 171, 1950.
22. HAWTMURNE.—Am. Surg., 103, 233, 1949.
23. HADFIELD.—Lancet, 2, 713, 1950.
24. KIEFER.—Journ. Am. Med. Ass., 144, 903, 1950. Gastroenterology, 14, 118, 1950.
25. KIRSNER.—Med. Clin. North Am., 35, 227, 1951.
26. KUHLMANN.—Med. Monatsh., 3, 884, 949.
27. EDITORIAL.—Lancet, 1, 272, 1950.
28. MACHIELLA.—Am. J. Med. Sci., 221, 501, 1951.
29. NUKE.—Surg. Clin. North Am., 30, 557, 1950.
30. POPE.—Arch. Surg., 43, 551, 1941.
31. POPP-BARGEN.—Proc. Staff Med. Mayo Clin., 25, 1, 1950.
32. REICHERT.—Am. J. Surg., 104, 601, 1936.
33. RYAN.—Am. J. Digest., 18, 130, 1951.
34. SALA-FERGUSON.—J. Phil. Gastroenterol., 2, 25, 1950.
35. SCOVILLE.—Acta Chir. Belg., 48, 421, 1949.
36. SUETS.—Acta Chir. Belg., 49, 23, 1950.
37. THORECK.—Journ. Am. Med. Ass., 145, 140, 1951.
38. WEINBERGER-HARRIAS.—New Orleans Med. S. J., 102, 340, 1950.
39. ZOLLER.—New York St. J. Med., 50, 1.003, 1950.

SUMMARY

It is demonstrated that there is a relationship between the histology and macroscopical anatomy of Crohn's disease. The union of both examinations serves to establish prognosis as to survival.

Our experience of 59 cases operated in the Philadelphia Graduate Hospital and followed up for over 5 years demonstrates that the exclusion techniques take precedence of resection in one or two stages.

Available statistical data are in general deficient in that the patients are not followed up, which may create some confusion concerning the superiority of some techniques to others.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird bewiesen, dass eine Korrelation zwischen der Histologie und der makroskopischen Anatomie bei der Crohn'schen Krankheit besteht. Beide Studien zusammen dienen zur Aufstellung einer Prognose für das Überleben.

Unsere Erfahrung mit 59 operierten im Graduate-Hospital von Philadelphia, die über weitere 5 Jahre hinaus kontrolliert wurden, beweist die Superiorität der Methoden der Exklusion im Verhältnis zu denen der Resektion in einer oder zwei Sitzungen.

Im Allgemeinen haben die statistischen Aufstellungen den Defekt, dass eine entsprechende Nachkontrolle fehlt, sodass eine Verwirrung bezüglich des Überlebens bei den verschiedenen Methoden entsteht.

RÉSUMÉ

Démonstration de l'existence d'un rapport entre l'histologie et l'anatomie macroscopique de la maladie de Crohn. Les deux études réunies servent pour établir un pronostic de survie.

Notre expérience sur 59 cas opérés dans le Graduate Hospital de Philadelphie, et suivis pendant plus de 5 ans, prouve la supériorité des techniques d'exclusion sur la résection en un ou deux temps.

Les statistiques souffrent généralement du défaut de ne pas suivre dans le temps le cours des malades, ce qui peut donner lieu à des confusions sur la supériorité d'une ou d'autre technique.

MODERNAS ORIENTACIONES EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL

(Con especial referencia a la plastia cutánea total.)

C. PERA BLANCO-MORALES y P. M. GOTI ITURRIAGA.

Médicos Internos,
Casa de Salud Valdecilla,
Instituto Médico de Postgraduados.
Sección de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

I

¿Es el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal un problema totalmente resuelto desde el punto de vista técnico? La abundancia de procedimientos propuestos y la frecuencia de las recidivas son los dos factores que especialmente nos hacen comprender que el problema, al menos en parte, permanece como tal.

En los últimos quince años el número de publicaciones dedicadas al estudio de la hernia inguinal en sus aspectos anatomo-fisiológico y reparativo ha sido grande. Resulta difícil la justa valoración de todas estas contribuciones sin dejarse arrastrar de criterios o simples hábitos personales. Parece conveniente un alto en el camino que nos proporcione el respiro necesario para juzgar nuestros métodos anteriores y tratar de mejorarlos para el futuro.

En la elección de la técnica operatoria para el tratamiento de la hernia inguinal influye sobremodo el primer maestro al que se acerca el joven cirujano. Ello se debe, como es bien sabido, al hecho de ser la herniorrafia, casi siempre, la primera operación seria del que se inicia. Desde entonces repetirá, una y otra vez, el método aprendido, al que le será difícil abandonar. Esta repetición será efectiva en cuanto que conseguirá para el cirujano mayor precisión en un procedimiento determinado, pero será peligrosa en cuanto conduce a un error muy importante: la consideración de todas las hernias

inguinales como exactamente iguales entre sí ante el tratamiento quirúrgico.

Las hernias inguinales, directas e indirectas, junto a los caracteres semejantes que las hacen agrupables en un determinado tipo, muestran aspectos diferenciales que han de ser tenidos en cuenta a la hora de su reparación. No podrá ser idéntico el tratamiento de una hernia inguinal indirecta en un sujeto joven con buen desarrollo muscular en la zona del conducto inguinal y una resistente fascia transversal, que en un anciano con gran debilidad de la pared posterior del conducto, de sus formaciones musculares y del ligamento inguinal. Gran parte de las hernias son distintas entre sí, y, por lo tanto, lo será la solución quirúrgica que tengamos que darle.

Pretendemos revisar algunos aspectos actuales de este viejo y siempre nuevo problema que consideramos de interés práctico.

II

La utilización del ligamento de Cooper en la reparación del conducto inguinal (herniorrafias tipo Lottheisen - McVay). — Suelen dividir los autores ingleses el amplio capítulo del tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales en dos períodos o eras: hablan en este sentido de la "era de Bassini" (1880-1921) y de la "era de Gallie" (1921 en adelante). Aunque la introducción por GALLIE de su método de sutura con tirillas de fascia tuvo en los países anglosajones amplia difusión, no creemos que justifique su emparejamiento con un período de la importancia del que abrió BASSINI con su operación. La era de BASSINI llega hasta nuestros días, mientras que las otras aportaciones, entre ellas la de GALLIE, representan aspectos parciales de su idea general.

Mayor trascendencia tuvieron las ideas de MCVAY y ANSON, por lo que significaban como totalmente opuestas a la tesis fundamental de BASSINI. Basados en unos cuidadosos estudios anatómicos de la región inguinal realizados por MCVAY, cirujano, en colaboración con el anatómico ANSON, establecieron claramente que el ligamento inguinal no es la inserción de la fascia transversalis, de la aponeurosis del transverso ni de la aponeurosis del oblicuo menor, sino que sus relaciones con estas estructuras son simplemente de contigüidad: las formaciones antedichas se insertan realmente en el ligamento público superior o ligamento de Cooper.

Puntualizados estos hechos anatómicos, deducen estos autores que resulta errónea la utilización del ligamento inguinal, formación no dotada de fijeza, para la fijación de unas estructuras que normalmente no se insertan en ella. Parece lógico deducir que es el ligamento de Cooper la zona indicada para la sutura de las capas abdominales que recubren el conducto inguinal. Aunque la idea de utilizar el liga-

mento de Cooper en el tratamiento de la hernia inguinal pertenece a LOTHEISEN (1898), se debe, sin embargo, MCVAY y ANSON el gran predicamento que ha adquirido en los últimos años.

Las ventajas aducidas por los defensores de esta operación son:

a) Se trata de una operación fisiológica, puesto que el músculo oblicuo menor es esfínter del anillo interno cuando se halla bien insertado sobre el ligamento de Cooper.

"RAINS (1951), en una interesante aportación a los principios de la cirugía de la hernia inguinal, ofrece una interpretación anatomo-fisiológica de los trabajos anatómicos de ANSON y MCVAY; para él los músculos oblicuos menor y transverso, insertándose en el ligamento de Cooper, formarían a modo de un puente muscular sobre los vasos femorales, cuyo pilar externo sería la fascia del iliopsoas y el interno el ligamento de Cooper; la contracción de este puente determina la obturación de la región inguinal ("shutter action")."

b) Respeta la anatomía normal de la región.

c) Hace posible el tratar con la misma técnica tanto las hernias inguinales (directas o indirectas) como las crurales.

Considerable número de cirujanos, sobre todo anglosajones, se han adherido al criterio de MCVAY y han comenzado a ofrecer largas series de hernias inguinales operadas según esta técnica.

Sin embargo, este procedimiento, pese a sus ventajas de principio, presenta una serie de inconvenientes que han sido claramente expuestos por ZIMMERMANN:

a) Parece poco evidente que el error fundamental, como quiere MCVAY, de la herniorrafia clásica de BASSINI, estriba en la utilización de un ligamento inguinal móvil, con posibilidad de desplazarse hacia arriba, en cuanto se suturen a él los músculos oblicuos menor y transverso; ello implicaría que las recidivas serían casi siempre crurales, al quedar dilatado el anillo crural por ascenso del ligamento inguinal, cuando no sucede así. Resulta difícil comprender que la sutura en una zona fija como el ligamento de Cooper obvie este inconveniente.

b) Desde el punto de vista técnico es una operación más difícil y con mayores probabilidades de lesionar los vasos femorales.

c) La interposición de los vasos femorales impide el cierre lateral del canal inguinal a nivel del ligamento de Cooper, precisamente en la zona más afectada por las hernias indirectas. Para evitar esto, HARKINS sutura la porción lateral de los músculos oblicuo menor y transverso al ligamento inguinal, es decir, hace un procedimiento mixto entre el Bassini y el McVay.

d) La firme fijación de los músculos a nivel del ligamento de Cooper puede provocar una excesiva tensión en éstos con la consiguiente necrosis muscular.

De la consideración conjunta de las ventajas e inconvenientes es lógico deducir que nos encontramos ante un procedimiento que puede ser útil en bastantes casos, pero que no puede ser el procedimiento único para todos. De esta opinión es incluso HARKINS después de haber realizado una serie de 294 herniorrafias con esta técnica; para él estaría indicado su empleo en los siguientes casos:

- a) Hernias recidivadas.
- b) Hernias directas.
- c) Hernias crurales.
- d) Hernias indirectas en pacientes ancianos con debilidad del triángulo de Hesselbach.

El criterio de HARKINS parece, quizás, demasiado amplio; para la reparación de las hernias recidivadas resulta preferible la plastia cutánea total, según MAIR, y sobre todo para las hernias indirectas de los ancianos con gran debilidad del triángulo de Hesselbach. En los casos en que el ligamento inguinal ofrezca pocas garantías para la fijación de la plastia (operación en recidiva, ancianos, etc.) conviene utilizar el ligamento de Cooper (ZAVALETA).

Resumiendo, la operación de Lottheisen-Mac Vay no es la única operación para el tratamiento de la hernia inguinal, pero puede ser la mejor operación en algunos casos: el problema está en saber encontrar su indicación justa.

III

La plastia cutánea ("Whole Skin - Graft") como método de reparación en las hernias inguinales (Operación de Mair).—El empleo de injertos (auto y heteroinjertos) para la reparación de las zonas débiles del conducto inguinal después de la extirpación del saco herniario no es un hecho nuevo. Refiriéndonos, concretamente, a los autoinjertos, recordemos los trasplantes libres aponeuróticos en forma de parche (KIRSCHNER) o tirillas (GALLIE) y los pediculados de iguales características, respectivamente (WANGENSTEN y MCARTHUR).

La piel, desprovista de epidermis, fué ya usada por LOEWE (1913) y REHN (1914), entre otros. Los resultados no fueron lo suficientemente buenos para aconsejar su utilización en mayor número de casos.

En 1938 el cirujano inglés G. MAIR utilizó por vez primera un fragmento de piel completa para la reparación de una hernia cicatrizal. A partir de entonces introdujo paulatinamente el procedimiento en la reparación de toda clase de hernias, preferentemente en la hernia inguinal. Sus resultados han sido publicados en una serie consecutiva de trabajos. Otros cirujanos comenzaron a ensayar la técnica, publicándose largas series por STRAHAN (1950), MARSDEN (1948) y ZAVALETA (1950), entre otros.

La plastia de MAIR se basa en la demostración clínica y experimental de que no es necesaria la extirpación de la epidermis del injerto

para introducir éste bajo la piel con garantías. La colocación del injerto a tensión provoca la degeneración del epitelio, y su eliminación, como pudo comprobar MAIR, que sucedía a fragmentos de piel colocados en defectos artificiales producidos en la fascia lumbodorsal del conejo. El temor a la infección provocada por el epidermis séptico y a la formación de inclusiones no parece lógico después de los resultados obtenidos.

El estudio histopatológico de injertos extraídos por algún motivo intercurrente ha demostrado lo que ya se sabía experimentalmente: la transformación de aquéllos en un resistente tejido fibroso.

Hace un año que en nuestro Servicio se ha comenzado a utilizar la plastia de MAIR para el tratamiento de algunos tipos de hernias (recidivadas y hernias de ancianos con gran debilidad de las estructuras inguinales). La técnica de la intervención es la siguiente:

1. *Condiciones y preparación de la piel a utilizar.*—La piel a utilizar como injerto se consigue de la misma zona inguinal; es necesario que sea sana. La distensión provocada por el saco herniario, en muchos casos, proveerá de más piel de la necesaria; cuando se trata de recidivas herniarias, no hay inconveniente en utilizar como injerto la zona cicatrizal.

MAIR aconseja la limpieza previa de la piel con jabón, cepillo duro y, finalmente, alcohol durante tres días antes de la operación; éste fué el procedimiento que seguimos en los primeros casos; posteriormente, siguiendo el consejo de STRAHAN, utilizamos un sólo día de preparación. En los últimos siete casos nos hemos limitado a la limpieza rutinaria de la noche anterior a la intervención, añadiendo a ésto el mantenimiento del injerto en un recipiente con alcohol yodado durante el tiempo que dure la liberación y extirpación de saco, así como la exposición de los planos de la región. En estos casos no hemos tenido ninguna infección y la herida operatoria ha curado con normalidad.

2. *Anestesia.*—La mayor parte de los cirujanos anglosajones que han utilizado la plastia de MAIR la realizan bajo anestesia raquídea, y sobre todo general, con curare (STRAHAN). Sin perjuicio de sentar su indicación en ciertos casos (sujetos obesos con dificultad para la exposición de planos, timoratos, etc.), hemos empleado sistemáticamente la anestesia local con novocaína asociada a sueño crepuscular con escofedal. La inyección subdérmica del anestésico facilita la obtención del injerto. Esta misma anestesia ha sido utilizada en sus casos por ZAVALETA.

3. *Obtención del injerto.*—El injerto se consigue mediante una incisión elíptica que rodea la línea sobre la que habitualmente se hace la apertura de la piel para el tratamiento de la hernia inguinal. Se coloca una pinza de Allis o de Kocher en el extremo inferior de la elipse

cutánea y se comienza su despegamiento del plano del tejido adiposo por medio de bisturí: para facilitar el despegamiento se apoya sobre el borde radial de la mano izquierda la superficie cutánea del injerto sosteniendo su extremo inferior entre el pulgar y el índice. Obtenido éste se coloca en el interior de un recipiente que contenga alcohol yodado, en el que permanecerá hasta que se termine la primera fase de la operación (exposición y liberación del saco, extirpación, reconocimiento de zonas débiles y preparación del lecho del injerto).

4. *Preparación del lecho del injerto.*—Conviene cuidar con especial atención la hemostasia para evitar la formación de hematomas.

Las estructuras que han de ser individualizadas y correctamente expuestas son: ligamento inguinal hasta su inserción en la espina pubiana, el oblicuo menor y el transverso junto con la aponeurosis del recto. Siempre que sea posible deberá hacerse un primer plano de fruncimiento de la fascia transversalis, sobre todo

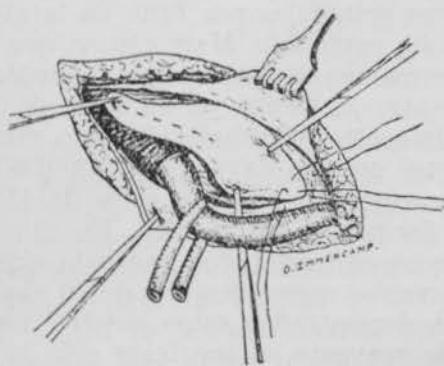


Fig. 1.

cuando se haya tratado previamente un saco directo. Si existe conjuntamente el saco directo con otro indirecto, preferimos no abrir el primero, sino el segundo, a partir del cual se invagina el saco directo (maniobra de Hoguet). Siempre es conveniente introducir el dedo por el saco indirecto para efectuar la palpación de la zona del triángulo de Hesselbach y comprobar sus puntos débiles.

5. *Colocación del injerto.*—Decidida la colocación del injerto procedemos a la limpieza de éste, privándolo hasta lo posible del menor resto de tejido adiposo: para ello lo mejor es utilizar una tijera de Mayo. El injerto se maneja colocando una pinza de Kocher en cada extremo de la elipse y otras dos en los puntos medios de cada arco.

Se pasa el injerto con la superficie cutánea hacia arriba bajo los elementos del cordón, aislado en la forma habitual por un tubo delgado de goma, con un extremo hacia la espina del pubis y otro hacia el anillo inguinal interno. Se comienza fijando el extremo interno o inferior (redondeado previamente con un corte de tijera) con dos puntos de seda, catgut crómico o algodón (nosotros utilizamos seda en casi todos los casos); los puntos se fijan al

ligamento inguinal en su inserción pubiana y a la aponeurosis del recto en esta misma inserción; es mejor anudarlos entonces para dar fijeza al injerto y facilitar su posterior colocación (fig. 1). Alternativamente se van colocando puntos que fijan el borde superior y el inferior del colgajo de piel al tendón conjunto y al ligamento inguinal, respectivamente. Al pasar la aguja de sutura por el injerto conviene

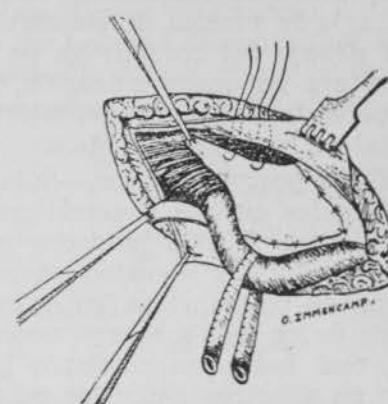


Fig. 2.

estirar mucho éste para que quede fijado a gran tensión. Cuando se alcanzan en esta fijación las proximidades del anillo inguinal interno se incide la extremidad externa del injerto de modo que se obtengan dos pedículos entre los cuales se pasará el cordón (fig. 2); se siguen cosiendo los bordes superior e inferior del injerto hasta sobreponer unos cuatro centímetros del orificio inguinal interno y se ter-

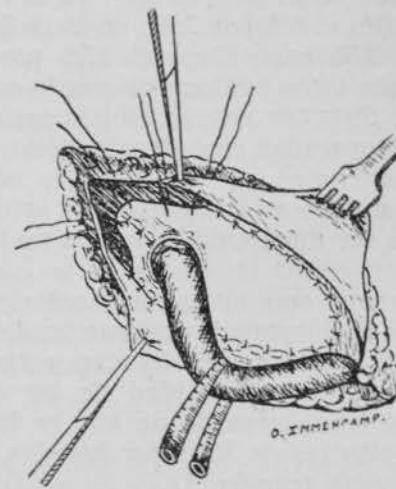


Fig. 3.

mina cosiendo entre sí los dos pedículos del injerto de modo que el cordón salga a través de un orificio: ha de cuidarse que éste sea lo suficientemente amplio para no producir su estrangulación (fig. 3).

STRAHAN, que presentó en 1950 una serie de 413 operaciones según la técnica de MAIR, muestra una variante en la manera de colocar el injerto: no abre el colgajo de piel en su extremidad externa para dar paso al cordón, sino

que permite la salida de éste por un orificio situado entre el borde inferior del injerto y el ligamento inguinal: lo hace así porque le parece técnicamente más fácil, al mismo tiempo que evita el suturar injerto con injerto. Hemos verificado esta modificación en un caso con buen resultado.

Por encima del injerto se sutura la aponeurosis externa; en nuestro Servicio, donde se utiliza casi sistemáticamente la modificación de Kirschner a la técnica de Bassini, la suturamos por debajo del cordón; ha de cuidarse que esta sutura no quede a tensión, pues entonces se perdería la tirantez del injerto, punto fundamental de la técnica de MAIR.

6. *Cuidados postoperatorios.*—Sólo difieren de los habituales en que sistemáticamente se inyecta penicilina (50.000 unidades cada tres horas) durante los tres a cuatro primeros días.

El tiempo de permanencia en cama era en un principio de un mes a mes y medio; posteriormente, casi todos los cirujanos lo fueron acortando; en nuestros casos los enfermos se levantaron y dieron sus primeros pasos a partir de los once a doce días.

7. *Complicaciones.*—Nos referimos aquí tan sólo a las achacables a la presencia del colgajo cutáneo. La presencia dentro de los tejidos de la región inguinal de un colgajo cutáneo, potencialmente séptico, pese a su preparación, hace temer en principio la supuración de la herida operatoria. La experiencia amplia de varios cirujanos demuestra que esta posibilidad no es demasiado frecuente. En la serie de MAIR (149), se dió en el 3,3 por 100; en la de MARDSEN (163), en el 6,1 por 100; en la de PATERO y ZAVALETA (135 casos), en el 0,74 por 100. Si comparamos estos tantos por ciento con el obtenido por SHELLEY en una amplia serie (1.668) de hernias operadas con otros métodos (3,5 por 100), encontramos que la diferencia no es exagerada ni mucho menos y que aún este porcentaje podrá ser disminuido con una mejoría técnica.

En relación con el criterio restringido de nuestro Servicio para la utilización de la plástica de MAIR (hernias recidivadas y hernias de ancianos con gran debilidad de las estructuras), en el transcurso de un año se han practicado 15 plástias de Mair por hernias inguinales recidivadas (cuadro I).

Sólo en un caso hubo infección persistente durante dos meses a través de un pequeño orificio situado en la extremidad inferior de la herida. Un desbridamiento amplio de la herida operatoria, sin tener necesidad de remover el injerto, consiguió la curación total. De los 15 casos operados sólo en tres se presentó fiebre en los tres o cuatro primeros días del curso postoperatorio, que cedió con facilidad a la penicilina.

Otra de las posibles complicaciones ligadas al uso del injerto de piel total es la formación

CUADRO I

HERNIAS INGUINALES RECIDIVADAS OPERADAS SEGUN LA TECNICA DE MAIR

Caso núm.	Tipo de recidiva	Fiebre en el post-operatorio	Evolución de la herida	Tiempo de estancia en la clínica
1	Superior.	No.	Normal.	11 días.
2	"	Si.	Infección.	40 d as.
3	"	Si.	Normal.	15 días.
4	"	No.	Normal.	13 días.
5	"	No.	Normal.	15 días.
6	"	No.	Normal.	13 días.
7	Inferior.	No.	Normal.	12 días.
8	Superior.	No.	Normal.	11 d as.
9	Inferior.	No.	Normal.	11 días.
10	"	Si.	Normal.	12 días.
11	Superior.	No.	Normal.	10 días.
12	Inferior.	No.	Normal.	11 días.
13	Inferior.	No.	Normal.	12 días.
14	Inferior.	No.	Normal.	11 días.
15	Inferior.	No.	Normal.	12 días.

de quistes epiteliales por fallo en la absorción del epitelio enterrado. MAIR estima que el riesgo de formación de quistes por inclusión es insignificante; MARSDEN, en su serie de 163 casos, estima esta eventualidad como rara, siendo de igual opinión ZAVALETA y URIBURU. STRAHAM encuentra en su gran serie de 413 casos 15 con formación de quistes. En ninguno de nuestros casos (casi todos han sido explorados durante varios meses después de su operación) han sido demostrados estos quistes. La mejor forma de prevenir su aparición está en tensar fuertemente el injerto para ayudar a la degeneración del epitelio.

En un 20 a un 30 por 100 (ZAVALETA) de los casos suele presentar una tumefacción transitoria de la herida; esta tumefacción la hemos anotado en dos casos (incluido el que desarrolló una infección posteriormente). Nos ha sorprendido el hecho de que desde que utilizamos el método de limpieza del injerto anteriormente descrito (inmersión en alcohol yodado durante el tiempo que dura la preparación del lecho para el colgajo) las heridas no han presentado ninguna manifestación reaccional de intolerancia.

La operación de MAIR no alarga demasiado el período postoperatorio. Todos nuestros casos fueron dados de alta de los trece a los catorce días con heridas de aspecto totalmente normal (salvo el enfermo que tuvo que volver a ingresar para tratar su proceso supurativo).

El último aspecto que nos interesa señalar es el de las recurrencias después de la plástica de Mair; el corto número de los casos operados en nuestro Servicio con esta técnica y el escaso tiempo transcurrido no nos permite sacar conclusiones. Sin embargo, contamos con la amplia experiencia de otros cirujanos. Conviene advertir, en principio, que todos estos datos han de ser tomados con reservas dada la

cuantía y variabilidad de los factores que entran en consideración cuando se trata de valorar estas estadísticas (cirujanos, calidad del material humano utilizado, criterio de revisión, etcétera).

En el siguiente cuadro, tomado de STRAHAN, se encuentran expuestos los porcentajes de recurrencia en los distintos cirujanos que han utilizado la plastia de Mair y se compara también con el tanto por ciento de series en que se utilizaron otras técnicas:

CUADRO II

Cirujano	Método	Número de operaciones	Por 100 de recidivas
MARSDEN.....	Mair.	163	9,6
MAIR.....	"	149	Menos de 1.
STRAHAN.....	"	370	6,8
ZAVALETA.....	"	135	0,7
HARKINS.....	Mc Vay.	367	Menos de 1.
MAINGOT.....	"Floss-silk".	1.000	3
SHELLEY.....	Varios.	2.902	8,8

Como puede verse, la recurrencia ni es mayor que la que suele obtenerse con los métodos más habituales ni tampoco sensiblemente menor. Sin embargo, considerando el material en el que se ha utilizado preferentemente la plastia de Mair (recidivas, hernias de ancianos con gran debilidad de las estructuras inguinales), los resultados han de ser estimados como excelentes (STRAHAN).

Creemos que en la actualidad la plastia de Mair puede ser abiertamente recomendada para el tratamiento de todas las recidivas de hernias inguinales y para aquellas hernias en las cuales los tejidos presenten una gran debilidad y carencia de poder plástico, como son preferentemente las hernias de los ancianos.

La técnica operatoria es fácil, no alarga demasiado la intervención y el curso postoperatorio, si se guardan ciertas normas, suele terminar en el tiempo habitual para este tipo de intervenciones sin incidentes.

RESUMEN.

La técnica operatoria de la hernia inguinal peca de excesiva sistematización en gran parte de cirujanos. Conviene el conocimiento de otros procedimientos que puedan ser útiles en especiales circunstancias. En este sentido los autores revisan la técnica de MCVAY (herniorrafias con utilización del ligamento de Cooper) y la de MAIR (plastia cutánea con piel completa). Esta última técnica está siendo utilizada en el Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla para el tratamiento de las hernias recidivadas; los resultados son muy alentadores.

BIBLIOGRAFIA

- HARKINS y SCHUG.—Arch. Surg., 55, 689, 1947.
MAIR.—Brit. J. Surg., 32, 381, 1945.
MAIR.—Brit. J. Surg., 34, 42, 1946.
MARSDEN.—Brit. J. Surg., 35, 390, 1948.
MC VAY y ANSON.—Surg. Gyn. Obst., 74, 746, 1942.
RAINS.—Brit. J. Surg., 39, 211, 1951.
STRAHAN.—Brit. J. Surg., 38, 276, 1950.
VÁZQUEZ, M. J.—Prensa Méd. Argent., 38, 1.674, 1951.
ZAVALETA y URIBURU.—Surg. Gyn. Obst., 91, 157, 1950.
ZIMMERMANN.—Surg. Gyn. Obst., 87, 621, 1948.

SUMMARY

The modern techniques based on plastics for the surgical treatment of inguinal hernia are described. Their success and possible complications are analysed.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht die modernen Plastikanwendungen zur chirurgischen Behandlung des Leistenbruches, wobei die Erfolge und etwaigen Komplikationen analysiert werden.

RÉSUMÉ

On expose les modernes techniques du traitement de l'hernie inguinale à base de plasties, en analysant leurs succès et leurs probables complications.