



# REVISTA MEDICA

---

## DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS  
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CARAS"

Director  
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción  
DR. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO

DR. CARLOS SAENZ HERRERA	DR. JORGE VEGA RODRIGUEZ
Ministro de Salubridad Pública	Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA  
Director del Hospital "San Juan de Dios"

### Sumario

Un estudio sobre las Hernias  
Traumáticas Indemnizables.  
por el Dr. Fernando Saborio  
Esquivel . . . . . 97

SAN JOSE — COSTA RICA

DIRECCION Y ADMINISTRACION:

Apartado 378

Calle 2ª, Avenida 2ª y 4ª

Teléfono 2928

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo X

San José, Costa Rica, Mayo de 1951  
No. 205

Año XVIII

## Un estudio sobre las Hernias Traumáticas Indemnizables

*Apreciación y crítica de una experiencia de cuatro años adquirida en un servicio de cirugía para asegurados contra accidentes de trabajo.*

Por el Dr. Fernando Saborío Esquivel

Las taras morbosas constitucionales pueden ser agravadas e hipertrofiadas por el trabajo. LAZARTE.

Es este estudio el exponente de una inquietud de orden quirúrgico social, si se quiere, que aspira fundamentalmente a orientar actitudes y procedimientos erróneos, dispensados a nuestros pacientes de hernia y operados en nuestro Servicio de Cirugía, como asegurados contra accidentes de trabajo.

Son estas reflexiones el producto de una observación de cuatro años vividos dentro de un servicio quirúrgico en relación directa e íntima con una Institución de Seguros, de cuyo personal médico también tengo el honor de formar parte. Y en asunto que me atañe tan de cerca, pienso que mi sentir es ecléctico porque no podría jamás olvidar al paciente accidentado y sub-estimar su precencia ante ninguna institución.

El propósito, abolir un sistema que ha degenerado en una conducta médica absurda de la cual se acusará al cirujano en la primera oportunidad. Pues que en medicina industrial y con asegurados, un trabajo y una técnica impecables se traducen en beneficios para los pacientes y para las instituciones aseguradoras. Sírvanos pues, la multitud de casos operados por nosotros durante cuatro años, de todas clases de hernias, para hacer un análisis y establecer una conducta definida tanto diagnóstica, como médico-legal y terapéutica: desde luego no en un sentido absoluto, que en medicina no existe, sino con un método racional y de efectos limitados como lo exige también un Instituto Nacional de Seguros.

En la práctica quirúrgico-legal de los accidentes de trabajo, nos encontramos frecuentemente con lo que llamaremos "pre-

textación". Esta, que no debe confundirse con la simulación, se explica en el hecho de que una lesión indudable hasta ser grosseira, se atribuye casualmente a un accidente que dará derecho a atención médico-quirúrgica y tal vez a una indemnización, cuando la realidad de su causa en verdad es distinta y carece de repercusiones más allá de una institución de seguros.

Dicha pretextación no siempre será dolorosa, no siempre será para engañarnos y sorprender a una entidad de seguros. Puede hasta realizarse de buena fe, porque el trabajador tiene el firme convencimiento de que su lesión, en nuestro caso una hernia, ha tenido por causa eficiente y determinante un percance en su trabajo.

Declaremos desde ahora que damos por sabido que sólo una historia clínica completa permite afirmar si el abultamiento comparable a un tumor, que se reclama o alega como hernia; que se continúa a través de un anillo herniario con un pedículo que penetra en la cavidad abdominal, debe ser considerado como hernia congénita o si se ha desarrollado a continuación de un traumatismo; si se ha producido violentamente después de una rápida demacración o, si existe constipación crónica, bronquitis o enfermedades prostáticas de los viejos, que por añadidura presentan viceroptosis, y finalmente tratándose de pacientes del sexo femenino, si reconoce como causa repetidos embarazos.

Nuestra primera impresión y práctica corriente en el interrogatorio al accidentado para realizar su mínima historia clínica y formular diagnóstico, es el atribuir poco valor, hasta hacerlo tal vez negativo, al síndrome doloroso. Se dice con razón, que una legítima hernia por esfuerzo, no puede dejar de provocar un dolor muy fuerte en el momento y zona de su aparición. Por lo cual, una de las claves de nuestro razonamiento destinado a aceptar o a descartar la alejada vinculación causal, consiste justamente en la investigación desmenuzada del síntoma dolor. Esta averiguación, infortunadamente, es realizada siempre en forma superficial, con poco afán clínico-detectivesco como decía el recordado Maestro Castañeda; en forma superficial y con interrogatorio poco propedéutico, desairando bases fundamentales, que no desconocemos para la elaboración de un diagnóstico. El más sencillo de todos... el sintomático.

Capital entre estos elementos es el hecho de que nuestro accidentado pudiera o no continuar inmediatamente trabajando, después de la aparición brusca y dolorosa de una hernia. O ejecutar sin tropiezos determinados movimientos y actitudes. O desempeñar tareas que el dolor debió forzosamente inhibir, hasta impedir las. Este razonamiento por supuesto, debe fundarse sobre la premisa tácita de que nuestro paciente presente una sensibilidad dolorosa normal. En la mayoría de los casos, pese a la

---

necesidad lógica de comprobarlo se omiten estas investigaciones, por la sencilla razón de que cuando el accidentado se presenta al médico, acepta si se le interroga, la historia de un dolor, o lo manifiesta explícitamente, o se queja en la actualidad de dicho dolor.

Asimismo pertenece el estudio del diagnóstico diferencial de la hernia traumática, la historia de un sobre esfuerzo brusco, que viene a ser el traumatismo. Esfuerzo violento que excede el del trabajo efectuado usualmente, o bien, dentro de éste, todo esfuerzo excesivo para la resistencia física del individuo en cuestión. Tomando en cuenta muy principalmente toda contracción y distensión súbitas é intensas de los músculos abdominales, en actitudes inadecuadas del cuerpo.

Hemos de recordar una clasificación fundamental en traumatología: Agresiones directas é indirectas. En un sujeto que antes ha sido sano y normal, ni por una ni por otra forma de injuria se origina la hernia. En cambio, por un traumatismo indirecto la mayoría de las veces, una predisposición herniaria se transforma realmente en una hernia, y es en este proceso, por la distensión peritoneal por desplazamiento hacia un saco herniario o pellizcamiento a través de un pequeño anillo, donde el dolor que acompaña el fenómeno es tan intenso, que el paciente ha de abandonar su trabajo y recurrir a nosotros casi inmediatamente.

De aquí que, con razón, estas dos circunstancias simultáneas: dolor y esfuerzo violento (en nuestro caso traumatismo indirecto), deben de considerarse como demostración de hernia traumática, porque como expondremos más adelante prácticamente todos los cirujanos están de acuerdo que las hernias producidas por una violencia externa y directa, suficiente para desgarrar o romper tejidos suaves son extremadamente raras.

Me he referido a la predisposición herniaria (constitucional) y conviene en este estudio exponer algunas consideraciones al respecto: Por predisposición herniaria se comprende una serie de condiciones anatómicas, gracias a las cuales, la presión intra-abdominal es factor determinante para producir una hernia, que podemos considerar perfectamente de origen traumático, porque el esfuerzo en traumatología es sinónimo de trauma indirecto y porque bajo las condiciones en que nos llegan nuestros accidentados, sin previo examen físico en el momento de asegurarse, no podríamos prejuzgar o eliminar la posibilidad de predisposición herniaria: una meioprosia congénita o adquirida de los músculos y aponeurosis, asociada a dilatación y persisten-

---

cia incompleta y anormal de conductos y trayectos "herniófilos" si se me permite el término.

La experiencia científica demuestra que la dilatación anormal de un orificio herniario y el descenso de la hernia se producen gradualmente; este proceso dura quizá muchos años y no produce dolor ni molestias, el sujeto mismo puede no darse cuenta de nada. Cuando el desarrollo de esta "punta de hernia" ha alcanzado un cierto grado, cada esfuerzo, cada ocupación cotidiana puede provocar la prociencia de la hernia. La causa de ella no está entonces en esa ocupación, donde la hernia se hizo aparente, sino a la que precedió a la constitución y al desarrollo gradual, y por lo tanto, no sentido de la disposición a la hernia. Pero, en estos casos la aparición de hernia tiene lugar sin dolor o por lo menos sin signos graves aparentes, distintamente a lo que sucede cuando un orificio o conducto de dimensiones normales es brusca y violentamente dilatado por la presión intra-abdominal al realizar un esfuerzo extraordinario.

Pero nos sucede a nosotros con algunos asegurados que nos manifiestan dolores vagos al realizar esfuerzos mal definidos, que al introducir nuestro dedo explorador en el conducto inguinal en cuestión y al hacerlos toser, calificamos el choque característico, en orificios dilatados, como "punta de hernia". Diagnóstico que nos conduce a una operación con todas sus secuelas y repercusiones hasta de orden psíquico. ¿Se trataba de un accidente de trabajo? No indudablemente. Es simplemente la manifestación al abdomen físico de una predisposición hernitaria. Pero repito, nuestro asegurado ha sido expuesto a todos los riesgos de una intervención quirúrgica, a desocupación durante tres meses, complicaciones ulteriores, psicosis de renta, etc., etc.

En el examen físico debemos recordar que la hernia originada en un traumatismo es pequeña, su tamaño máximo puede ser igual al de un huevo de gallina; el saco herniario es delgado, no apreciable por la palpación; el orificio herniario de un tamaño que calificaremos de mediano. Las vísceras herniarias, al levantarse el paciente no siempre hacen protusión, pero tampoco se reducen inmediatamente al colocar al accidentado en decúbito. Es por consiguiente esta clase de hernia poco movable, sin haber extrangulación necesariamente o evidencia de equimosis, sensibilidad y edema. (en el caso de traumas directos), la que debe orientar nuestro pensamiento por su origen traumático.

Para admitir asimismo, la posibilidad de hernia traumática no deben existir en la piel signos de haberse usado un braguero. Y digo desde ahora "admitir la posibilidad", porque existe una re-

serva muy sabia de la Institución, que nos habla de diagnóstico post-operatorio, capaz de confirmar o desechar un diagnóstico inicial por el hallazgo de condiciones patológicas especiales en los tejidos y que ningún cirujano debe desconocer: Forma, tamaño, color, estructura macroscópica del saco, cuyos cambios histológicos denotan la cronicidad del padecimiento o la irritación de un braguero. Reductibilidad o irreductibilidad del contenido herniario que acusan una situación reciente o antigua, quizás muy posterior a la fecha declarada del presunto accidente.

La consideración de todas estas circunstancias, nos permiten decidir si la hernia se ha producido por traumatismo, o sea por sobreesfuerzo súbito. Nunca podremos ir más lejos en nuestras afirmaciones. Sabemos que la transformación realmente traumática de la predisposición herniaria en verdadera hernia, justifica que el obrero sea indemnizado en forma equitativa; por la operación radical, que puede confirmar nuestro diagnóstico pre-operatorio y que también, en última instancia, sabría desecharlo por el hallazgo de las condiciones tisulares patológicas ya mencionadas.

Se sabe que la mayor parte de las hernias traumáticas son hernias inguinales externas. Pero en nuestra práctica rutinaria se ha atribuido generalizando idéntica etiología, el origen traumático a toda clase de hernias; como ya lo observaremos en la casuística, en donde las hernias inguinales internas o directas, y aún las hernias umbilicales, inaceptables como traumáticas, se han acogido a todos los beneficios de un seguro; pudiendo en todo caso, aceptar entonces la acción coadyuvante de un trauma en la aparición de las hernias epigástricas.

Piensen Johnstone y algunos otros autores norteamericanos, que tanto las hernias como la llamada "espalda o cintura industrial" (dolor dorsolumbar indefinido atribuido a los esfuerzos), no pueden ser considerados como accidentes de trabajo en el verdadero sentido de la palabra, aunque su presencia en el trabajador sea invariablemente atribuida a la actividad ocupacional. Sostienen también, que las causas de hernia son bien conocidas por todos los médicos y las opiniones diagnósticas son unánimes; la causa o causas son bien conocidas e invariables desde hace muchos años. No así el aspecto legal desde el punto de vista médico-social. Y claman porque la actitud legal sea esclarecida, o el presente estado de cosas sufra una nueva clasificación, porque en determinados estados de la Unión las leyes de trabajo no mencionan específicamente las hernias, y en otros se afirma rotundamente que una hernia consecutiva a un esfuerzo en el trabajo, es

un padecimiento indemnizable; con incapacidad temporal para trabajar que varía entre cuatro y seis semanas, después de la intervención quirúrgica.

Imbert ha propuesto una clasificación arbitraria, basada en la historia clínica y en la exploración física, efectuadas inmediatamente después del accidente tenido como responsable. Las clasifica como "hernias de force" y "hernias de faiblesse".

Caracteriza la "hernia de force" en la forma siguiente: Es la resultante de un esfuerzo inusitado, mayor que el realizado en el trabajo de rutina. O esfuerzo que ocurre en el instante en que el accidentado se encuentra en una posición anormal o forzada. Un ejemplo, es el del caso de los hombres que transportan por sus extremos una pesada tuca y que inesperadamente cae, porque alguno soltó el extremo. El peso y la fuerza de la pieza será soportada, en un momento dado, por uno de los obreros, que como consecuencia sufre un dolor inguinal agudo y malestar general. Una sensación de angustia y quizá algunos escalofríos lo obligarán a abandonar su trabajo minutos después. Al examen físico de la hernia de fuerza, inmediatamente después de ocurrido el accidente, el médico encontrará una región inguinal o un conducto inguinal muy sensibles, dolorosos y un pequeño tumor duro y difícil de reducir. Excepcionalmente, equimosis. Finalmente la hernia será unilateral.

Las características de una "hernia de faiblesse" son diametralmente opuestas a la del grupo anterior. La pared abdominal puede ser muy depresible, dando idea de poco desarrollo músculo-aponeurótico, o notarse una vieja cicatriz quirúrgica. Podría tratarse de un abdomen péndulo. La hernia puede ser doble, aunque más pronunciada en el lado del supuesto accidente. Al cambiar el sujeto en estudio, del decúbito supino a la posición erecta el dolor producido por el descenso visceral moderado. La hernia o hernias son de tamaño algo más grande que mediano; el anillo inguinal externo es perfectamente permeable y el curso del canal es directo, sin sinuosidades en su curso. En el momento de la operación, el cirujano encuentra que la fascia longitudinal del músculo oblicuo mayor tiende a separarse en sus fibras y finalmente, que la pared anterior del conducto inguinal no existe.

Berger ha señalado los siguientes signos que indican en la mayoría de los casos, la probable existencia de una hernia anterior al accidente alegado como responsable de la misma:

1)—Hernias escrotales y públicas de gran tamaño, más

grandes que un huevo de gallina, y siempre que el accidente no haya ocurrido antes de un año a la aparición del tumor.

2)—Hernias inguinales que admiten el pulgar o dos dedos del médico que explora.

3)—Hernias con presencia de omento en su saco.

4)—Cambios en la estructura del abdomen debidos al uso prolongado de un braguero.

Como observamos, el problema diagnóstico-legal, pretendiendo por cada autor ser esquemático se vuelve confuso, y llegamos así a la convicción de que el término "hernia traumática", es erróneo por ser poco descriptivo y explicativo en su estricta acepción. Desde este punto de vista, estamos de acuerdo con Mock en llamar a las hernias comprobadas como resultante de un trauma en accidente de trabajo, "Hernias Compensables".

Opina Kessler, que cuando se ha establecido definitivamente el diagnóstico de hernia traumática o compensable, debe inmediatamente determinarse la indemnización. Y decide el mismo Kessler que cada caso sea definido en forma individual. Alegando que algunos hombres quedarán inutilizados para la realización de labores pesadas, mientras que otros pacientes efectuarán cualquier trabajo, aún con el riesgo de una extrangulación o de una recidiva post-operatoria.

Mock asegura que cualquier hernia disminuye un veinticinco por ciento la eficiencia general de un obrero. Y aquí observamos el error en que incurre Mock al no tomar en cuenta y especificar el tipo de hernia, el tipo de paciente, su edad, su trabajo, etc.

Creo que no existe un procedimiento justo para poder determinar una incapacidad física en relación con el trabajo, incapacidad producida por esta clase de accidente y, que el proceder más equitativo, es el nuestro. Indemnización mediante una cura radical y reposo post-operatorio con goce de medio salario en el medio familiar, es decir fuera del hospital. La mayoría de nuestros pacientes recuperan rápidamente su integridad física, y por ende su eficiencia para el trabajo talvez en un 95%. Por lo que creo que se exagera al concedérseles tres meses de inactividad después de operados. Y digámoslo de una vez, nuestro índice de recidivas ha sido bajo hasta el momento, pues que en una larga serie de Coley el promedio de recaídas operatorias es menor del 5% y, estoy seguro de que nuestro porcentaje no será mayor. Anticipemos también, que nuestra mortalidad ha sido de cero.

En nuestra práctica, una hernia recidivante se interviene siempre en el momento oportuno y únicamente tendré ocasión de citar un único caso de dos recidivas, en que el obrero finalmente fué beneficiado con una indemnización por impedimento físico parcial.

Y a propósito de indemnizaciones e incapacidades he de repetir que prácticamente todos los cirujanos se muestran de acuerdo en que las hernias producidas por una violencia suficiente para desgarrar o romper tejidos suaves son extremadamente raras. Y será entonces evidente, por lo tanto, que si esta definición de hernia traumática fuese aceptable y el paciente protegido por la atención quirúrgica y tiempo post-operatorio de recuperación, muy pocos casos disfrutarían del beneficio de un seguro contra estos accidentes de trabajo.

Tan estricta definición e interpretación pareciera que guarda el propósito tácito de no garantizar una atención quirúrgica efectiva, y menos aún indemnización por incapacidad parcial permanente en determinados casos de hernia. Este último sentir lo demuestran algunos autores americanos y franceses, lo cual denota una duda experimentada por todo cirujano en materia de hernias y la lucha de algunos para renovar principios tan discutidos.

En nuestro código del Trabajo leemos los artículos siguientes: Artículo 215—Únicamente se considerarán hernias que dan derecho a indemnización.

a)—Las que aparezcan bruscamente a raíz de un traumatismo violento sufrido en el trabajo, que ocasione roturas o desgarramientos de la pared abdominal o diafragma y se acompañen con un síndrome abdominal agudo y bien manifiesto, y

b)—Las que sobrevengan en trabajadores predispuestos como consecuencia de un traumatismo o esfuerzo, siempre que éste sea violento, imprevisto y anormal en relación al trabajo que habitualmente ejecuta la víctima.

Artículo 216—Para la declaración de la incapacidad producida por una hernia, de no estimar el patrono o la entidad aseguradora que se trata de una de las comprendidas en el artículo anterior, el juez ordenará que se levante una información médica, que deberá concluirse dentro del término más perentorio posible, esta información abarcará por lo menos los siguientes extremos, salvo que no fuere factible llenar algunos de ellos.

a)—Los antecedentes personales del sujeto observado y los resultados de los exámenes anteriores que haya sufrido;

b)—Las circunstancias del accidente referidas por el paciente y confirmadas plenamente por los testigos, si los hubiere,

puntualizando la naturaleza del trabajo a que se dedicaba la víctima; la posición exacta de ésta en el momento del accidente; si estaba cargado el trabajador al efectuar el esfuerzo a que se refiere la producción de la hernia y la clase de ese esfuerzo.

c)—Los síntomas observados en el momento del accidente y en los días sucesivos, comprobando muy especialmente si se produjo un dolor brusco cuando el hecho ocurrió; su localización y condiciones; si fué precisa la intervención inmediata de un médico y el tiempo que duró la suspensión de las faenas o labores del hernioso, caso de haber sido necesaria dicha suspensión, y

c)—Los caracteres de la hernia producida: los relacionados con el examen detenido del estado de integridad funcional de la región afectada y de la pared abdominal y, si los hubiere, los deducidos de los reconocimientos que posteriormente se hayan practicado en el lesionado.

A continuación transcribo una explicación de las reformas que introdujo el Código de Trabajo vigente, a la ley número 53 del 31 de enero de 1925 sobre reparación sobre accidentes de Trabajo: "Las hernias por ejemplo, reconocen generalmente como causa una predisposición natural, cuyos efectos se manifiestan en cualquier momento, sin que tengan en tal caso las lesiones origen en el trabajo o, concretamente, en el esfuerzo que con motivo de éste haga el trabajador. En consecuencia, ni siquiera pueden considerarse como agravación causada por el ejercicio de las labores ya que, aún sin la realización de éstas también habrían ocurrido. Por otra parte, pocas cosas tan propicias a simulaciones y demandas indebidas como las hernias". Y continuó transcribiendo de "Aspectos Teóricos y prácticos de los Riesgos Profesionales"... "De aquí la urgencia de reglamentar, como lo hace el proyecto que estudiamos, los reclamos que se basan en roturas o desgarramientos de la pared abdominal o del diafragma, dictando normas como las de los artículos 215 y 216"...

Se reconoce pues, que las hernias generalmente son el efecto de una predisposición natural. Recordemos entonces que hemos reconocido como predispuestos a los portadores de "punta de hernia" y propongamos de una vez el rechazo como accidente de trabajo indemnizable con tratamiento quirúrgico, a los sujetos que presenten este signo.

Observamos así mismo como curiosidad, que nuestros asegurados y el Instituto se acogen constantemente al artículo 215. Amparándose los unos y aceptando el otro muy inexactamente el decir de dicho artículo. El artículo 216, sabio en todos sus incisos, jamás ha sido objeto de atención por parte de patronos

---

o de la entidad aseguradora, y la declaración de la incapacidad producida por una hernia, es la aceptación descuidada del médico del decir del asegurado, aceptando también como satisfactorio un mal examen físico; como se demostrará en la exposición de los siguientes casos y su comentario; que es el reflejo de una situación bien expresada en datos estadísticos que también he de exponer con el mayor detalle posible.

Caso 18055. H. L. C. De 26 años de edad. Motorista. Hospitalizado el 30 de agosto de 1943, por hernia inguinal derecha. Su historia dice: que al levantar una escalera, hizo un esfuerzo y sintió dolor en la ingle. No se hizo examen físico.

Hubiera sido muy útil puntualizar su posición al levantar la escalera; el peso de ésta y determinar en cuál ingle sintió el dolor, porque es el caso que el paciente fué dado de alta como curado el 21 de diciembre de 1943, con Bassini derecho practicado el 15 de noviembre anterior, y un traslapo de fascia en la región inguinal izquierda efectuada el 11 de diciembre. Efectivamente, el motorista que levantó una escalera, abandona el Hospital con diagnóstico final de hernia bilateral.

Bajo la historia clínica o caso número 18425 H. L. C., reingresa al Hospital el 8 de octubre de 1945, con diagnóstico inicial de recidiva de hernia inguinal bilateral. En esta ocasión, según el interrogatorio, sucede que al hacer un esfuerzo resbaló y sintió dolor en las ingles formando hernias. El examen físico declara abdomen de musculatura floja. Operado el 18 de octubre, sutura por planos, según hoja operatoria, es dado de alta el día 19 de noviembre de 1945, como curado de recidiva de hernia inguinal izquierda. La atención médico-hospitalaria de este paciente costó ₡1004,40 y estuvo incapacitado para trabajar ciento once días.

Caso 6057. R. A. S. V. Edad 28 años. Operador de Diessel. Fumador. Apendicectomizado en 1940. El 28 de marzo de 1944 es internado en nuestro Servicio, con diagnósticos de entrada y salida: Hernia inguinal izquierda. Operado con la técnica de Bassini, existe un diagnóstico post-operatorio del cirujano operador de punta de hernia inguinal izquierda. Como consecuencia, dice el enfermo, "de que al levantar una tapa de la bomba de agua, sintió dolor en la ingle izquierda". Con un interrogatorio tan sucinto y un examen físico que no se hizo, dicha "punta de hernia" cuesta a la Institución aseguradora ₡887.30 y al patrono y obrero 103 días de incapacidad del segundo.

Caso 8243. S. B. M. 39 años de edad. Profesión: tipógrafo.

**Antecedentes patológicos:** Hace diez años sufrió de hernia inguinal derecha. Internado en el Servicio el 3 de Mayo de 1944 por hernia inguinal izquierda. Sale el día 10 del mismo mes y en idéntico estado por rehusar la intervención quirúrgica. Resulta que levantando una caja de tipos de imprenta, sintió dolor en la región inguinal derecha. El examen físico acusa: Hernia izquierda e informa que ya fué operado de hernia inguinal derecha.

En este caso se nota la falta de datos clínicos. Pero de toda suerte, se trata de un individuo operado diez años antes de hernia inguinal derecha; de un sujeto con una profesión definida, hernioso, que levanta una caja pesada. El Instituto Nacional de Seguros nos aclara, porque es dato que falta en la historia del Hospital, que el accidente inculpada ocurrió el 29 de Abril, y no sino hasta cuatro días después que el paciente se presentó a nuestro Dispensario par ser internado. En vista de que rehusó la operación y por razones que desconozco, el Instituto le hizo una indemnización de ₡508.20 y le reconoció 81 días de incapacidad. Conocida nuestra política en este asunto, es verosímil que el paciente recibiera el beneficio de un impedimento físico parcial y unos días de reposo.

**Caso 20862. V.S.U.—**Bodeguero de 20 años de edad. Ingresa a nuestro Servicio el 13 de noviembre de 1944 con diagnóstico de Punta de Hernia inguinal derecha. Alta como curado, el 2 de diciembre del mismo año; mismo diagnóstico.

Resulta que el 11 de noviembre de 1944, según el interrogatorio, al levantar un saco de maíz que estaba en el suelo, sintió dolor agudo en la región inguinal derecha. No existe examen físico en la historia del Hospital.

A la operación practicada el 18 de noviembre, se encontró un pequeño saco herniario libre. Tiene un valor la indemnización de esta punta de hernia de ₡286.50 y 114 días de incapacidad física para sus faenas.

**Caso 22097. C.L.M.M.** 22 años de edad. Empleado de Comercio. Llega al Servicio el 4 de diciembre de 1944 con diagnóstico de entrada de hernia inguinal izquierda. Su historia nos relata que levantando un bulto de arroz, sintió como una quemadura en la región inguinal izquierda. El examen físico denota una punta de hernia a través del anillo izquierdo.

Practicada la herniotomía, el cirujano encuentra un pequeño saco herniario, sin contenido ni adherencias. En este caso, como en todos, hay pobreza de datos clínicos y operatorios en las historias. Se sabe únicamente con exactitud, que estuvo incapaz

---

citado para trabajar durante 109 días y que el Instituto pagó como consecuencia directa de la intervención ₡450.20.

Caso 4679. I. R. V. de raza negra y 26 años de edad. Jornalero. Antecedentes no patológicos: tabaquismo y etilismo. Primer ingreso al Servicio el 12 de marzo de 1945 para tratamiento de hernia inguinal derecha. Su historia: Alcanzando un saco resbaló y sintió dolor en la ingle derecha. Cura radical efectuada el 20 de marzo. Explica el cirujano en la hoja operatoria, haber encontrado un pequeño saco herniario, que no fué abierto. Alta como curado el día 3 de abril de 1945.

Según historia clínica del Hospital, número 18590 Reingresa al Servicio el 11 de octubre del mismo año; con diagnóstico de recidiva de hernia inguinal derecha por esfuerzo. En el interrogatorio, explica el enfermo que al levantar un carro, sintió dolor y un abultamiento en la cicatriz operatoria. Reintervenido el 20 de octubre de 1945 por el procedimiento de Bassini, el hallazgo quirúrgico un saco herniario grande, amplio y libre de adherencias. Alta del Hospital el 31 de octubre de 1945.

En el presente caso cabría juzgar como error de técnica haberse abstenido de erradicar el saco herniario en la primera intervención, lo que verosíblemente abocó a la recidiva. La atención médica quirúrgica de este accidentado tuvo un costo de ₡1199.55, habiendo sufrido una incapacidad para desempeñar su trabajo de 224 días.

En los dos casos siguientes que presentamos, se trata de hernias umbilicales; siendo el segundo paciente un hernioso típico.

Caso 5257. T. D. D. de 24 años. Internado en el Servicio el 22 de marzo de 1945. Diagnóstico inicial: Hernia epigástrica. Sale curado del Hospital el 5 de abril siguiente, con diagnóstico final de Hernia umbilical. Según el enfermo, su hernia apareció después de levantar un peso grande del suelo. Al examen físico se describe una tumoración abdominal que aumenta con los esfuerzos. El cirujano que lo operó describe las lesiones encontradas del modo siguiente: Saco herniario pequeño, sin adherencias y lipoma pre-herniario. Este caso cuesta al Instituto ₡139.20 y 42 días de incapacidad para trabajar; Caso 20995. D.C.P. Jornalero de 48 años, y en cuya historia clínica consta como antecedente patológico, que ha estado internado en el Hospital en dos ocasiones por hernia inguinal derecha. D.C.P. es decididamente un enfermo hernioso. Ingresó como pensionista y en observación por hernia umbilical el 20 de noviembre de 1945. Se le concede el alta como curado, el 8 de enero de 1946, después de sufrir una herniorrafia abdominal el día 27 de diciembre del año anterior. Re-

lata su accidente al interrogatorio de la siguiente manera: El 12 de noviembre de 1945, en la descarga de la aduana de Puntarenas, al hacer un esfuerzo sintió malestar en la región umbilical. A la inspección, se observa un tumor umbilical que aumenta con el esfuerzo. En el acto operatorio se habla también de lipoma pre-herniario. Este paciente costó al Instituto ₡943.85, y al Ferrocarril al Pacífico un obrero ausente, talvez por falta de previsión, durante 133 días.

Caso 6117. R.C.C. 48 años de edad. Jornalero. Según el Instituto Nacional de Seguros, el accidente sufrido por el asegurado ocurrió el 26 de enero de 1945. Y su ingreso al Hospital, con diagnóstico de hernia inguinal derecha, sucede el día 4 de abril de 1945. Dice la historia clínica, que haciendo un esfuerzo sintió dolor en la ingle (no sabemos de qué lado). El examen físico manifiesta únicamente: hernia inguinal derecha. Operado el 9 de abril de 1945, se aprecia un saco herniario grande con lipoma pre-herniario.

Se trata de una hernia de "faiblesse", de un estado crónico, si puede admitirse, ya que hasta lipoma herniario encuentra el cirujano en el momento operatorio. Estado que explica el tiempo transcurrido que pudo permitirse este obrero, entre la fecha del accidente incalculado y el momento en que se decide a quejarse al patrono: para recibir el beneficio de un seguro que costó ₡518.10 y 114 días de incapacidad.

Caso 10808 W.M.S. 29 años. Jornalero. Entra al Hospital el 13 de junio de 1945 admitido con diagnóstico de ingreso de hernia inguinal directa probablemente traumática. Cura radical practicada por uno de nosotros el 27 de junio. Alta como curado el 11 del mes siguiente. Su historia: El 9 de junio de 1945, subiendo por una escalera ésta se cayó y recibió una contusión en la región inguinal derecha. Según diagnóstico post-operatorio, se trata de una hernia inguinal derecha con saco herniario pequeño.

En primer término choca el diagnóstico de ingreso al Servicio. No obstante la probabilidad del accidente, el obrero es acogido a los beneficios de una operación fundándonos exclusivamente en el decir del paciente, quien debió ser rechazado como portador de hernia traumática indemnizable, ya que se trataba de una hernia inguinal directa, producida por una contusión directa (hecho extraordinario), al caer de una escalera. Sin presentar signos de lesión por golpe en los tegumentos del bajo abdomen. El asegurado costó en total ₡776.10 y 112 días de inutilidad física para desempeñar sus labores.

---

Caso 11537. J.R.M. Pensionista del Hospital. Administrador de una fábrica de maicena. 64 años de edad. He aquí su historia clínica: Ingresó al Servicio el 25 de junio de 1945. Sin diagnóstico de entrada o inicial. En su interrogatorio dice Hernia inguinal. El examen físico es nulo. Operado el 27 de junio de 1945 por el método de Bassini-Barker, se realiza una cura radical. Abandona el Hospital como curado el 10 de julio del mismo año y con diagnóstico de salida de Hernia inguinal (no especifica al lado). La indemnización es de ₡429.15 con 78 días de incapacidad para trabajar.

Este caso lo he presentado como un modelo de Historia Clínica mal llamada "Cartulina" en el Hospital San Juan de Dios, de documento defectuoso por falta de preocupación médica para anotar y dejar constancia de datos importantísimos en un documento de la trascendencia de una Historia Clínica.

Caso 13826. U.P.M. Edad 26 años. Jornalero. Admitido como paciente interno el 30 de julio de 1945, por hernia inguinal izquierda. Sale curado con idéntico diagnóstico final el 10 de setiembre de 1945. Resulta que el 14 de julio de 1945, al alzar una tuca para colocarla en el carro de un aserradero, sintió dolor en la ingle izquierda. Examen Físico: Hernia inguinal izquierda. El 3 de agosto de 1945 se opera, encontrándose un saco herniario biloculado.

Lamentamos que la pobreza en datos positivos de esta historia clínica no nos permita fundamentar la justificación de una intervención en el caso de una hernia que pudo haber sido traumática en su origen.

Caso 13961. O.M.Q. de oficio mecánico, con 19 años de edad. Ordenado su internamiento al Hospital el día 31 de julio de 1945, por punta de hernia traumática inguinal derecha. Dado de alta del Servicio, como curado el 13 de agosto de 1945 y con diagnóstico final de hernia inguinal derecha. El interrogatorio es sucinto y dice: Haciendo un esfuerzo, sintió dolor en la ingle derecha. El examen físico habla de botón herniario inguinal derecho. El reporte operatorio de las lesiones encontradas, del 3 de agosto de 1945, confirma el diagnóstico de ingreso: Punta herniaria.

Este caso pues no es accidente de trabajo y el valor de la indemnización asciende a ₡549.95 con 95 días a medio salario.

Caso 17463. A.F.C. De 35 años y jornalero. Ingresó para

ser operado el 22 de setiembre de 1945 por hernia inguinal (?). Ha padecido y fué operado por hernia inguinal derecha hace once años. Relata que desde hace un mes se le formó una hernia del lado izquierdo. En el examen físico, el médico anota que ha padecido de cólicos hepáticos, que es un antecedente patológico personal. El día dos de octubre de 1945, se practica herniotomía izquierda. Como lesiones encontradas, se describe un saco herniario del tamaño de un huevo de gallina, libre de contenido intestinal. El cirujano operador da el siguiente diagnóstico post-operatorio: Hernia traumática. Alta el 13 del mismo mes.

Es dudoso que se pueda calificar de hernia traumática con toda certeza a una lesión herniaria ocurrida desde un mes antes al acto operatorio, y para colmo en un sujeto con antecedentes herniosos.

Caso 21784. M.S.M. 25 años de edad. Jornalero que llega al Hospital por hernia inguinal derecha, el 4 de diciembre de 1945. Sale curado con idéntico diagnóstico veinte días después. El obrero ha dicho que al alzar una caja muy pesada sintió fuerte dolor en la ingle derecha y después de eso un abultamiento. Examen físico: abultamiento en la parte inferior derecha del abdomen al hacer un esfuerzo. En la herniorrafia practicada el día 13 de diciembre, el cirujano encontró un saco herniario pequeño; hernia indirecta.

Es muy posible que en este caso se trate de una hernia traumática indemnizable. El accidente costó ₡533.15 y 99 días de reposo obligado.

Caso 582. V.R.R.N. Electricista. 45 años de edad. En 1930 sufrió un shock eléctrico por accidente de trabajo. Fecha de ingreso al Hospital: 9 de enero de 1946. Diagnóstico de entrada: Hernia inguinal izquierda. Fecha de salida, con igual diagnóstico: 23 de enero del mismo año. El 6 de enero de 1946 sufrió una caída hacia atrás, sintiendo un dolor en la región izquierda; con aparición de una tumoración que desaparece en la posición de decúbito. Examen físico: Hernia inguinal izquierda. El 11 de enero de 1946: Herniotomía izq. ; encontrándose un saco herniario grande y libre de adherencias.

Si las hernias inguinales producidas por este mecanismo son muy raras, por qué no se investigó detalladamente la historia de este accidente cuyo costo fué de ₡388.10 con 25 días de incapacidad para trabajar. El examen físico denota una punta de hernia inguinal izquierda.

Hé aquí un caso curioso:

Caso 1266. M.A.N.S. 19 años, Jornalero. El 19 de enero lo ingresamos al Hospital (año 1946) con diagnóstico de hernia inguinal izquierda. Dice su historia que al hacer esfuerzo sintió un fuerte dolor en la parte inferior del abdomen, lado izquierdo. Intervenido el paciente el 31 de enero de 1945, en plan de una cura radical, se encuentra, dice el operador: Pequeño saco de hernia indirecta. Además, pequeño saco de hernia directa sin contenido abdominal.

Caso. 2738. T.M.V. Jornalero de 19 años de edad. Este paciente al levantar una tuca "sintió un ardor en la ingle derecha y al día siguiente notó una tumoración". El examen físico declara únicamente abdomen suave.

Aunque la historia clínica no lo señala, los documentos del Instituto Nacional de Seguros hablan del día 6 de febrero de 1946, como fecha del supuesto accidente. Ingresó este paciente al Hospital el 12 de febrero, es decir, seis días después. Intervenido por uno de nosotros, por hernia inguinal derecha: se describe en el momento de la operación un saco herniario muy grande, bilobado y lipoma pre-herniario. Alta, curado, el 5 de marzo de 1946.

Nuestra interrogación es la siguiente: ¿Es posible que una hernia inguinal muy grande, con lipoma pre-herniario, sea originada por lesión traumática aguda y reciente; que al paciente le produce solamente un ardor inguinal, que se manifiesta al día siguiente por una tumoración, que permite al accidentado quedarse en casa o continuar sus faenas por seis días más?

Caso 4510. A.L.G. De 26 años. Tractorista. Enviado al Servicio por uno de nosotros el día 11 de marzo de 1946. Operado con la técnica de Bassini el 21 del mismo mes. Alta como curado el 1 de abril siguiente. El paciente nos relata que "al recibir un golpe en la ingle derecha, (el 6 de marzo de 1946, según datos del Instituto, porque la historia del Hospital no lo dice) se le formó un abultamiento, que antes de eso nunca lo había sentido". Examen físico: Hernia inguinal derecha. Las lesiones encontradas en el acto quirúrgico son: Saco grande, con divertículo y pequeño lipoma pre-herniario.

Llama inmediatamente la atención, que considerándose de bona fide tal hernia, como de origen traumático directo, no existen al examen físico, o por lo menos no lo dice la historia, señales de contusión, desgarró, dilaceración, equimosis, edema, ni siquiera la menor excoriación en la región inguinal derecha. Y

---

nuevamente la ya repetida objeción: Saco herniario grande, con lipoma pre-herniario, Signos de cronicidad en contraposición con un período muy corto transcurrido entre la fecha del accidente y el momento quirúrgico. No, este caso no debió indemnizarse con gastos que ascendieron a ₡1004,25 y con 93 días de incapacidad.

Caso 3304 D.R.B. 47 años. Como antecedente patológico personal, se sabe que hace veintiún años fué operado de hernia (?). El 6 de diciembre de 1945 realizando un esfuerzo, sintió que le abultó algo en la ingle, en donde con anterioridad ha sentido sensación de ardor. Al examen físico: Hernia inguinal izquierda. Ingresa al Hospital, enviado por nosotros el 21 de febrero de 1946, con diagnóstico de hernia inguinal izquierda. Herniotomía izquierda el 6 de marzo del mismo año. Hallazgo operatorio: Saco herniario grande y bilocado. Alta, curado, el 18 de marzo de 1946.

Desgraciadamente, en historia clínica tan defectuosa, por incompleta, se ignora qué clase de hernia padeció veintiún años atrás. De todos modos, se trata de un hernioso viejo, qué cosa extraña! . . . primero, después del esfuerzo, "sintió que se le abultó algo en la ingle en donde con anterioridad ha sentido sensación de ardor" Este paciente deja transcurrir un lapso de setenta y siete días para internarse en el Hospital y, naturalmente podría haber dejado pasar más tiempo, porque casi podemos afirmar que se trataba de una vieja hernia crónica, grande, biloculada; que fué cómodo imputar a su accidente del 6 de diciembre de 1945, si es que realmente hubo tal accidente, no comprobado por información formal. La indemnización a este caso costó . . . ₡627.00 y 96 días de incapacidad física para trabajar.

Caso 5787 M.N.V. La historia clínica es la siguiente: Se trata de un luético de 46 años de edad, quien sufre también de alcoholismo crónico. Ingresa a nuestro Servicio el día 29 de marzo de 1946, con diagnóstico inicial de Hernia operada, formada nuevamente por traumatismo. (Caída de una escalera). Sale curado el 13 de abril de 1946, después de una quelotomía practicada el 30 de marzo anterior. Las lesiones encontradas fueron: Hernia crural extrangulada. Ganglio inguinal del mismo lado del tamaño de una ciruela. El interrogatorio y el examen físico no existen en la historia del Hospital.

La discusión de este caso es interesante. Se trata de un luético con una recidiva de hernia crural. Y todos los autores denotan su acuerdo en negar en la gran mayoría de los casos el origen traumático, directo o indirecto, de las hernias crurales; con

más razón tratándose de un hombre. Así el Doctor Silveyra Reyes nos dice: " la hernia crural excepcionalmente podrá considerarse como traumática; descartando la violencia externa, fuera muy pequeña y perteneciente al tipo de la incompleja (profunda, por debajo de la fascia cribiformis. Prácticamente todos estos herniosos cuando concurren al primer examen son portadores de hernias voluminosas y completas ó subcutáneas), siendo de franca debilidad". Este último aserto lo prueba la recidiva de nuestro caso, recidiva que para colmo es la causa de una extrangulación.

En este caso, la situación planteada, nos llevó desde una intervención de urgencia con todos los riesgos directos é indirectos que pudiera entrañar, hasta el fallecimiento por peritonitis u otra causa. Y resultó que en dicho caso, lo que ocurrió con motivo del accidente no sería la propia hernia recidivante, sino un síndrome de extrangulación, no pudiendo considerarse a la herida médico-legalmente, sino como una condición de predisposición, esto es, como una concauca preexistente al síndrome mencionado y a sus consecuencias.

Caso 8493. R.Z.H. Brequero de 27 años de edad. De su historia clínica se desprende que hace dos años padece de hernia inguinal izquierda. Ultimamente, después de haber hecho un esfuerzo notó un pequeño abultamiento en la región inguinal derecha. Examen físico: Nulo. Fué internado por cuenta del Instituto en el Hospital el día 13 de mayo de 1946, en donde se le reconoció una hernia inguinal bilateral. Intervenido quirúrgicamente el 16 de mayo de 1946 por el procedimiento de Bassini. Se especifica en la hoja operatoria que se hizo quelotomía bilateral simultánea y que la hernia derecha es de origen traumático. Alta como curado el 28 de ese mismo mes.

Descartada la posibilidad del origen traumático por la bilateralidad de la lesión inguinal. La ausencia del síntoma dolor en el interrogatorio de este paciente, que hizo un esfuerzo anormal el 24 de abril de 1946 (fecha del Instituto) y se internó para tratamiento quirúrgico hasta el 13 del siguiente mes. La ausencia de molestias subjetivas obligaba e imponía un estudio cauteloso y detenido, pues que la salida de una hernia inguinal derecha se verificó sin violencia. En realidad, el fenómeno no era más que una fase de la evolución de un estado anatómico preexistente en el hernioso, evolución sobre la cual el más mínimo esfuerzo, tenía únicamente un efecto muy secundario.

Caso 8589. A.D.M. Edad aparente 65 años, pero dice tener 54 años de edad. Jornalero. Fumador consuetudinario, de

---

aspecto senil. Viejo tosedor crónico de torax enfisematoso. Asma bronquial según opina el neumólogo. Nos dice el paciente que el 2 de mayo de 1947, cargando una lancha, al levantar un peso, sintió dolor en ambas regiones inguinales y aparición de una tumoración en el saco escrotal. Primer tiempo operatorio: 9 de mayo de 1947-Herniotomía inguino-escrotal derecha. Segundo tiempo operatorio: el 30 de mayo del mismo año. Plástica izquierda. Alta al siguiente mes, como curado. Según historia clínica número 16560, nueva estancia en el Hospital, entre los meses de agosto a octubre de 1947 por recidiva de hernia inguinal bilateral, que sufre el 15 de julio de ese año, y aparentemente sin haber realizado ningún esfuerzo considerable, ya que en esa época todavía no había reiniciado sus labores de rutina. Se reopera la hernia derecha el día 7 de octubre de 1947, únicamente, porque durante su estancia en el Servicio sufrió de bronconeumonía hipostática o gripal. Así, se concede el alta para enviarlo al lugar de su origen, Puerto Limón, en donde por condiciones de su estado pulmonar y de clima, se aconseja se le opere la recidiva izquierda. Finalmente se decide, sin tratar quirúrgicamente la hernia izquierda, beneficiar al paciente con una incapacidad parcial permanente; a lo que obliga su estado general, pulmonar y su enfermedad herniosa.

El tratamiento de este paciente costó la suma de ₡3714.55 con una incapacidad inicial de 285 días, más una indemnización parcial permanente, sobre su incapacidad física integral.

En este caso recaen también las observaciones del Doctor Silveyra Reyes. Como en el caso del asegurado A. D.W., falta un elemento considerado como esencial por este autor y otros americanos, para juzgar el origen traumático de las hernias indemnizables, cual es el de ser "necesariamente unilaterales". Este caso, también, es ejemplo típico de hernia de "faiblesse" en un viejo, cuyos tejidos músculo-aponeuróticos nos recuerdan la policarencia y, de ribete asmático enfisematoso.

Caso 11960. H.M.R. Ingresó al Hospital el 25 de julio de 1947, por recidiva de hernia inguinal izquierda. Operado por nosotros el 2 de julio de 1947, con diagnóstico pre-operatorio de hernia inguinal directa izquierda. En el saco herniario, pequeño y sesil, encontramos contenido intestinal del transversal adherido. Alta, como curado, el 10 de julio de 1947.

Anotemos en primer término, que en la historia clínica no existen datos de interrogatorio, pero el Instituto Nacional de Seguros nos enteró de que el 19 de junio del mismo año, recibió

un golpe en la ingle (?), presentando una punta de hernia inguinal izquierda, por la cual fué operado y reoperado por recidiva con un costo para la Institución de ₡723.95 y una incapacidad de 96 días para reanudar su trabajo.

Podemos colegir con lo explicado, que una hernia inguinal directa, imputada a una contusión directa, sea una hernia traumática reciente, si hasta contenido intestinal adherido presentaba?

En el deseo de no alargar este trabajo con más observaciones clínicas, expongo algunos datos para quien pueda interesarse en la búsqueda de otras historias clínicas. Casos todos operados por mí y que sufren o adolecen de iguales o peores errores, mereciendo por ende críticas más severas.

Caso 5700. G.M.C. del 20 de marzo de 1947.

Caso 8097. R.A.R. del 15 de mayo de 1947.

Caso 10274. J.L.G. del 2 de junio de 1947.

Caso 10461 R.R.F. del 6 de junio de 1947.

Caso 20941. A.J.S. del 31 de octubre de 1947.

Caso 10192. F.C.S. del 28 de junio de 1948.

Caso 20782. C.L.V. del 29 de noviembre de 1948.

A continuación deseo dar a conocer a quien me lea dos cuadros que pueden dar una buena idea del total de accidentados con hernias, intervenidos por nosotros, etc., en un lapso de cinco años. de 1944 a 1948.

Frecuencias de los accidentes con hernias en los últimos cinco años 1944 a 1948.

Año	Total accidentes registrados	Casos con hernias.
1944	10.895	19
1945	10.174	24
1946	10.573	23
1947	11.543	21
1948	10.737	15
<b>TOTALES</b>	<b>53.922</b>	<b>102</b>

El total de accidentes registrados comprende el número de accidentes de trabajo, ocurridos en el país y atendidos en su

mayoría en el dispensario del Instituto Nacional de Seguros y en el Servicio que dentro del Hospital San Juan de Dios mantiene aquella Institución.

### HERNIAS

102 casos de hernias en cinco años (1944—1948), con un total de gastos de ₡63.377.50 y con 6.202,5 días de incapacidad.

Clase de hernias	Valor reclamos.	Días incap.	Total.
Hernias umbilicales	₡ 953.50	113	2
Hernias inguinales	43.005.00	4.187	70
Puntas de hernias inguinales	10.218.00	1.070.5	18
Hernias inguino-escrotales	4.280.00	333	3
Hernias epigástricas	833.80	97	2
Recidivas de hernias	2.199.45	270	4
Hernias congénitas	1.295.80	32	1
Hernias no especificadas	41.80	5	1
Puntas de hernias no especific.	549.95	95	1
<b>TOTALES</b>	<b>₡3.377.50</b>	<b>6.202.5</b>	<b>102</b>

Incapacidad temporal	82		
Nº suspendieron el trabajo	5		
Abandonaron tratamiento	1	Casos tratados por	
Nº accidentes del trabajo	5	el Instituto	89
Nº amparados por la ley	7		
Se curó por cuenta propia	1	Casos no tratados	
Incapc. parcial permanente	1	por el Instituto	13
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>102</b>		<b>102</b>

Gasto promedio por cada caso tratado por el Instituto ₡712.11  
Días de incapacidad, promedio por cada caso tratado 69.69

### CAUSAS DEL ACCIDENTE

Levantando un peso	52%
Haciendo un esfuerzo	24%
Al caerse	11%
Recibiendo un golpe	12%
Chapiando	1%
Viajando a caballo	1%
Sin explicación	1%

## CONCLUSIONES

Haciendo un resumen de lo dicho y una recapitación de los casos observados y comentados, podemos formular las conclusiones siguientes:

El manejo, atención y consideración del obrero hernioso, asegurado en el Instituto Nacional de Seguros, es erróneo e injusto en determinados aspectos para la Institución.

Las historias clínicas, que substancialmente deben comprender un interrogatorio minucioso y un examen físico muy detenido de estos accidentados, carecen de toda propedéutica. De aquí la miseria de los documentos hospitalarios, en función con estas observaciones.

Ausencia en nosotros de deseo de hacer investigación clínica para desentrañar factores importantes: Existencia de hernia previa al accidentado entre manos. Interrogatorio clínico sagaz para distinguir shock, dolor, tiempo de aparición tumoral, mecanismo y relación con el accidente, etc.

Olvido de nuestra parte de que las hernias abdominales como las hernias de disco intervertebral, más que accidentes de trabajo, son enfermedades constitucionales. Y, que la hernia, como enfermedad, siempre nos presentará el antecedente de un saco herniario preformado. Hernias que desde luego, pueden ser agravadas por accidentes de trabajo. Por ello, la necesidad de llevar una corta historia clínica de cada asegurado contra riesgos profesionales. De ser posible pensar en un ensayo o experiencia; comenzar con un grupo determinado y escogido, a quien se pueda investigar antecedentes personales; clase de labores que realiza, etc. Antecedentes patológicos: hernias, intervenciones, accidentes anteriores, enfermedades, etc. Y examen físico enfocado especialmente a la exploración de puntos herniarios.

Necesidad de eliminarle al obrero predispuesto los efectos agravantes, mediante el procedimiento de la terapia ocupacional.

Existe negación de nuestra parte al olvidar o desconocer que casi únicamente las hernias inguinales indirectas son las subsidiarias en alto porcentaje de los traumas de índole indirecto. Ser más cautelosos es lo que cabe, en la aceptación de hernias inguinales directas, puntas de hernia, hernias crurales, umbilicales y toda clase de diastasis musculares del abdomen.

En ningún momento, en ningún caso he visto a los médicos de la Institución hacer uso del derecho que se reserva el médico de dispensario, cual es de cambiar el dictamen inicial de un hernioso, después de practicada la operación. Personalmente tampoco lo he hecho.

---

Y es lo cierto, que aunque en muchas ocasiones el operador no podrá calificar un determinado tipo de hernia, o confirmar su edad por la simple observación del saco, adherencias o contenido; puede el patólogo informarnos sobre el estado de fibrosis, peritonitis crónica, etc., del mismo. Descubriéndose así la agudeza o cronicidad del padecimiento. Es de recordarse, no obstante, que una hernia vieja achacable a un accidente reciente, podría irritada e inflamada simular una hernia joven, cuyo tipo de contenido no ofrece ningún indicio, pero que persiste a pesar de toda una prueba del tiempo, viable y constante; la fibrosis del saco. Así si el trauma productor de una hernia fuese según nuestro criterio causa dudosa como factor determinante y eficiente de la lesión, su comprobación no debería ser relegada a investigaciones médico-quirúrgicas o a medidas especulativas. Deberá ser siempre confirmada por medios clínico-anatomopatológicos.

Existen entre nuestros asegurados contra riesgos de trabajo, una cantidad grande de obreros, que con motivo de exámenes físicos por razones diversas, llega el médico examinador a descubrir "puntas de hernia", que los trabajadores han ignorado. Lo cual confirma el decir médico, de que la hernia es una enfermedad crónica, progresiva, y no una entidad quirúrgica en el sentido patológico, salvo en casos raros.

De acuerdo con la mayoría de los autores, creo que a nuestros operados de hernia, casi sin discriminación, se les confiere un término excesivo de incapacidad para su recuperación. Tres meses a partir del día de la intervención. Los operados de hernia, se afirma, deben reanudar sus labores de rutina a las seis semanas de su salida del Hospital.

### PROPOSICIONES

La lectura de las páginas anteriores, nos conducen a sentar normas que yo me permito recomendar para su consideración a quienes tienen contacto directo con pacientes herniosos asegurados:

1) — Desechar hasta lo posible las hernias umbilicales, epigástricas, crurales, inguinales directas, las llamadas puntas de hernia, las inguino-escrotales bilaterales, las eventraciones postoperatorias y las diastasis de los músculos rectos abdominales reclamadas como accidentes de trabajo.

2) — Aceptar hasta donde sea posible las hernias de origen reciente.

3)—Recordar siempre, que una hernia congénita, constitucional o crónica, de cualquier origen, puede ser agravada (in-carceración), por un accidente reciente, generalmente por traumatismo indirecto: esfuerzo.

4)—No olvidar que los traumas directos (contusiones) son causantes de hernias en contadas ocasiones. Y que la evidencia de estos traumatismos, así como la de los bragueros es definida.

5)—Realizar un interrogatorio metódico y minucioso. Investigar tiempo transcurrido entre el accidente inculpado y la presentación del enfermo al médico. Apreciación y valoración exactos del mecanismo del trauma. Del factor dolor y del cortejo sintomático que lo acompaña inmediatamente después del traumatismo: tumoración herniaria y síntomas objetivos y subjetivos.

6)—Valorizar exactamente los hallazgos al examen físico, a la operación y al examen anatómico patológico post-operatorio.

7)—Enviar sistemáticamente al patólogo los sacos herniarios.

8)—Reconocer desde un principio la inoperabilidad de determinadas hernias traumáticas indemnizables para la concesión inmediata de una incapacidad permanente.

9)—Conceder incapacidad temporal post-operatoria al asegurado, no mayor de seis semanas.

10)—Ejercer el derecho de cambiar un dictamen inicial si los hallazgos operatorios o anatomopatológicos así lo exigen.

#### DATOS BIBLIOGRAFICOS

Cornil Lucien — PROBLEMES DE SELECTION ET D' ACTUALITES MEDICO—SOCIALES. 1948.

Henry Desolte — COURS DE MEDICINE DU TRAVAIL. 1949.

Barahona Streber y Zurcher Acuña — ASPECTOS TEORICOS Y PRACTICOS DE LOS RIESGOS PROFESIONALES. 1943.

American Journal of Surgery. 47. 1949.

Henry H. Kessler — ACCIDENTAL INJURIES. 1941.

Rutherford T. Johnstone — OCCUPATIONAL DISEASES. 1942.

Earl D. Mc. Bride — DISABILITY EVALUATION. 1942.

F. de Quervain — DIAGNOSTICO QUIRURGICO. 1934.

Frederick Christopher — PATOLOGIA QUIRURGICA. 1947.

G. Honigman — DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. 1933.

Rudolf Demel — DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES QUIRURGICAS. 1940.

Beguín — PATOLOGIA QUIRURGICA.