

## NUEVA TECNICA PARA LA CURA RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL

por el Dr. FERNANDO SABORIO ESQUIVEL

*"Y si cualquiera me objetara que este discurso mio es solo compilación de ciertas rapsodias de los antiguos cirujanos, yo gustoso confieso y reconozco que en este Trabajo hay muy poco, por no decir nada, de mi propia invención..."*

JACQUES GUILLEMEAU

Desde que el Instituto Nacional de Seguros me confiara el tratamiento de sus pacientes asegurados, abdominales quirúrgicos, internados en el Hospital San Juan de Dios; uno de los problemas que más vivamente despertó mi interés fue el enfermo portador de hernia inguinal y su curación definitiva. Por mi contacto constante con este padecimiento y por la índole de su importancia desde el punto de vista de La Medicina del Trabajo, hace mucho tiempo me preocupo por los diferentes aspectos que el herniado ofrece.

Hace ya algunos años, presenté a la consideración del Departamento Médico del Instituto Nacional de Seguros un análisis detallado sobre las condiciones quirúrgico-legales en que nos encontrábamos en aquella época. Con la misma inquietud de entonces, respecto al asegurado contra riesgos del trabajo y desde luego expuesto a la formación de hernias y a sus consecuencias: Recidivas, trastornos de sensibilidad local, simulaciones, reacciones psíquicas mantenidas por cicatriz visible, etc., con esa inquietud, abordé el problema de técnica quirúrgica, tomando en consideración hasta el aspecto estético sin menoscabar la comodidad operatoria, bien meditada y valorizada; procurando no infringir ninguna regla quirúrgica establecida: relativa buena exposición, facilidad para la hemostasia, ausencia de maniobras violentas (elongación) por incisión pequeña.

Obvio sería aclarar que es necesario valorizar en cada caso en particular la indicación para este procedimiento quirúrgico, aunque de todas maneras, actualmente y después de haberse discutido en el pasado la diferencia entre hernia directa e indirecta desde el punto de vista de su cura radical, sabemos hoy que los requerimientos anatómicos que han de tomarse en cuenta para el tratamiento cruento de ambos tipos, *son prácticamente los mismos*.

Esta diferencia entre hernia directa e indirecta ha sido precisamente la que en el pasado, constituyó el fundamento del error por omisión de la técnica operatoria. Fue equivocación no reconocer que la génesis de la hernia inguinal no congénita, se realiza siempre a expensas de la fascia transversalis: por ensanchamiento de ésta. Factor clave, que conduce al concepto razonable y básico de la modificación técnica que preconizo; con la excepción en hernias muy pequeñas del adulto, con anillo interno no dilatado, y en las que lo único que se exige para su eliminación es la escisión completa del saco, con ligadura alta en su cuello.

En las hernias indirectas traumáticas, aún las de gran saco, en las que la fascia transversalis, que constituye el anillo interno, se haya roto; en ocasiones desgarrada hasta la espina del pubis por expansión herniaria violenta o progresiva; en las hernias directas, aún voluminosas, lo primera que deberá efectuarse es la reparación de dicha fascia transversalis. Integridad ésta, que debe obtenerse como condición *sine qua non* para evitar el riesgo de recidiva o recalda.

En mis operaciones he podido reconocer como verdad anatómica, la observación de Zimmerman quien recalando la significación de la fascia transversalis, quedó impresionado durante sus disecciones de las relaciones que dicha fascia guarda con el arco inguinal y el ligamento de Cooper. Pues que la aponeurosis transversa no se inserta en el arco inguinal, sino en el ligamento de Cooper. Disposición anatómica que condiciona también fundamentalmente esta técnica modificada, que como se verá luego, decide el aproximamiento de la fascia transversalis al Cooper.

Resumiendo: Es de capital importancia suturar la fascia transversalis en el triángulo de Hesselbach, porque las hernias oblicuas o indirectas tienen su punto débil de emergencia a nivel del anillo inguinal interno. Pues sabemos que en la hernia de esfuerzo, en que el contenido abdominal es forzado bruscamente a través de un conducto peritoneovaginal ya preformado, es la fascia transversalis (que constituye el borde inferior del anillo inguinal interno) la estructura que se desgarrará, permitiendo la salida por el canal peritoneovaginal de la presión o contenido intra-abdominal. Y en la hernia directa, hernia de debilidad de los franceses, el intestino que empuja progresivamente la pared abdominal demasiado débil para resistir el empuje de esfuerzos sumados, provoca la aparición del saco herniario a través de la foseta interna y el anillo inguinal superficial, franqueando directamente de atrás adelante todos los planos de la pared. En este caso, la cura radical requiere que la reconstrucción del piso del conducto

---

inguinal, o sea el refuerzo del ligamento de Colles, sea sólido. Para lo que se aprovecha la aproximación de la fascia transversalis unida al tendón conjunto, al ligamento de Cooper junto con el arco inguinal o de Poupart hasta donde sea posible hacia arriba.

Es pues la unión de dos maniobras: Sutura de la fascia transversalis o su invaginación a nivel del borde inferior del anillo inguinal interno y la aproximación del ligamento de Cooper a la fascia transversalis y a las estructuras vecinas, dentro de una paqueña micro-incisión de piel a fascia de músculo oblicuo mayor, los tiempos operatorios que caracterizan esta técnica, útil tanto para las hernias directas como para las indirectas.

He creído conveniente antes de enumerar y describir en detalle los tiempos de esta operación, considerar los requerimientos mínimos que deben acompañarla.

La anestesia de elección es la raquianestesia, con la cual se obtiene la ausencia casi absoluta de tensión abdominal.

Preferimos material de sutura reabsorbible, la cual presupone la desaparición de cuerpo extraño e irritación consiguiente, con secuela de dolor -post-operatorio tardío y cicatriz viciosa, así como tensión tisural inadecuada y permanente. A propósito de cicatriz, pensamos efectuar la sutura de piel con catgut simple 000 y en pleno corion cutáneo.

Deambulación e inicio del trabajo precoces, con lo cual se evitan las complicaciones ya conocidas, la hipotrofia músculo-aponeurótica, la desadaptabilidad psíquica, etc.

La apertura rutinaria del peritoneo debe efectuarse a nivel del anillo inguinal interno, tanto en la hernia directa como en la indirecta. Permite esta manobra asegurar la no existencia de un saco indirecto que podría pasar desapercibido, permite así mismo, identificar la fascia transversalis evitando el peligro de lesionar la vejiga, los vasos epigástricos y observar el estado del canal femoral. Si se admite, para insistir con la fascia transversalis, que ésta es la "primera cincha" que en la pared abdominal responde a los aumentos de presión intra abdominal, hemos de pensar siempre que la restauración de la integridad de dicha estructura es la clave para una reparación definitiva. Para lograrlo, debe identificarse esta membrana a través de una sección peritoneal o del saco abierto, que a pesar de nuestra microincisión en los planos superficiales, permite por amplio deslizamiento de éstos, visualizar dicha fascia transversalis desde el borde inferior del anillo inguinal profundo hasta la espina pubiana. Esta manobra se facilita practicando la desinserción amplia y cuidadosa del músculo cremaster, de la fascia transversalis, a nivel del anillo interno, con el fin de poder realizar la reparación de la misma previo aislamiento del cordón espermático, y desde luego después de haber eliminado el saco herniario. Incluso es ventajoso extirpar el cremaster, especialmente en los desgarros amplios de la fascia transversalis (hernias directas o hernias de cuello ancho) porque esta operación permitirá fácilmente

identificar los bordes interno y externo de la transversalis y su aproximamiento, sin intervención de fibras cremasterinas.

En las hernias indirectas, con desgarradura mínima de la fascia transversalis a nivel del anillo interno, no se requiere gran esfuerzo para repararlas. Basta en ocasiones un simple punto en U en el borde inferior de dicho anillo. Por otra parte, repetimos, en las hernias inguinales directas se requiere un mayor esfuerzo en esta reconstrucción, que exige desde luego, varios puntos separados de sutura. Para obtener el refuerzo de la fascia transversalis, utilizamos, como ya lo decíamos, el ligamento de Cooper. Creemos que el fracaso de la Técnica de Bassini, en muchas instancias, podría explicarlo un mal arco de Poupert, especialmente en su parte inferior; y porque ya hemos dicho además, que la fascia transversalis no se inserta en el arco inguinal, sino en el mencionado ligamento de Cooper. Por otra parte, de ser movilizable el arco, al ser este unido al tendón conjunto, su desplazamiento provocado hacia la línea media ofrece el riesgo de recurrencias femorales. Nosotros solucionamos el problema suturando junto con este bastión móvil (arco inguinal), el ligamento de Cooper, el cual fijo al pubis hasta la eminencia ilio-pectínea, obliga al tendón conjunto a lateralizarse hacia afuera sin retraer hacia adentro exageradamente al Poupert. Maniobras estas, que deben de practicarse con el cuidado extremo de no herir la vena femoral.

La técnica operatoria propiamente dicha de esta intervención, se puede dividir en los siguientes tiempos:

**Primer Tiempo:** Incisión estética de 3 centímetros, de piel y tejido celular subcutáneo. Encima y paralela al arco inguinal y sobre el anillo inguinal externo, el cual es identificado previamente mediante el dedo explorador y en plena área de implantación de pelo púbico.

**Segundo Tiempo:** Mediante el levantamiento y separación por el asistente de pinzas mosquito hemostáticas a tejido celular laxo subcutáneo, se introduce el dedo índice de la mano izquierda en el anillo inguinal externo y se secciona con tijeras de disección; defendiendo con el dedo introducido o con dos pinzas de Allis que levantan el anillo, el cordón espermático y las ramas genitales de los nervios abdomino genitales mayor y menor y el ramo genital del nervio génito crural, cuyo trayecto aunque profundo en la cara posterior del cordón espermático, hace emergencia junto con los otros dos, por el anillo inguinal externo para terminar en la piel del escroto y de la región suprapúbica. Con tijera recta de Mayo y tratando de aislar estos nervios, se secciona la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, hasta a nivel del anillo inguinal interno o profundo. El asistente, durante esta maniobra ha desplazado con separadores pequeños la piel y el tejido celular, previamente despegado hacia arriba, con torunda de gasa, de la aponeurosis externa.

**Tercer Tiempo:** Con los dedos índice y pulgar derechos, a través de la pequeña incisión, se logra levantar el cordón en su porción más baja. Se retrae hacia la línea media, mediante una sonda de Ne-

latón delgada, el segmento de cordón espermático comprendido entre el anillo externo y la entrada escrotal, descubriendo la espina del pubis.

**Cuarto Tiempo:** Mediante pinzas de Allis en los bordes de la aponeurosis seccionada del oblicuo mayor, y con pequeñas torundas de gasa, se moviliza, por el borde externo, dicha aponeurosis hasta la base del ligamento inguinal, descubriendo así el ligamento de Cooper. Por el borde interno, también con torunda pequeña de gasa, despegamos la aponeurosis superficial hasta visualizar e individualizar las caras superficial y profunda del tendón conjunto. Y hacia arriba, el músculo o músculos que continúan dicho tendón.

**Quinto Tiempo:** Se libera el cordón espermático de las membranas que lo envuelven; se separan de arriba hacia abajo por disección roma (sonda acanalada) las adherencias del cremaster a los bordes interno y externo de la fascia transversalis, que constituyen el anillo inguinal interno o profundo. Se disecan las fibras del cremaster, adheridas al piso del canal inguinal, y se pinzan y seccionan por debajo de la espina del pubis. El defecto directo, quedará completamente al descubierto. Es de advertirse que en diferentes momentos de este tiempo, como en los que siguen, la labor del asistente se reduce a practicar una separación inteligente, con desplazamiento hacia arriba y hacia abajo de los planos seccionados y mediante separadores pequeños, que deberán cargar los cordones nerviosos sin elongarlos.

**Sexto Tiempo:** Sin confiar jamás el cordón espermático al asistente (peligro de ejercer tracción exagerada en el deseo de ejercer separación). Se pone en muy ligera tensión este órgano en el anillo interno (retracción de los planos seccionados hacia arriba- piel, etc. Se identifica y se abre el saco indirecto. Si no hay saco indirecto, se abre la reflexión normal del peritoneo en el anillo interno. Introduciendo un dedo en la cavidad peritoneal se puede apreciar el tamaño del anillo interno, el estado de la fascia transversalis en el triángulo de Hesselbach y la integridad del canal femoral. Si la hernia es indirecta, el saco se trata en la forma rutinaria para su extirpación. Si la hernia es derecha puede intentarse la apendicectomía. Conviene recordar aquí que la longitud del canal inguinal, que más bien es un trayecto, mide de cuatro a cinco centímetros y que en las hernias antiguas y voluminosas sufre modificaciones en su forma y dimensiones; ensanchándose y acortándose simultáneamente hasta desaparecer casi como conducto, no estando éste representado más que por un ancho orificio, por el cual se penetra directamente al abdomen.

**Sétimo Tiempo:** La reconstrucción plástica del anillo interno se practica, como ya se dijo, aproximando sus bordes inferiores (fascia transversalis) mediante una sutura en U. Los defectos hacia abajo que haya en la fascia transversalis (triángulo de Hesselbach) se cierran mediante puntos separados y en ocasiones ayudándose por medio de sutura invaginante, siempre cuidándose de no herir los vasos epigástricos, a pocos milímetros bajo el borde del anillo inguinal profundo.

**Octavo Tiempo:** El refuerzo del piso del conducto inguinal se efectúa aproximando de abajo hacia arriba, con suturas crómicas nú-

mero uno, en puntos separados, las estructuras aponeuróticas densas, que constituyen inmediatamente arriba de la espina del pubis: por el lado externo, la base del arco femoral y el ligamento de Cooper hasta la eminencia ilio-pectínea; por el lado interno, el tendón conjunto.

Se continúan las suturas hacia arriba, uniendo en cada uno de los puntos los bastiones externos —arco femoral y Cooper— con el tendón conjunto, bastión interno que cuando no existe, se sustituye con la aponeurosis del oblicuo mayor, en cuyo caso efectuamos la manobra de Forgue, es decir, dejando el cordón siempre encima.

*Noveno Tiempo: De una a tres puntadas de seda fina a la piel.*

Esta es en resumen, la técnica de la operación que llamo herniorrafia inguinal reforzada con micro-incisión. He tenido oportunidad de practicarla en una treintena de casos, con dos recidivas hasta el momento, en el Servicio de Cirugía General "Gerardo Jiménez" del Hospital San Juan de Dios. Durante el año de 1954 y en pacientes adultos de todas las edades y condiciones, asegurados contra accidentes y enfermedades profesionales en el Instituto Nacional de Seguros. Casos todos debidamente estudiados, como el Instituto lo exige, y seleccionados para este tipo de intervención, y de los cuales presento doce casos del primer semestre de dicho año de 1954 y en quienes hubo oportunidad de observar cuidadosamente su post-operatorio, hasta el día de hoy.

L. B. B. — Caso 2904.—Entra al Servicio el día 3 de febrero de 1954. Relata que el 21 de noviembre de 1953, al levantar un objeto pesado subiendo a una embarcación, sintió dolor agudo, urente, y apareció una tumoración reductible en la región inguinal izquierda. Se admite al Hospital como Hernia Inguinal Izquierda Hombre de raza negra, de treinta y siete años de edad, cargador de banano. Sufre de lúes. Operado el 9 de febrero de 1954, encontramos un saco herniario hasta el escroto, libre de adherencias y contenido abdominal. Levantado al siguiente día, hace un curso post-operatorio sin novedad y abandona el Hospital el 19 de febrero de 1954. Dos meses después volvió a sus labores.

J. R. E. — Caso 4516.—Ingresa al Hospital el 23 de febrero de 1954, con diagnóstico de Hernia Inguinal Derecha por Esfuerzo. Varón de 53 años, casado, fumador y de oficio mecánico. Operado en fecha que no recuerda de hernia inguinal izquierda. Intervenido por nosotros, practicamos una herniorrafia derecha el 5 de marzo de 1954, encontrando una hernia inguinal indirecta, con saco herniario libre y no fibroso. Levantado precozmente, al tercer día post-operatorio, sigue un curso normal hasta su salida el 13 de marzo de 1954. Regresó a su trabajo dos meses después de la intervención.

E. S. B. — Caso 8980.—Enviado por el Instituto Nacional de Seguros el 21 de abril de 1954. Ingresa al Hospital ese mismo día. Se trata de un capataz de la Compañía Bananera, de 35 años. Ex palúdico crónico, que el 19 de abril de 1954, al darle vuelta a "un palo muy pesado", sintió dolor con aparición de una tumoración inguino-

escrotal (según el enfermo) en la región inguinal derecha y con ligero estado hipotímico. Se trataba de una hernia inguino-escrotal indirecta, que fue operada el 28 de ese mes. Encontrándose un saco delgado y largo con líquido peritoneal y apendicitis crónica, que fue tratada a través del saco herniario y comprobada, según la biopsia número 38.237. Levantado al segundo día y después de un post-operatorio normal, se concede el alta el día 7 de mayo de 1954. Regresó a sus labores dos meses después de la herniotomía; pero hace pocos días fue enviado nuevamente a mi cuidado, encontrándose actualmente internado en la Pensión González Viquez por recidiva de mi intervención. Actualmente presenta un pequeño botón herniario a nivel del anillo inguinal externo derecho, que hace suponer una hernia inguinal directa.

R. F. G. — Caso 9990.—Ingresa con diagnóstico de hernia inguinal izquierda directa, el 4 de mayo de 1954. Empleado de Industria, de 27 años, portador de parásitos intestinales y que el 28 de marzo de 1954 al levantar defectuosamente un saco de azúcar de cien libras, sufre dolor fuerte y aparición de pequeña tumoración reductible en la región inguinal izquierda. Operado el 18 de mayo de 1954, encontramos un pequeño saco directo de cuello ancho y sesil, libre de adherencias órgano-peritoneales. Deambulación al siguiente día y alta del Hospital el 25 de mayo de 1954.

N. R. U. —Caso 10244.—Mecánico de setenta años. Fumador. Operado de hernia inguinal derecha en 1932. Refiere que hace ocho meses al hacer un esfuerzo, sintió dolor intenso en la región inguinal izquierda, acompañado de náuseas. Internado el 7 de mayo de 1954, con la impresión de Hernia Inguinal Izquierda, se opera el 14 de ese mes; encontrándose una hernia oblicua externa, por gran desgarró de la fascia transversalis y con saco herniario del tamaño de un dedo de guante, libre de contenido intestinal. Abandona el Hospital en muy buenas condiciones el 24 de mayo. Después de unos días de deambulación y hasta la fecha, se queja de neuritis ciática izquierda, que el neurólogo del Instituto rechazó como secuela operatoria. Vuelve días después con un certificado médico que explica: "Molestias vagas por debilidad muscular de la pared abdominal". Indudablemente algo hay de eso. El Instituto lo acogió no obstante el antecedente, poco investigado, de su hernia inguinal derecha en 1932. Pero fue del caso que el dictamen que nos presentó, era expedido por un médico oculista y el interesado no ha mostrado todavía recidiva herniaria.

J. D. M. — Caso 10245.—Relata que su padecimiento es desde hace dos años y lo atribuye al esfuerzo realizado para levantar un estafón. Se admite por Hernia Inguinal derecha Traumática, el 7 de mayo de 1954. Se trata de un empleado de comercio de cuarenta y dos años de edad, con antecedentes personales y patológicos negativos. Operado el 14 de mayo de 1954, encontramos un saco fino y membranoso, y aunque tratamos de extirpar profilácticamente el apéndice por la brecha herniaria, no nos fue posible por estar en posición retrocecal. Abandonó el lecho al tercer día post-operatorio y fue dado de

alta sin novedad el 24 de ese mismo mes. Se reintegró a su trabajo dos meses después de su intervención.

F. B. S. — Caso 10811.—Diagnóstico de ingreso, el 13 de mayo de 1954: Hernia Inguinal Directa Izquierda. Mecánico, fumador, de 46 años. Viejo lúetico y con edad aparente de sesenta años. Operado el 25 de mayo, se encuentra una hernia directa, hernia por debilidad musculo-aponeurótica, en paciente sometido a grandes esfuerzos físicos. Bien identificado el ligamento de Cooper, se ancla a él un tendón conjunto bastante atrófico, por lo que lo reforzamos con el labio interno de fascia seccionada del músculo oblicuo mayor. Curso post-operatorio normal. El día 1° de junio de 1954 salió del Hospital. No ha regresado nunca al Instituto, ni tampoco sabemos si ha recidivado.

B. G. B. — Caso 11104.—Ingresado al Servicio el 17 de mayo de 1954, por Hernia Inguinal Izquierda Traumática. Se trata de un sujeto de 17 años, fornido, empleado de ferrocarril. Cuenta que su dolencia se inició el día 5 de octubre de 1953, al levantar unos tubos. Operado el 25 de mayo de 1954, nos encontramos con persistencia bastante permeable del conducto peritoneo-vaginal y separación discreta de la fascia transversalis, bajo el anillo inguinal interno: hernia típica de esfuerzo. Abandona su cama al siguiente día de su hernioplastia, y el Hospital el 1° de junio de 1954.

R. S. D. — Caso 14243.—Admisión al Hospital el día 22 de junio de 1954. Con diagnóstico inicial de Hernia Inguinal Izquierda. Es un jornalero de 52 años, notablemente parasitado: Anquilostomas, amebas histolíticas, etc y con una historia indeterminada de esfuerzo, pero con una hernia directa del tamaño de un huevo de gallina, a nivel del anillo inguinal externo izquierdo y con venas safenas muy varicosas. Operado el 25 de junio de 1954, se hizo sutura cuidadosa del Cooper con el tendón conjunto y se levantó al tercer día, otorgándosele el alta del Hospital el 6 de julio de 1954. Re-inició sus labores el 8 de setiembre pasado.

E. F. M. — Caso 15116.—Hernia Recidivante Inguinal Izquierda por Esfuerzo. Entra al Hospital el 1° de julio de 1954. Individuo de 40 años, carpintero, fumador; que al levantar un madero pesado hizo una recidiva la víspera de internarse en el Servicio. Operado el 6 de julio y no obstante, tratarse de una recidiva, la operación no presentó ninguna dificultad que nos obligara a variar nuestra técnica. Hizo un curso post-operatorio normal y se le dio de alta, del Hospital el día 13 de julio de 1954. Actualmente está trabajando en su oficio.

R. G. L. — Caso 17527.—Jornalero de 21 años de edad, casado, trabajador de una bodega, en la cual después de un esfuerzo, sintió dolor en la región inguinal izquierda; hubo de vomitar y fue trasladado al Hospital el 30 de julio de 1954. Después de desparasitarlo, se le extirpó un saco herniario fino, en forma de dedo de guante. Se hizo reparación de la fascia transversalis y refuerzo de rutina del piso del conducto inguinal. Se le concedió la salida del Servicio el 14 de agosto de 1954. Continúa trabajando como cargador de bodega.

A. D. D. — Caso 18358.—Se trata de un empleado de aserra-

dero, de 57 años, con facies de alcohólico crónico. Ingresa de emergencia el 10 de agosto de 1954, por dolor abdominal agudo, difuso, achacable a esfuerzo. Sujeto a observación por abdomen agudo, sin presentar un cuadro síndrómico definido, se opera tres días después, con base en un único dato positivo: Hernia Inguinal Directa Izquierda. En realidad la pared abdominal de este paciente es bastante débil y la edad aparente del enfermo es de sesenta y cinco años. Intervenido el 13 de agosto, presenta un post-operatorio normal y abandona el Servicio el 22 de agosto de 1954. Dos meses después, que el Instituto Nacional de Seguros lo reintegra a su trabajo, se presenta con un nuevo cólico abdominal agudo, sin signos físicos. En realidad es un simulador a quien de nada ha servido una micro-incisión por herniorrafia, ya que ni con una cicatriz estética hemos podido evitarle el delirio de renta.

#### CONCLUSIONES:

Se presenta una técnica modificada para la cura radical de la hernia inguinal, con el propósito de evitar recidivas, disturbios nerviosos y psíquicos y sobre todo, el delirio de renta o de indemnización.

Se operaron casos de distintas edades, diferentes tipos de herniosos: jóvenes, viejos, con antecedentes herniosos previos, varicosos, luéticos, tosedores, parasitados y desnutridos, muculosos, etc.

Después de seis meses a un año de observación, hemos descubierto el 6,6% de recidivas ocurridas en un tiempo variable dentro del mismo trabajo en donde se originara el accidente primario.

Post-operatorio excelente inmediato. La micro-incisión nunca supura y su cicatriz queda cubierta por el pelo púbico, lo cual evita la fijación de ideas y la sinestrosia.

#### — BIBLIOGRAFIA : —

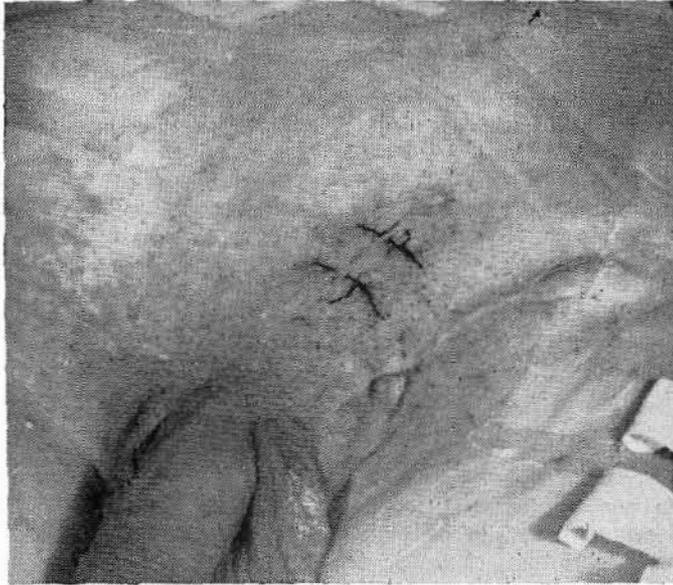
Callander— (Surgical Anatomy).

Segovia Caballero— (Tratado de Operatoria General).

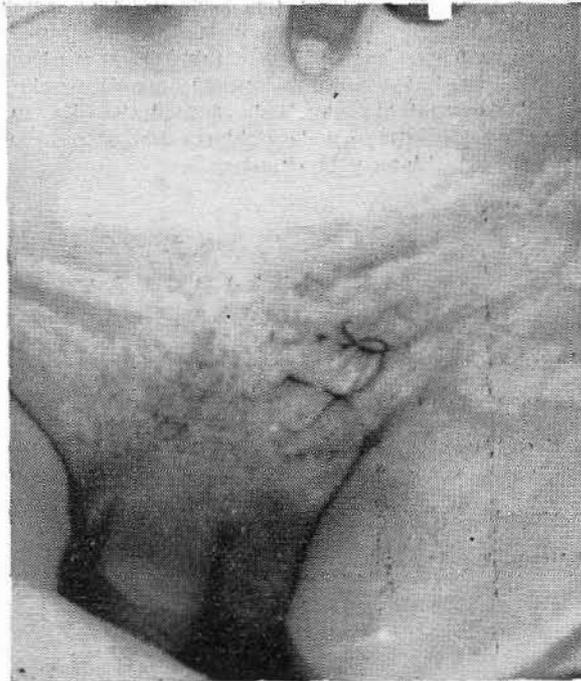
M. Kirschner—(Operaciones en la cavidad Abdominal y Tratamiento de las Hernias. Dos tomos).

Moorhead— (Clinical Traumatic Surgery).

Médecine Du Travail— (Dr. C. Simonin).



F. B. S.—Caso 10811. Se advierte bajo la herniorrafia una cicatriz por granuloma inguinal (?).



R. F. G.—Caso 9990. Hernia inguinal izquierda directa.