

ARTÍCULO VII

ENTEROSTOMÍA

Surmay (de Ham), que la ha ideado, da este nombre á una operación que consiste en establecer una fístula en la última porción del duodeno en los casos de cáncer pilórico que impiden el paso de los alimentos.

Esta operación la practicó una sola vez su autor y el enfermo murió. No comprendo la utilidad que pueda tener, puesto que, siendo tan peligrosa como la resección estomacal, no deja vislumbrar ninguna esperanza de curación permanente. La gastrostomía por cáncer del esófago al menos deja los alimentos bajo la acción del estómago; pues bien, como la vida parece ya poco compatible con la falta absoluta y durable de la acción de la saliva, es muy de temer que alimentos que tampoco han sufrido la acción del jugo gástrico no puedan ser suficientes para sostener una vida miserable y necesariamente muy limitada, pues que el cáncer estomacal subsiste. También en este caso los peligros de la operación son infinitamente más graves que las ventajas que el enfermo pueda reportar de ella.

ARTÍCULO VIII

DE LAS HERNIAS

Nos ocuparemos en primer lugar, y en dos capítulos separados, de la *hernia inguinal simple*, y de la *hernia inguinal estrangulada*; estudiaremos en seguida la *hernia crural* y la *hernia umbilical*; y por último, concluiremos por hacer la historia del *ano contranatural*, consecuencia, las más de las veces, de la hernia estrangulada.

I.—Hernia inguinal simple

Anatomía.—El conducto inguinal es una especie de trayecto de unos 3 centímetros en el hombre, por el cual pasa el cordón espermático; es un poco más largo y mucho más estrecho en la mujer, en la cual está ocupado por el ligamento redondo del útero. Su

orificio superior ó abdominal, que corresponde cerca de la parte media del espacio que separa la espina ilíaca del pubis, está for-

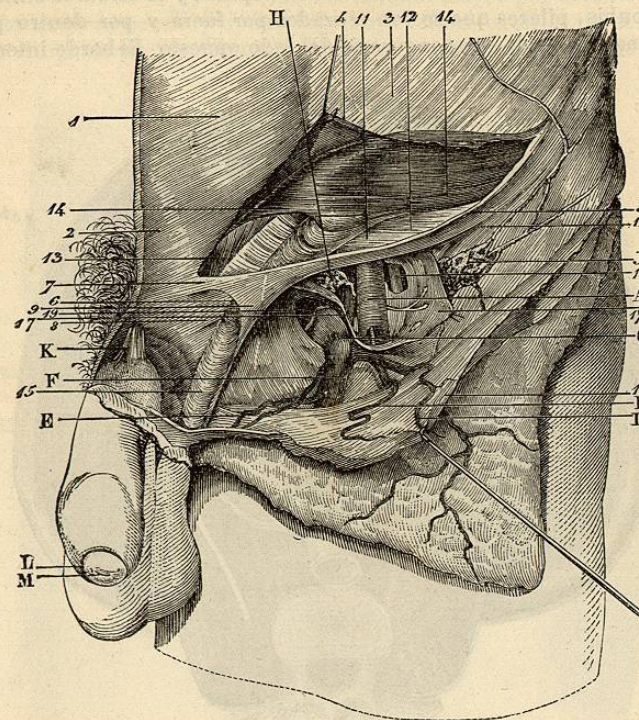


FIG. 581

CONDUCTOS INGUINAL Y CRURAL (SEGÚN BLANDIN)

1. Músculo recto anterior.—2. Piramidal.—3. Aponeurosis del oblicuo mayor.—4. Borde inferior de esta aponeurosis.—5. Arco crural.—6. Anillo inguinal.—7. Su pilar interno.—8. Pilar externo.—9. Expansión fibrosa del cordón.—10. Inserción de la aponeurosis femoral en el arco crural.—11. Inserción de la fascia transversalis.—12. Fascia transversalis.—13. Su inserción en la vaina del músculo recto.—14. Oblicuo menor y transverso.—15. Cremáster.—16. Fascia superficialis.—17. Aponeurosis femoral incindida.—18. Nervio crural.—19. Abertura que da paso á la safena interna.—A, arteria femoral.—B, arteria subcutánea abdominal.—C, vena femoral.—D, venas tegumentarias abdominales.—E, venas genitales externas.—F, safena interna.—J, H, ganglios linfáticos.—K, ligamento suspensorio del pene.

mado por una prolongación de la *fascia transversalis*, la cual forma una vaina al cordón espermático; el orificio inferior ó *anillo ingui-*

nal está formado por la separación de dos fuertes tirillas de la aponeurosis del oblicuo mayor, denominadas *pilares del anillo*, de los cuales el uno va á insertarse á la espina, y el otro á la sínfisis del pubis, pilares que se ven cruzados por fuera y por dentro por algunas fibras de la aponeurosis del lado opuesto. El borde interno

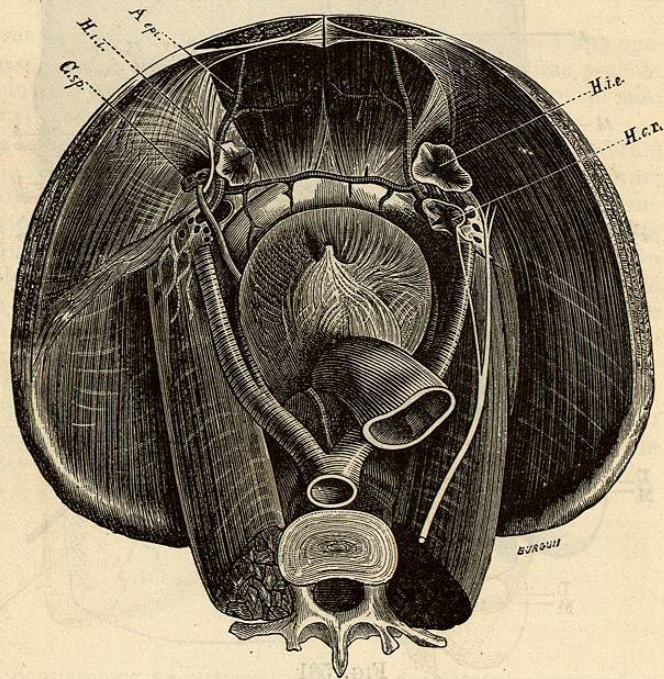


FIG. 582

RELACIONES PROFUNDAS DEL CUELLO DE LOS SACOS HERNIARIOS
(SEGÚN EL ATLAS DE PITHA Y BILLROTH)

H. i. i., hernia inguinal interna.—H. i. e., hernia inguinal externa.—H. c., hernia crural.—A. epi., arteria epigástrica.—C. sp., cordón espermático.

del anillo dista unos 23 milímetros de la sínfisis del pubis; y su diámetro mayor es paralelo al arco crural, y por lo tanto se dirige hacia arriba y afuera (fig. 581).

El conducto sigue á corta diferencia la misma dirección que el arco crural, del cual sin embargo su orificio superior está un poco más alejado que el otro. Distingúense en él cuatro paredes: la anterior, formada por la aponeurosis del oblicuo mayor; la pos-

terior, que lo está por la *fascia transversalis*, que es en este punto muy resistente; la inferior ofrece una especie de canal que resulta de la reunión de la aponeurosis del oblicuo mayor por delante con la *fascia transversalis* por detrás, y cuyo relieve exterior no es otro que el ligamento de Poupart. En rigor, puede decirse que no hay

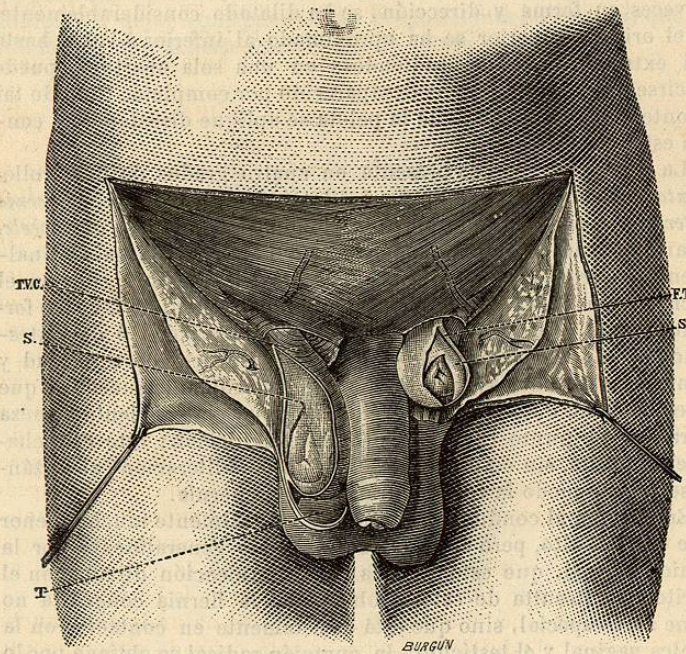


FIG. 583

HERNIAS INGUINALES (SEGÚN PITHA Y BILLROTH)

A izquierda, bubonocèle.—A derecha, osqueocèle.—F. T., fascia transversalis.
—S., saco herniario.—E. V. C., cubierta común del cordón y de los testículos.
—T., testículo.

pared superior sino que está representada por el borde inferior del oblicuo menor; pero esta disposición no es constante. Algunas veces el cordón espermático pasa por entre las fibras del oblicuo menor, que en este caso contribuyen á formarle una cubierta completa, lo cual sucede también alguna vez, pero muy raras, con el músculo transverso.

El anillo inguinal y la pared anterior están cubiertas por la

fascia superficialis y la piel: el orificio superior y la cara posterior están tapizados por el peritoneo. Cuando la hernia ha seguido el conducto, conviene por consiguiente que la pelota destinada á mantenerla reducida se apoye sobre toda la extensión del mismo, de manera que aproxime la pared anterior á la posterior. Con todo, cuando es antigua y voluminosa, el conducto ha cambiado á veces su forma y dirección, se ha dilatado considerablemente, y el orificio superior se ha aproximado al inferior á veces hasta tal extremo, que, confundiéndose en una sola abertura, puede decirse que el conducto ha desaparecido por completo. Cuando tal acontezca, será preciso que la pelota se aplique directamente contra esta abertura.

La hernia inguinal se presenta en cuatro grados de desarrollo: *punta* se llama cuando empieza á dilatar el orificio superior; *hernia intersticial*, cuando aún no ha atravesado el conducto; *bubonocele*, cuando forma prominencia por fuera del anillo inguinal; y finalmente, *osqueocele* ó *hernia escrotal* cuando ha llegado á caer en el escroto. En el adulto, se compone por lo general de un saco formado por el peritoneo y de una porción del epiploon ó del intestino delgado. El saco puede engruesarse, llenarse de serosidad y contraer adherencias; pero lo que más comunmente sucede es que se estrecha su cuello y con el tiempo adquiere la suficiente firmeza para ser el punto esencial de la estrangulación; este estrechamiento puede, sin embargo, llegar hasta la obliteración, alcanzándose de este modo la curación radical de la hernia.

En el niño, el conducto inguinal es naturalmente mucho menor que en el adulto, pero además está ocupado generalmente por la túnica vaginal, que está todavía en comunicación directa con el peritoneo. Resulta de esto también que la hernia congénita no tiene saco especial, sino que está directamente en contacto con la túnica vaginal y el testículo; la curación radical se obtiene por lo demás obliterándose el conducto de comunicación.

Estos simples detalles anatómicos son suficientes para comprender el tratamiento de las hernias simples: el cual puede ser paliativo ó curativo.

I. TRATAMIENTO PALIATIVO.—No hay otro que la aplicación de un braguero, y se los ha aconsejado de distintas materias y de formas diversas. Los principales son: el braguero inglés y el antiguo ó francés, cuyo resorte forma parte del cinturón, y que se distinguen especialmente por la forma del resorte; existe después el braguero llamado *franco-condado*, cuyo cinturón es blando, y el resorte está colocado en la misma pelota. El braguero inventado por Dupré consta de un arco metálico anterior al cual van unidas

las pelotas. Estas se apoyan contra la hernia por el movimiento de báscula que el cinturón posterior comunica á las dos palancas que prolongan hacia abajo las extremidades del cinturón metálico anterior. Con los resortes de los bragueros inglés y francés van pelotas duras ó blandas, de marfil, madera, caucho, macizas ó llenas de aire, fijas ó movibles; resortes y pelotas que han sufrido además una infinidad de modificaciones. Sobre este particular me limitaré á dejar consignadas las proposiciones siguientes, que se fundan en una experiencia de más de veinte años.

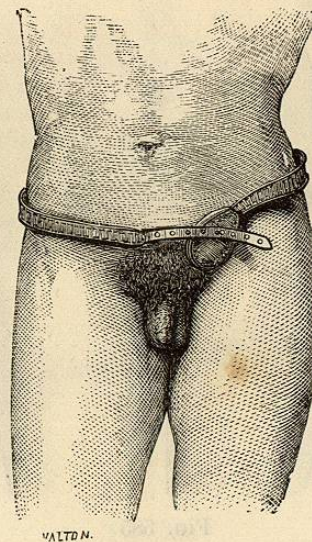


FIG. 584

Braguero francés

- 1.º En tesis general, el resorte inglés es muy preferible al antiguo.
- 2.º En determinados casos, las pelotas movibles podrán tener ventajas sobre las fijas.
- 3.º En la hernia inguinal oblicua, la pelota debe comprimir sobre el trayecto del conducto y sus dos orificios á la vez, apoyándose poco ó nada sobre los pubis, según los casos.
- 4.º En las hernias directas, la pelota debe ser más voluminosa, fija, y debe apoyarse sobre el pubis.
- 5.º Las pelotas duras son en general preferibles cuando se trata

de comprimir el conducto; las pelotas blandas sirven mejor para las hernias directas.

Por lo demás, no me cansaré de insistir sobre la urgente necesidad que hay de que los cirujanos fijen de un modo especial su atención en esta rama tan importante de nuestro arte, porque, con detrimento del mismo, ha estado demasiado tiempo abandonada á los ortopedistas. Conviene que el cirujano sepa estudiar por sí mismo y para cada enfermo, la forma que debe darse á la

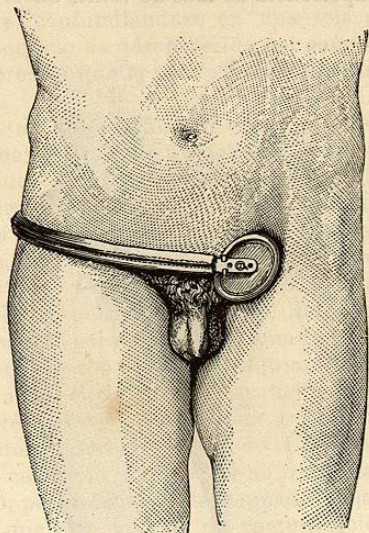


FIG. 585

Braguero inglés.—Pelota anterior

pelota, forma y fuerza del resorte, y el punto de aplicación de dicha pelota. En los casos difíciles, siguiendo el ejemplo de Malgaigne, mi maestro, hago yo mismo con un pedazo de corcho que corto de las dimensiones y forma convenientes un modelo de pelota, luego lo ensayo variando los puntos de aplicación del dedo que figura el resorte, y sólo después de haber hallado el medio conveniente de contener la hernia, es cuando dirijo el enfermo al braguerista, quien no hace más que ejecutar lo que el cirujano le ha prescrito. Así y sólo así pueden obtenerse curaciones, haciendo inútiles las operaciones que llevan el nombre, en su mayoría engañoso, de cura radical.

II. CURA RADICAL.—Para conseguir la curación radical, se han propuesto gran número de medios, que todos se refieren á dos ideas y pueden reunirse en dos métodos: obtener la obliteración del saco y suprimirlo. La obliteración del saco se obtiene también por dos métodos: la aplicación del braguero y la operación quirúrgica.

1.º *Aplicación del braguero.*—Ante todo dejaré establecido el siguiente principio, cuya certeza me ha demostrado una larga expe-

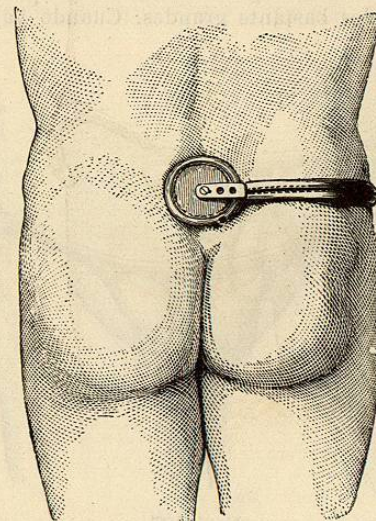


FIG. 586

Braguero inglés.—Pelota posterior

riencia: en los niños y en los adultos hasta la edad de veinte años se puede conseguir la curación completa, definitiva y por consiguiente radical de la hernia inguinal. Hasta la edad de treinta y seis años se pueden conservar algunas esperanzas de éxito, pero la curación no tiene el mismo carácter de certeza. También puede alcanzarse la curación en un adulto y hasta con más prontitud después de la reducción por la taxis de una hernia estrangulada ó inflamada, debido á la presencia de la linfa segregada por el fenómeno mismo de la inflamación. Para conseguir este resultado, conviene que el conducto no haya sido excesivamente dilatado por una muy voluminosa hernia ó acortado de tal manera que se hayan aproximado y hasta confundido los dos anillos.

Con todo, la curación sólo se obtiene cuando el cirujano sabe escoger el braguero apropiado y el enfermo tiene la constancia de llevarlo aplicado día y noche durante un espacio de tiempo que varía entre seis meses y dos años. Después de esta última fecha y durante un año más, podrá limitarse á llevarlo durante el día y después de este tiempo, podrá abandonarlo.

De este modo se obtiene la curación de hernias, hasta congénitas, en sujetos de veinte años de edad; pero en esta variedad se presenta con bastante frecuencia una complicación que trae consigo dificultades bastante grandes. Cuando hay ectopia testi-

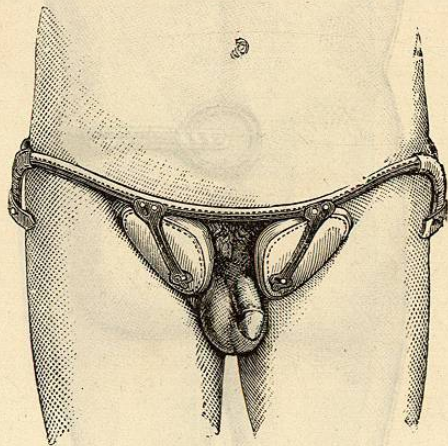


FIG. 587

Braguero de Dupré

cular, tanto si el testículo se encuentra dentro del conducto como en el anillo, pero pudiendo ser introducido en el conducto ó dentro del vientre, á beneficio del braguero se puede obtener la curación, pero se choca con el grave inconveniente de la criptorquidia. En tal caso, después de haber expuesto á los padres las circunstancias en que se encuentra el niño y sus resultados, se procura la cura radical ó se dejan las cosas tal como están, en la esperanza posible de que si se produce una hernia, podrá hacer descender al testículo lo suficiente para que pueda aplicarse el braguero conveniente. Cuando el testículo, sin haber descendido al escroto, puede no obstante ser aislado del anillo, debe encargarse á la madre ó á la nodriza que con los dedos colocados detrás del testículo una ó más veces al día ejerzan una ligera tracción, lo cual podrá por sí solo

producir el descenso de este órgano. En estas condiciones puede aplicarse el braguero, pero la pelota debe tener una disposición especial; en el punto correspondiente al testículo debe tener una escotadura en la que se aloja este órgano para evitar toda presión del mismo.

2.º *Obliteración del saco por una operación.*—Para provocar en el conducto una inflamación adhesiva hanse ensayado las inyecciones yodadas y las escarificaciones; pero estos procedimientos son casi universalmente desechados por muy peligrosos. Bonnet (de Lyon),

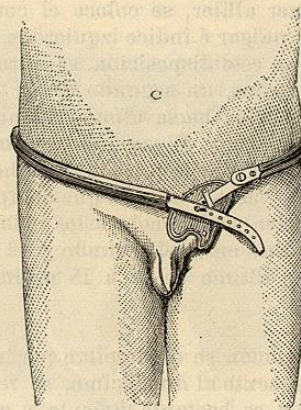


FIG. 588

Pelota escotada.—Testículo detenido en el anillo

ha procurado provocar la obliteración por la inflamación producida por la presencia de alfileres y la adhesión por la coaptación de las paredes del saco.

Procedimiento de Bonnet.—El aparato de este procedimiento consiste en lo siguiente: 1.º tres ó cuatro alfileres ordinarios de 4 centímetros de longitud; 2.º doble número de pedazos de corcho de forma semiesférica de 1 centímetro de diámetro próximamente; 3.º unas pinzas de bocados romos. Antes de hacer aplicación de los alfileres, se atraviesa con cada uno de ellos uno de los trozos de corcho, con la convexidad mirando á la punta, y haciéndolo correr hasta la cabeza de la aguja para que aumente su volumen.

Una vez reducida la hernia, se coge la raíz de las bolsas todo lo cerca posible del anillo, y se coloca el cordón en el círculo formado

por el pulgar é índice izquierdos, cuyas extremidades deberán estar fuertemente aproximadas; se introduce una aguja por delante de las uñas de estos dedos, por detrás de las cubiertas de la hernia y cerca del ligamento suspensorio del pene, y se la introduce hasta que su cabeza de corcho se apoya contra la piel y su punta sobresale por delante. Entonces se hace pasar ésta por el centro de un segundo pedazo de corcho, de manera que esta vez su cara plana mira á la punta, y se la empuja hasta que las partes situadas entre los dos corchos quedan ligeramente comprimidas; para mantener esta compresión, se dobla en espiral la punta del alfiler por medio de unas pinzas.

Así pasado el primer alfiler, se coloca el cordón entre aquél y las extremidades del pulgar é índice izquierdos, siempre aproximados todo lo posible; en esta disposición, se introduce, siguiendo la extremidad de estos dedos, un segundo alfiler paralelo al primero á 12 ó 15 milímetros más hacia afuera, fijándolo en seguida del mismo modo que el anterior. El cordón resulta colocado entre el primero y segundo alfiler. Si la presión de la hernia hubiese separado y disgregado los vasos y nervios que componen el cordón, y no fuese por este motivo posible colocarlos todos en este intervalo, pondríamos los restantes entre el segundo y el tercer alfiler, también introducido este último de 12 á 15 milímetros por fuera del precedente.

El dolor y la inflamación se desarrollan por lo general alrededor del cuarto día; y del sexto al duodécimo, se retiran los alfileres, cuando la inflamación es bastante violenta y su cabeza posterior empieza á ulcerar la piel. Tres semanas ó un mes son suficientes para obliterar el anillo inguinal.

Mosner tuvo todavía la más atrevida idea de provocar dentro del conducto una inflamación supurativa, colocando en él un pequeño sedal, que debe permanecer en su sitio de quince á veinte días. En cuanto al manual operatorio, este procedimiento es idéntico al primer tiempo del de Gerdy; pero éste tenía otro objeto, pues se proponía obturar el conducto por medio de un tapón de tegumentos y tejido celular tomado del escroto.

Procedimiento de Gerdy.— Los instrumentos que se necesitan son: 1.º una aguja curva con un ojo en su extremidad y provista de un mango fijo y sólido; 2.º seis cañones de pluma ó trozos de sonda para la sutura enclavijada; 3.º un frasco con amoníaco concentrado y un pincel para aplicar el cáustico; 4.º seis ligaduras dobles.

Acostado el enfermo, el cirujano dirige el índice izquierdo por debajo del origen anterior del escroto, empuja la piel de abajo

arriba hasta llegar al anillo é introducirlo en el conducto inguinal á la mayor profundidad posible, dejando por detrás el cordón espermático. En esta disposición, se dirige la aguja enhebrada con hilo doble encima del índice hasta la parte más profunda de esta especie de fondo de saco; después, comunicando al instrumento un movimiento de báscula, se hace salir la punta por delante, haciendo que atravesase á la vez la piel invertida, la pared anterior del conducto y la piel de la pared abdominal. Luego que aparece al exterior el ojo de la aguja, se desprende uno de los cabos de la ligadura, y se retira la aguja, que queda enhebrada con el

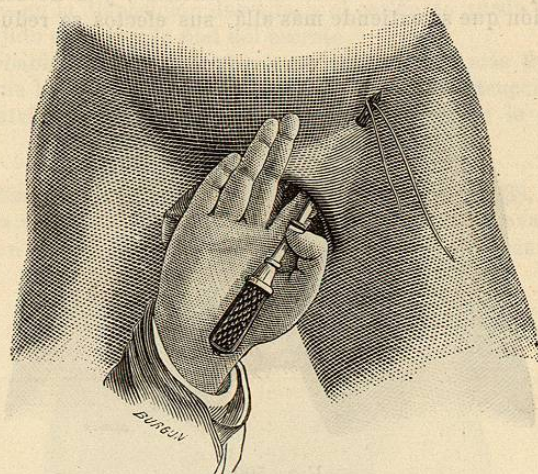


FIG. 589

Curación radical.—Procedimiento de Gerdy

otro cabo. Se la introduce de nuevo á través de las mismas capas haciéndola salir á unos 12 milímetros de distancia del primer punto de salida, y se desprende de ella el segundo cabo del hilo.

Entonces el fondo de saco formado por la piel del escroto invertida queda sujeto por un asa de hilo dentro del conducto en que la introdujo el dedo; el cirujano desdobra al exterior los hilos; los de un lado los liga sobre un cañón de pluma de unos 12 milímetros de longitud, y lo mismo practica con los del otro, resultando de esto un primer punto de sutura enclavijada. De la misma manera se aplican después otros dos puntos de sutura, uno en el lado interno y otro en el externo del primero, pero siempre á una distancia que no sea menor de 12 milímetros.

Hecho esto, el cirujano moja el pincel en el amoníaco concentrado y aplica el cáustico en el fondo de saco formado por la piel del escroto, é insiste con el mismo hasta que queda destruido todo el epidermis de este fondo de saco. Con esto se determina en esta piel denudada una violenta inflamación; sus dos superficies en contacto supuran y acaban por adherirse entre sí, lo cual tiene lugar hacia el sexto ú octavo día; obtenido este resultado, pueden retirarse ya los hilos de los puntos de sutura, y es de suponer que el conducto quedará obliterado.

Este procedimiento no alcanza lo que pretende, pues que apenas el tapón penetra más allá del anillo exterior, y á no ser por la inflamación que se extiende más allá, sus efectos se reducirían á

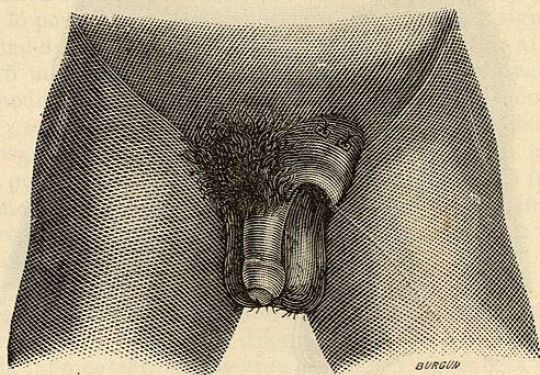


FIG. 590

Curación radical.—Procedimiento de Gerdy

transformar una hernia inguinal externa en hernia intersticial. Valette (de Lyon) añadió á este procedimiento la cauterización de la pared anterior del conducto.

Procedimiento de Valette.—Empieza este cirujano por empujar la piel del escroto dentro del conducto inguinal por medio de una clavija de ébano del volumen de un dedo. Esta especie de contera tiene labrado en su interior un conducto por el cual se desliza una aguja curva que atraviesa de dentro á fuera la pared anterior del conducto inguinal y los tegumentos. Una vez salida esta aguja al exterior, se la deja colocada y sirve para fijar en ella uno de los extremos de una chapa metálica que tiene una abertura ó ventana, y el otro extremo se atornilla en la porción de contera

que queda al exterior. Bien se comprende que, después de bien ajustada esta chapa, la abertura que tiene debe circunscribir una porción determinada de la pared anterior del conducto, sobre la cual se aplica la pasta de cloruro de zinc en toda su extensión; los bordes de la abertura evitarán que la acción del cáustico se extienda á las partes inmediatas. La cauterización debe ser suficientemente profunda para que destruya á la vez la pared anterior del conducto y la piel del escroto que en él se introdujo. Cuando cae la escara, que suele ser del séptimo al décimo día, se quita el aparato, y se han producido ya fuertes adherencias, que mantienen las partes en la disposición deseada, y el conducto queda obturado por el tejido celular y la piel del escroto.

Es probable que este procedimiento tenga éxito más frecuentemente que los demás; pero produce una enorme destrucción, deja una cicatriz deforme, y tampoco asegura en absoluto la curación radical.

Procedimiento de Wurtzer.—Wurtzer de Bonn, en 1838, ideó un procedimiento análogo al de Valette. Consiste en invaginar el escroto en el trayecto del saco herniario, y en reemplazar el dedo

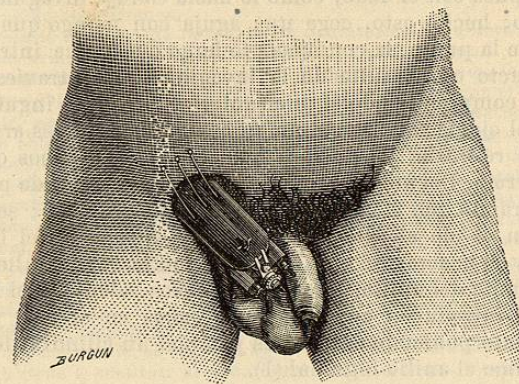


FIG. 591

Curación radical.—Procedimiento de Wurtzer, modificado por Rothmund

por un cilindro de madera con un conducto central que se abre lateralmente por un orificio situado cerca de la extremidad redondeada del instrumento. En el otro extremo, este conducto es central y puede dar paso á una aguja con mango. Un poco por delante y en el lado en que se abre el conducto central, existe una varilla formando tornillo, con el cual puede encajar una rosca.

Luego de introducido el invaginador, se aplica sobre la piel una canal de madera ó marfil, que tiene dos agujeros y está provista hacia al talón de un apéndice que se introduce en la hendidura de la chapa metálica colocada cerca del talón del invaginador. El cuerpo del invaginador debe pasar á través de uno de los agujeros de la chapa; y haciendo obrar la rosca que lleva consigo, queda la piel fuertemente asegurada entre esta chapa y el invaginador. La aguja con mango se introduce primero en el conducto central, sale por el orificio del invaginador, atraviesa la piel, después el agujero de la chapa compresora, y al mismo tiempo que asegura mejor aún la inmovilidad del aparato, inflama los tejidos que atraviesa y determina su adherencia. *Rothmund* (de Munich) ha modificado el aparato de *Wurtzer* para hacerlo aplicable á hernias más voluminosas. La modificación consiste especialmente en haber aumentado la amplitud del aparato, para que permita la aplicación de dos ó tres agujas según el caso (fig. 591).

Wood, cuyo procedimiento se pone en práctica principalmente en Inglaterra, incide la piel del escroto cerca del fondo de saco, en la extensión de algunos centímetros; la separa de la cara externa de éste, y después con el dedo, como lo hacía *Gerdy*, invagina el saco en el anillo; hecho esto, coge una aguja con mango que tiene el ojo cerca de la punta, la conduce á lo largo del índice introducido en el conducto que resulta de la invaginación, y atraviesa todas las capas, comprendiendo el pilar anterior del anillo inguinal. Se coloca en el ojo de esta aguja un hilo metálico, que es arrastrado por ella al retirarla, de manera que uno de sus cabos queda al lado del escroto. Del mismo modo se practica una segunda punción, pero procurando que la aguja atravesase el pilar externo; se coloca entonces en el ojo el cabo del hilo libre, que está del lado del abdomen; y se le arrastra con la aguja, con lo cual resulta un asa situada delante del anillo, y cuyos dos cabos salen por el lado del escroto. Se introducen entonces estos cabos en el asa, y se los aproxima interponiendo entre ellos y la piel un cilindro de lienzo que comprime el anillo inguinal (1).

(1) Por los felices resultados que ha producido cuantas veces se ha empleado, merece especial mención el procedimiento del doctor *Egea* (de Madrid).

Los instrumentos definitivamente adoptados por este cirujano y el doctor *Cortezo* para esta operación, son los siguientes: una aguja lanceolar ligeramente encorvada en su punta con el ojo cerca de ésta y su correspondiente mango, un dedal metálico cortado á bisel por su base, anchamente fenestrado por cada lado cerca de ésta y agujereado en el centro de su fondo, y dos botones, uno cuyo diámetro no excede al del dedal y con un agujero en el centro, y otro con dos agujeros.

Un cordonete fuerte pasado á través de la pared anterior del conducto inguinal debe sujetar el dedal dentro de este conducto, apoyado por una parte

3.º *Supresión del saco*.—Este método, que algunos consideran como nuevo, no es más que una modificación de métodos antiguos en su mayor parte detestables. El saco era suprimido de dos maneras: por la *escisión* ó por la *reducción*.

La *escisión* tenía dos procedimientos: 1.º la *castración*, que extirpaba el escroto y el testículo con el saco; 2.º la *sutura real*, en la cual se ha recortado una parte del saco después de haber cosido la restante.

La *reducción* tenía dos procedimientos análogos: 1.º el procedimiento del *Español*, que reintroducía en el abdomen el saco y el testículo; 2.º el *procedimiento de Arnaud*, que disecaba el saco y lo reducía sin tocar lo restante.

La obliteración del saco cerca del anillo se obtenía por la cauterización sea con el hierro candente, sea con los cáusticos ó por la ligadura. Unas veces se cauterizaba el saco y el cordón espermático á la vez, y otras veces se procuraba separar el cordón. Tam-

en el botón de un agujero dentro del dedal, y por otra, en el de dos agujeros sobre la pared del abdomen.

Así indicado el objeto de la maniobra operatoria, cualquiera comprenderá cómo debe armarse el aparato para proceder á la operación.

El manual operatorio es sencillo y fácil. Enhebrada, pues, la aguja con el cordonete doble y colocados en uno de los cabos el dedal con el botón correspondiente, se dispone al enfermo en el borde de la cama con los muslos doblados sobre el abdomen, y el cirujano se coloca enfrente del mismo. En esta disposición las cosas, reduce el operador la hernia é invagina con el índice izquierdo la piel de la ingle y parte del pliegue escrotal en el interior del conducto inguinal. «Una vez el dedo da la indudable sensación de haber atravesado el anillo y encontrarse en contacto de la cara interna de la pared abdominal, se toma con la mano derecha la aguja y se la desliza á lo largo de la cara palmar del índice izquierdo dentro del anillo, y llegado el instrumento al fondo de saco que la piel forma, atraviesa ésta y la pared abdominal de dentro á fuera, apareciendo su punta con el cordonete enhebrado á escasa distancia del pliegue inguinal.

Cogido el cordonete, se retira la aguja por donde penetró, y tirando de aquél, el dedal viene á sustituir al dedo dentro del conducto. Para fijarlo en esta posición, se anudan los dos cabos libres del cordonete sobre el botón de los dos agujeros, y para mayor seguridad aún, se aplican dos ó tres puntos de sutura entre la piel vecina sobre el extremo libre del dedal, pasando los hilos á través de las aberturas laterales del mismo, y, por último, se aplica un vendaje en espica.

A los seis días puede retirarse el cordonete que hace las veces de sedal, y diez días después se cortan los puntos de sutura y se quita el sedal, continuando durante algún tiempo una moderada compresión con la espica.

Hasta ahora, esta operación ha dado siempre el resultado apetecido y en ningún caso ha provocado fenómenos violentos, todo lo más tumefacción de los tejidos circundantes, alguna vez flemón superficial y un ligero movimiento febril del segundo al tercer día.