

Otro punto muy importante que se halla en la historia del enfermo, es la falta absoluta de exploración del oído durante tanto tiempo, lo cual ha dado lugar á que una otitis que pudo curar en unos cuantos días, con buen resultado funcional y por una simple paracentesis de la membrana del tímpano, haya producido desórdenes graves, expuesto al enfermo á complicaciones serias y necesitado de una intervención de importancia. Y si examinamos los resultados desde el punto de vista de la función auditiva, veremos que no pudieron ser más desastrosos, puesto que el enfermo ha perdido un oído que mucha falta le hace, atenta la naturaleza de su profesión. La aplicación del percloruro de fierro como hemostático y especialmente usado contra las otorragias ligeras que acompañan á veces las otitis agudas perforantes, constituye una práctica que no sanciona la cirugía contemporánea.

Por último, no me parece sin importancia el hecho de que en el caso relatado ha sido bastante la simple trepanación del apófisis mastoide para obtener una pronta curación; porque si, como lo proponen Broca y Stacke, hubiera volado el muro de la cúpula y la pared externa del antro, el enfermo habría tardado mucho mayor tiempo en curar, puesto que la epidermización de la brecha necesita varios meses para realizarse.

México, Julio 20 de 1898.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.

---

## "CONSTANTIA."

---

### Segunda de las cuestiones sacadas á concurso para el año económico de 1897 á 1898.

Señores Académicos:

Entre las cuestiones propuestas por la H. Academia de Medicina en su convocatoria anual, figuran dos cuyo estudio constituye el humilde trabajo que tenemos la honra de sujetar á su consideración y que á la letra dicen:

¿Cuáles son las indicaciones para intentar la curación radical de las hernias inguinales?

¿Cuáles son los recursos terapéuticos que deben preferirse para lograrla?

Desde luego podría resolverse la primera de estas cuestiones enumerando los síntomas y accidentes que acompañan las hernias inguinales para de ellos deducir las indicaciones; pero tanto la sintomatología como la marcha y terminaciones de dicha enfermedad exigían el referirse á cada momento á la anatomía, etiología, formas, etc., de las hernias, y de aquí que hayamos preferido aun á riesgo de parecer extensos, el entrar desde un principio en una recordación somera de dichos asuntos que facilite la exposición de la parte que pretende responder á la primera de las preguntas señaladas.

Como consecuencia de dicho programa, hemos procurado transcribir lo verdaderamente indispensable para el estudio de las hernias inguinales, escogiendo aquellas cuestiones que pueden relacionarse con el objeto esencialmente práctico de las preguntas indicadas por la convocatoria, y como quiera que todo lo referente á etiología, variedades anatómicas, síntomas, diagnóstico, etc., etc., ha sido ya perfectamente estudiado y sería imposible agregarle algo nuevo, nos hemos limitado á seguir á los mejores autores de la materia sin pretender otra cosa que formar una especie de preliminar que sirva como fundamento de lo que tratamos después.

Respecto de la segunda de las cuestiones, se ha procurado prescindir hasta donde no ha sido posible, de las consideraciones teóricas, tratando de hacer la respuesta lo más concisa posible, evitando para ello digresiones inútiles, dado el hecho de que escribimos para personas perfectamente ilustradas en la materia, con quienes sería impropio descender á ciertos detalles,

Por último, citamos cierto número de observaciones cuya autenticidad nos es bien conocida, prescindiendo con pena del caudal perteneciente á respetables miembros de la Academia y cuya recopilación habría hecho faltar á la reserva que para los trabajos de concurso se requiere, pues nada más ilusorio que coleccionar observaciones sobre un asunto determinado, poniéndose en relación ya sea directa ó indirectamente con sus autores, y suponer que se conserve el secreto.

Tal es, en pocas palabras, el plan seguido en el presente estudio. Muy lejos de nosotros la idea de haber hecho algo bueno ni dicho

nada nuevo, y al someterlo al recto juicio de esa sabia Corporación, confiamos en su noble deseo de estimular los trabajos científicos por medio de convocatorias como la que ha sacado á concurso las cuestiones que hoy pretendemos resolver.

Se designan con el nombre de *hernias inguinales* las que se hacen por el canal inguinal, ya sea que las vísceras ocupen parte ó la totalidad de dicho trayecto y formen ó no un abultamiento sobre esa región.

El canal inguinal ocupado por el cordón espermático en el hombre y por el ligamento redondo en la mujer, no es sino un vestigio del descenso del teste desde el abdomen al escroto en el primero, constituyendo una continuación del peritoneo con la serosa del testículo (canal peritoneo vaginal), que como regla se oblitera en toda la extensión del trayecto inguinal una vez terminado el descenso de la glándula. Atrás de la piel y del tejido celular, que nada ofrecen de especial, queda la parte que da nombre á la región y que domina su patología: el trayecto inguinal.

Situado inmediatamente arriba del arco crural, se dirige oblicuamente de arriba hacia abajo, de afuera hacia adentro, y de atrás hacia adelante, siendo más ancho aun cuando menos largo en el hombre que en la mujer. Para su descripción se le han considerado dos orificios y un trayecto; uno de aquellos superficial ó cutáneo y el otro profundo ó peritoneal, orificios que se han llamado también *externo é interno*, siendo más propio designarlos con el nombre de *exterior é interior ó inferior y superior*.

El orificio inferior ó cutáneo, de forma elíptica, tiene su eje mayor dirigido oblicuamente hacia abajo y hacia adentro, siendo su altura de dos y medio centímetros y su ancho como de la mitad de dichas dimensiones. Está constituido por dos haces de fibras dependientes de la aponeurosis del gran oblicuo, que al separarse dan origen á los pilares que se fijan al pubis sólidamente y que limitan un espacio triangular de vértice externo y superior, transformado á su vez en un orificio elíptico por otras fibras que impiden la separación de los pilares formando un verdadero anillo. Dichas fibras, llamadas *colaterales, transversas, bandas adicionales, fascia-pectineo oblicuo*, etc., son conocidos generalmente con el nombre de *fibras arciformes*.

Los pilares que circunscriben el orificio cutáneo del canal ingui-

nal se distinguen como *inferior* y *superior*, existiendo otro profundo llamado *pilar posterior* ó *ligamento de Colles*.

El pilar externo, ligeramente cóncavo hacia arriba, se inserta á la espina del pubis y envía algunas fibras adelante de la sínfisis, y en ésta se inserta entrecruzando sus fibras con las del pilar del lado opuesto. De dicha inserción de los pilares resulta que la parte inferior del anillo corresponde á la porción del pubis comprendida entre la espina y la sínfisis, pero queda en realidad ocupada por el pilar posterior, pudiendo decirse que el orificio inguinal no principia abajo sino en la espina pubiana para prolongarse dos y medio á tres centímetros hacia afuera.

El pilar posterior ó ligamento de Colles, queda situado sobre un plano más profundo que los anteriores, siendo las fibras que lo constituyen dependencia de la aponeurosis del gran oblicuo; la dirección de aquel es oblicua hacia abajo y hacia afuera, ó sea perpendicular á la de las fibras que forman los otros pilares y se fija abajo sobre el cuerpo y la espina del pubis; una parte de las fibras pasa atrás del pilar externo para continuarse con la aponeurosis del músculo pectíneo y con el ligamento de Gimbernat. El ligamento de Colles es triangular y presenta un borde libre cóncavo afuera del orificio inguinal, borde que según algunos autores, sería la causa del estrangulamiento herniario.

De la circunferencia del orificio exterior se desprende un tejido celuloso flojo, prolongación de la vaina del músculo gran oblicuo, tejido que al cubrir el cordón le acompaña hasta el escroto y forma una de las cubiertas de las hernias inguinales. Dicha membrana permite percibir el anillo cuando se hace la exploración con el dedo. La parte más interna del orificio, llenada por el ligamento de Colles, corresponde á la foseta interna ó suprapúbica; la parte más externa, es decir, el orificio propiamente tal, corresponde á la foseta media.

(Continuará.)