

APRECIACIONES.

Es indudable que la señora de F. pertenece á una familia cuyos miembros están predispuestos á dilataciones vasculares.

Probablemente la dilatación de la vena se prolongaba algo en el interior del cráneo y esto producía el zumbido de oído.

La curación fué debida indudablemente á la supresión de la parte más dilatada de la vena y á la formación de un coágulo en el resto de la dilatación por la presencia de la gasa en el extremo abierto de ella, coágulo que se prolongó al interior, y luego se ha ido retrayendo, y con él las paredes del vaso, como lo comprueba la disminución del zumbido hasta su cesación completa.

Ciudad Porfirio Díaz, Coahuila, 15 de Marzo de 1899.

R. ORTEGA.
Socio Correspondiente.

“CONSTANTIA.” (1)

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

(CONTINÚA.)

¿Cuáles son los recursos terapéuticos que deben preferirse para lograr la curación radical?

Importa desde luego precisar qué debe entenderse por *curación radical*. La manera más sencilla de definirla sería diciendo que consiste: *en la supresión completa de la enfermedad, volviendo á su sitio las vísceras herniadas, modificando el canal y los orificios, y creando un sostén contra los esfuerzos que evite la reincidencia.*

Así comprendida la cuestión veámos qué medios llenan dichas condiciones.

(1) Véase la página 345 de este volumen.

Numerosa ha sido la serie de recursos que se ha preconizado para lograr la curación radical de las hernias, pero puede decirse que en la actualidad sólo tres ocupan la atención de la mayoría de los cirujanos, á saber: *los aparatos, el método de L. Championnière y el esclerógeno de Lannelongue*; de ellos nos ocuparemos principalmente, pues los demás no son sino derivados ó procedimientos con variantes de algunos de los tiempos operatorios sin modificación sensible en lo que aquellos tienen de fundamental.

Con los aparatos ó vendajes usados de un modo continuo se ha logrado y se logra la obturación de los orificios una vez reducidas las vísceras, permitiendo así que el desarrollo natural de la región cierre por completo la puerta de salida é impida la reproducción de la hernia. Constituyen el medio más sencillo para lograr la curación radical, y á primera vista extraña que un recurso tan inocente no sea el preferido en el mayor número de casos abandonando su categoría de simple paliativo. Desgraciadamente, la aplicación de los vendajes como tratamiento radical es restringida. En efecto, sólo en la primera infancia tiene probabilidades de éxito, y aun en esa edad es discutible la sencillez de su utilización. En el niño, siempre humedecido más ó menos por las deyecciones naturales, el cuidado y vigilancia del bragueros es de las más penosas y pronto se impregna la pelota con las orinas. Por otra parte, se escorí la piel, se ulceraba fácilmente bajo una presión poco enérgica, y por esto durante el primer año debe usarse un aparato de cautchouc con pelota de aire que obtura y comprime medianamente.

Al lado de algunos niños en que á pesar de los inconvenientes señalados es posible la contención, figuran otros en que por circunstancias diversas se hace ésta muy difícil. Las paredes muy fláxidas, la amplitud de los anillos, el deslizamiento del ciego, si no en el saco al menos contra su cuello, los esfuerzos debidos á la tos, á la constipación, á los gritos, la presencia del testículo en ectopia, etc., son otros tantos motivos que hacen ilusoria la eficacia del bragueros. La hernia se desliza bajo el vendaje, crece más y más, las digestiones se dificultan, sobrevienen cólicos frecuentes, el niño sufre, grita, se nutre mal y acaba por padecer una caquexia herniaria que lo vuelve débil influyendo sobre su desarrollo. De aquí que se haya iniciado una reacción en contra del tratamiento por los bragueros, y que autores como Broca, Poulet de Lyon y otros preconicen la operación aun para niños de meses de nacidos.

A pesar de todo subsiste la idea para la mayoría de no pretender operar las hernias de la infancia si no es obligados por la presencia de accidentes serios, limitándonos mientras á la aplicación de un braguero siguiendo los preceptos ya indicados cuando nos ocupamos del tratamiento paliativo, aparato que debe estar en su sitio día y noche, vigiándolo frecuentemente para impedir que bajo él se deslicen las vísceras y atendiendo siempre al estado de la piel. Es necesario, además, para obtener una buena contención aplicar un vendaje bilateral, pues el de un solo lado desliza casi siempre sin sostener bien la hernia, y aun suponiendo que sea eficaz, es prudente recurrir al doble, pues la anomalía es á menudo bilateral y á una hernia evidente de un lado corresponde una punta del opuesto, y ya que se trata una hernia claramente perceptible, debe aprovecharse para favorecer la obliteración de la que sólo se puede presumir.

En el joven y aun en el adulto se ha pretendido curar radicalmente las hernias con el empleo del braguero, y para el efecto los fabricantes han puesto en juego su ingenio multiplicando los modelos. Así tenemos el *finger truss*, que consiste principalmente en la substitución de la pelota por tres ó cuatro dedos de celuloide con falanges articuladas como las naturales y que aplicados sobre la región inguinal siguen los movimientos de ésta durante la respiración, haciendo á la vez una especie de masage continuo sobre el orificio herniario, lo que produce, según el inventor, la obliteración del trayecto. En otros modelos en vez de dedos figuran cuatro godetes con unos resortes que tienen las mismas ventajas que el aparato antes descrito. La experiencia no ha sancionado la utilidad de dichos procedimientos, y sólo en el niño, y hasta los seis ó siete años, se considera conveniente el pretender la curación radical con el uso exclusivo del braguero.

El método de L. Champiornnière constituye el recurso más generalmente usado para curar radicalmente las hernias, y puede considerarse como el clásico para ese objeto.

Tres son las grandes indicaciones que hay que llenar en dicho método 1° Modificar ó destruir la serosa, pues la supresión de la superficie deslizante suprime la tendencia al deslizamiento intersticial. 2° Constituir en lugar de la perforación de la pared, del orificio y del canal, una cicatriz lo más resistente que sea posible para formar la barrera necesaria que se oponga al paso de las vísceras que tienden á descender

y forzar dicha pared. Y 3° Si fuere posible obrar sobre el contenido del saco desprendiendo ó destruyendo las partes no indispensables para ciertas funciones, partes que salen del abdomen que se fijan afuera ó cerca del anillo ó vienen á chocar contra la parte superior de la región (epiplón).

Los caracteres de la operación que llenan esos requisitos están constituidos por la apertura y la supresión del saco, hecha tan alto como sea posible, que hacen desaparecer el plano deslizante; y para que dicha desaparición sea completa se requiere que la serosa situada arriba del cuello del saco se cierre por una ligadura fuerte y se quite lo sobrante de manera que todo infundibulum ó fondo de saco desaparezca por completo y que en la región donde estaba la hernia no se encuentre sino un plano liso y continuo con el resto de la cara profunda de la pared abdominal.

Se necesita también que el sitio en que la pared estaba abierta y atravesada por un saco seroso, quede ocupado por una cicatriz poderosa que defienda ese punto de toda depresión y debilidad, lo que se logra interviniendo de una manera amplia y colocando suturas en los diversos planos; y por último, debe completarse el tratamiento con el de las partes contenidas en el saco, resecando el epiplón y quitando todo lo que de él salga por una tracción enérgica: así se aleja lo que pudiera insinuarse de nuevo y se aseguran las mayores probabilidades de persistencia del éxito.

Para la realización de las condiciones expresadas es preciso atenerse fielmente á todos los detalles, modificándolos, sin embargo, según las circunstancias, pues según dice el mismo Championnière, su manera de operar no constituye un procedimiento único aplicable á todos los casos, sino un método general susceptible de variarse con cada caso especial.

Como preparación del enfermo es conveniente administrarle uno ó varios purgantes y hacerle que se dé un baño tibio la víspera del día de la operación. Si fuere posible se ejecutará la intervención en un hospital ó casa de salud de preferencia al domicilio del enfermo, pues en los primeros se cuenta con mejores elementos de calefacción, asepsia, etc., y se escogerán para operar las épocas del año en que sean menos frecuentes los enfriamientos. Deben desinfectarse perfectamente las regiones de la ingle y del escroto, procediendo con la misma escrupulosidad que se emplea en toda operación intrabdominal, y por último, se proce-

derá contando con una anestesia, ya sea local ó general. irreprochable.

La anestesia necesaria para la curación por el método que estudiamos merece algunas consideraciones que brevemente expondremos. Desde luego puede ser general ó local. La primera está indicada en general para las hernias grandes, y sobre todo para las complicadas; la duración del acto operatorio, el relajamiento que favorece la reducción de las vísceras, la quietud que produce en el paciente, el hecho de permitir las maniobras operatorias dolorosas que originan el manejo de un testículo ectopiado, son otros tantos motivos que legitiman el empleo de la anestesia general en la curación de las hernias. Debe llevarse á cabo con el cloroformo perfectamente puro, excluyendo el éter dada la facilidad con que sobrevienen las congestiones pulmonares en los operados de hernia, y es preciso usar la menor cantidad de agente posible para evitar que el paciente permanezca largo tiempo en ese estado de semiasfixia que predispone á las complicaciones pulmonares. La anestesia será absoluta sin que los esfuerzos del operado ni los vómitos vengan á dificultar las maniobras ó á producir una salida de vísceras que serían difíciles de reducir, recordando, además, que para resecar el epiplón se requiere una calma completa, y nada más penoso que intentar una operación delicada teniendo que luchar con un enfermo que se mueve durante los momentos en que necesitamos de mayor quietud; por último, la anestesia debe prolongarse hasta que la aplicación del apósito quede completamente terminada, pues si entonces sobrevienen los vómitos ya la herida cuenta con una protección capaz de resistir los esfuerzos producidos.

La anestesia local está indicada en general para las hernias sin complicación alguna, y sobre todo para las muy pequeñas, pues pudiendo el enfermo pujar cuando se le ordena se facilita la investigación del saco, la anestesia local tiene menos peligros que el cloroformo y no predispone á la aparición de los vómitos ni á la congestión pulmonar.

En los enfermos que rehúsan este agente y en aquellos en que esté contraindicado por afecciones cardio-vasculares, de los pulmones, etc., cabe también la aplicación de la anestesia local aun para las hernias de cierto volumen, debiendo advertir que estos preceptos no son sino reglas generales que se modificarán adaptándolas á cada caso.

La técnica será la indicada por Reclus, haciendo inyecciones intradérmicas primero, y luego en los distintos planos, valiéndose de una

solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 1 por ciento sin pasar de 0 gr. 15 del alcaloide en la generalidad de los casos.

Como instrumentos se necesitan: dos bisturís rectos, unas tijeras finas, dos ganchos separadores, dos agujas de Reverdin, una recta y otra curva, de seis á doce pinzas hemostáticas. Si fuese posible, los instrumentos especiales del autor, como la aguja roma de Championnière, la pinza alejadora del mismo, su pinza Clamp, su pinza ancha y su pinza de horquilla. Se necesita, además, catgut grueso y fino y crin de Florencia.

La operación propiamente tal puede dividirse en los siguientes tiempos:

- 1°—Incisión de la piel y del tejido celular.
- 2°—Disección del saco.
- 3°—Apertura del saco y tratamiento de su contenido.
- 4°—Tratamiento del saco.
- 5°—Suturas profundas, autoplastia si fuere necesario.
- 6°—Suturas superficiales.
- 7°—Canalización y curación.

Por último, consideraremos el tratamiento consecutivo á la curación radical.

1° *Incisión de la piel y del tejido celular.*—La incisión de los tegumentos debe ser oblicua de arriba hacia abajo, siguiendo la dirección del trayecto inguinal y la del cordón que sirve como punto de referencia, así como el orificio exterior del canal. Debe ser amplia y proporcional á las dimensiones de la hernia para maniobrar con toda facilidad, siendo preferible colocar la incisión más bien hacia el pedículo de la hernia, lo que permite abrir ampliamente el canal y alcanzar la serosa en un punto alto. El sitio de la incisión no queda siempre indicado por la forma de la hernia, siendo siempre conveniente, cualquiera que sea ésta, el situar la primera de tal modo que ya vacía la región quede al frente el campo donde se colocarán las suturas.

2° *Disección del saco.*—En este tiempo se aísla perfectamente la bolsa herniaria desprendiéndola de los tejidos periféricos, valiéndose para ello de los instrumentos cortantes para no desgarrar las partes. Se procura poner á descubierto todo el saco desde su nacimiento hasta su porción más baja debridando los pilares y la pared anterior del canal si fuere preciso. Es necesario durante este tiempo el tener en cuenta si

se trata de una hernia congénita ó de una ordinaria, pues en el primer caso la parte del saco que contiene al testículo debe quedar en su sitio si fuere el conveniente y comenzar la disección arriba de la glándula, mientras que en el segundo se disecarán los tejidos que la circundan con el mayor miramiento, cuidando de no tomar mucho tejido celular periférico, lo que aumentaría las dificultades por la hemorragia, y multiplicando las precauciones cuando van á separarse los elementos del cordón y del testículo.

Para evitar el escape de las fibras arciformes y el trabajo de buscarlas después, es bueno tomar lo que va á ser bordes de la incisión con unas pinzas de ramas largas y rectas, ligeramente acanaladas, que se ponen paralelas al canal antes de cortarlo.

3° *Apertura del saco y tratamiento de su contenido.*—La incisión del saco debe practicarse con la ayuda de la sonda acanalada en todo el largo de aquel, cortando capa por capa para no correr el peligro de herir el contenido. Llegados á la cavidad se toman con pinzas los labios de la incisión para no perderla y se comienza por tratar el epiplón suprimiendo todo lo que está afuera y lo que se alcance después de ejercer una tracción enérgica, con lo que se logra llegar á suprimir porciones considerables. Según L. Championnière, reseca lo más que sea posible de epiplón se vacía al abdomen de una parte de su contenido; así se hace lugar para las otras vísceras, se suprime un órgano que es un agente activo en la formación de las hernias, pues en muchos casos se comprueba que el epiplón precede al intestino en su salida y forza de cierto modo el paso; y por último, procediendo de dicha manera se pueden destruir las adherencias al cuello, adherencias que son causa fatal de la vuelta de la hernia y de la persistencia de dolores que con la operación debían haber desaparecido.

El empleo del pedículo epiploico como tapón fijado al orificio herniario no es de recomendarse porque no defiende, y antes bien es un agente de penetración de las vísceras á través de la pared, crea adherencias causa á su vez de padecimientos, llegando hasta producir accidentes de extrangulación por haber penetrado el intestino entre las franjas epiploicas.

Para reseca el epiplón se le toma con dos pinzas largas ó bien con los dedos, según las dimensiones de aquel, y en la parte más alta se pasa la aguja recta de Reverdin evitando el herir los vasos, ó se usa la aguja

roma de Championnière que da mayores seguridades á este respecto. Pasada la aguja se abre ésta y se engancha un hilo de catgut doble de veinticinco á treinta centímetros de longitud, más bien grueso que delgado, y que ha permanecido en una solución acuosa para darle la mayor flexibilidad. Una vez el hilo en su lugar se le corta al ras de la aguja y se pone el siguiente que se entrelaza con uno de los cabos del anterior, quedando así varios grupos en cadena que limitan masas compactas y distintas que pueden deslizarse fácilmente. Si el intestino y el epiplón estuvieren unidos entre sí ó al saco, hay que comenzar por desdoblarlos por una disección cuidadosa haciendo una hemostasia perfecta.

Después de terminada la formación de grupos de ligaduras se reseca todo lo sobrante valiéndose de las tijeras y se repasa el muñón para ver si no queda algún vaso que dé una pequeña cantidad de sangre, que deberá ligarse con catgut fino, que si fuere vaso de importancia será mejor el ligar en masa. Una vez resecado el epiplón se reduce el muñón tomándolo por uno de sus extremos é introduciéndolo suavemente por el orificio herniario. Si el intestino forma parte de la hernia se le reduce también después de haber reconocido su perfecta integridad, teniendo la precaución de no querer hacerlo entrar en masa sino gradualmente, comenzando por un extremo y ejecutando las debridaciones que fueren necesarias para el objeto.

Si, por el contrario, el intestino presenta huellas de perforación ó la lividez característica que la hace inminente, varía la conducta del cirujano, quien entonces procederá como convenga, ya haciendo un ano artificial ó resecando intestino; pero como quiera que por ahora sólo describimos la operación en las condiciones más comunes, dejaremos para otro lugar lo que á esa cuestión se refiere.

A este tercer tiempo corresponde también el tratamiento del testículo, pudiendo suceder dos cosas: 1° Está la glándula en el interior y fondo del saco como en la hernia congénita. En este caso debe ser siempre separada del saco por una incisión transversal una parte de la serosa destinada á servirle de envoltura al teste, cerrando con sumo cuidado la vaginal formada por medio de suturas, y entonces no se canaliza; ó bien se deja que se encorve la serosa al rededor del testículo sin hacer suturas, y se coloca el tubo de canalización cerca de dicha serosa, abierta como si se hubiera tratado de un hidrocele. Ambas maneras de proceder tienen idéntico valor.

2º El teste está aplicado contra el canal inguinal ó encerrado en él. Si el individuo no es joven y la glándula dolorosa quizá consienta en su sacrificio; pero lo general es que aun atrofiada la estime en más de lo que á primera vista pudiera parecer, además de que aun siendo inútil un testículo en esas condiciones para la formación del esperma tiene cierto valor moral y probablemente sirve para los reflejos que determinan la erección. Ahora bien, el desprendimiento del testículo puede ser difícil por varias razones: á veces está unido de tal manera al saco que se tienen grandes trabajos para separarlo; en otras ocasiones queda retenido ó atraído hacia arriba por un estuche fibroso muy resistente que mientras persista no permitirá al teste que permanezca en el sitio en que se fija hacia abajo, presentando éste gran tendencia á volver á su lugar primitivo. Hay que destruir estos tractus fibrosos con gran minuciosidad, que en los casos graves están de tal modo apretados que es preciso sacrificar la mayor parte del cordón para que desaparezcan, no dejando sino la arteria espermática y el canal deferente. Es necesario fabricarle al teste un alojamiento en las bolsas, para lo cual se ahueca una cavidad con el dedo formando una especie de nido en el lugar conveniente donde se le fija. Por regla general se puede llevar la glándula á su sitio con restos de serosa que serán los primeros rudimentos de la vaginal que se va á construir en ese punto; el testículo debe ser en todo caso fijado con un hilo que atraviese los restos de la serosa, y aun la misma glándula y la piel, con lo que se logra que cuando vengan las nuevas adherencias quede aquella en su lugar definitivo.

En otros casos un testículo atrofiado y fijo en un punto que imposibilite la oclusión del canal puede exigir la castración, pero esto es excepcional; y lo que más decide á este sacrificio es la perspectiva de conservar una glándula dolorosa que tiende á aplicarse contra el pubis en una región donde va á quedar expuesta á todos los choques. En tal caso vale más desembarazar al enfermo de un órgano estorbo y sin utilidad, pudiendo en muchas ocasiones formarle con el tejido celular una masa que le dé la ilusión de un testículo.

Cuando ha sido necesaria la castración se rechaza el muñón formado al interior del abdomen una vez revisado aquel y seguros de que se ha hecho una hemostasis perfecta.

Cuando se ha operado en una edad tierna y puesto la glándula en su sitio normal, no es raro el que termine su desarrollo que había sido de-

tenido por la misma ectopia, y de aquí la conveniencia de conservarla siempre que sea posible no haciendo su sacrificio sino como último extremo.

En la criptorquidia hay que buscar al teste en el vientre, y de ahí traerlo al campo operatorio por medio de una pinza, arrastrando una especie de mesenterio que por lo general lo sujeta y cuidando de no herir el cordón. Una vez afuera la glándula se la fija como en los casos de ectopia.

Cuando se trata de una hernia inguinal complicada con un *cistocèle* debe disecarse con mucho cuidado evitando el herir la vejiga, y si por un accidente se lesionara ésta, sería preciso suturar inmediatamente por planos, absteniéndose de todo cateterismo ó lavado intravesical. De paso recordaremos que la presencia de una masa amarillenta situada adelante de la vejiga es un buen indicio de *cistocèle* y una advertencia de que deben multiplicarse las precauciones.

4° *Tratamiento del saco*.—Para L. Championnière la extirpación del saco es el fundamento verdadero de toda curación radical que merezca tal nombre.

Una vez desprendidas y en el vientre las vísceras se trata de cerrar por completo la cavidad peritoneal, y para el efecto se comienza por hacer la pediculización y ligadura obrando sobre la parte más alta del tubo seroso que sea posible alcanzar después de haber ejercido una ligera tracción sobre el saco. La elasticidad propia de los tejidos y las capas laminosas que cubren al peritoneo permiten su deslizamiento al través de los anillos, y una vez reseca el saco se ve desaparecer en el vientre el pedículo con la ligadura gracias á esa misma elasticidad que se había forzado con la tracción.

Para lograr una buena tracción y reseca bien arriba ha sido preciso el aislamiento perfecto de todo lo que constituye el cuello, debriando ampliamente la pared anterior del canal si fuese necesario; con las partes á la vista se estira el saco verticalmente, teniendo el cuidado de que las vísceras no salgan durante esta maniobra; y seguros de su vacuidad, para lo cual puede introducirse uno ó dos dedos al través del cuello, se forma el pedículo sobre la porción más alta del tubo que sea posible alcanzar. Con la aguja de Reverdín se le atraviesa de parte á parte y se pasa un hilo doble de catgut grueso que se divide en la continuidad, se cruzan los cabos entrelazándolos y se ponen tres nudos

sucesivos, anudando, por último, los dos hilos juntos. Se corta el pedículo con las tijeras debajo de los nudos procurando no dejar divertículos y luego los cabos del hilo.

Si la disección fué buena y alta desaparece por sí solo el muñón formado; pero para mayor seguridad es conveniente rechazarlo con el dedo adentro del abdomen, destruyendo las adherencias que pudieran impedirlo.

A veces, por lo voluminoso de la hernia, es preciso usar tres ó más hilos que se entrelazan formando cadena, procurando al mismo tiempo dejar el muñón lo más delgado que sea posible. Estos hilos múltiples son indispensables cuando el intestino grueso ha formado parte de la hernia, y no es prudente en casos tales hacer tracciones sobre la serosa, sino limitarse á cerrar de un modo sólido por medio de una cadena de hilos que se anudan sobre el pedículo y sobre los primeros nudos formados.

5° *Suturas profundas. Autoplastia si fuere necesario.*—Los tiempos primeros de la operación han preparado la manera de crear una barrera sólida y poderosa contra la cual puedan venir á chocar las vísceras sin inconveniente. Esta superficie dura y homogénea debe ocupar toda la región herniaria, y aun más, y de aquí que se trate de obtener una cicatriz lo más amplia que sea posible; para el efecto se ha abordado la hernia por una incisión grande y alta, el corte de la pared anterior del canal permite, sobre todo en las hernias pequeñas, el reseca el saco á buena altura y la cicatriz que se forme fusionará todos los tejidos defendiendo mejor que las fibras musculares sacrificadas que habían sido distendidas por el paso de las vísceras.

Producir una cicatriz poderosa y profunda que dé origen á un cordón duro y voluminoso y que descienda del vientre á las bolsas, tal es el desideratum en el método de Championnière.

Se ha pedido la defensa á la sutura de los pilares; pero, según dicho autor, por sí misma vale poco la sutura, la vitalidad de los pilares es escasa y muy limitada la resistencia para oponerse por sí solos á las presiones, siendo, además, muy comunes las reincidencias en los operados por cirujanos que hacen con minuciosidad la sutura de los pilares.

Se ha querido tapar el trayecto herniario con un tapón epiploico ó con restos de serosa y del saco, pero esto no viene á ser sino otro motivo de reincidencia y aun de estrangulamiento para la hernia, que no tardará

en aparecer. Por último, no ha faltado quien aconseje hacer supurar al trayecto para lograr una cicatriz más sólida, lo que además de agravar el pronóstico, peca contra todo principio, pues las cicatrices verdaderamente poderosas y sólidas son las obtenidas por primera intención.

Siendo necesario que las partes queden bien reunidas y todo condensado en una masa homogénea, debe seguirse la práctica de suturar por planos y con suturas perdidas, no haciendo la reunión de los pilares en el sentido propio de la palabra, sino agrupando y fusionando los tejidos que puedan reforzar la región defendiéndola de nuevos hundimientos. Para esto se suturan con catgut no muy grueso todas las partes que constituían la pared del canal y todas las circunvecinas que han sido seccionadas, procurando unir las por planos y en toda su extensión, poniendo de preferencia puntos entrecortados que se anudan tres veces para formar especies de núcleos perceptibles al través de los tejidos y que contribuyen á dar mayor solidez. Por último, se completa la barrera suturando las partes profundas con las superficiales por medio de hilos gruesos que á su vez se anudan.

Si el canal es muy amplio y hay cierta tendencia á la flacidez ó sobra de colgajos, se hace una especie de autoplastia deslizandolos labios divididos uno sobre el otro y dejándolos en su nueva posición por suturas.

La aplicación de las suturas profundas no ofrece por lo general dificultades, y sólo la presencia del canal deferente exige que se tenga cierto cuidado para no comprenderlo en un punto. Si se ha hecho una buena disección se nota perfectamente el sitio que ocupa, y es fácil desalojarle y crearle una especie de canaladura en el fondo de la herida.

6.º *Suturas superficiales.*—Una vez suturados los planos profundos se aplicarán las suturas superficiales, ó sean las de la piel, valiéndose para ello de la crin de Florencia, que tiene la ventaja de no cortar los tejidos y de poder ser quitada fácilmente haciendo un afrontamiento perfecto en toda la extensión de la herida por medio de puntos entrecortados.

(Continuará.)