

## DOCUMENTOS

# Historia de la cirugía de la hernia inguinal

Dr. OSVALDO LLANOS L

*Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*

La historia de la hernia es tan antigua como la historia de la humanidad y ha sido siempre tema de interés para los anatomistas, para los cirujanos y para los historiadores de la medicina.

Desde la Antigüedad ha existido la preocupación por conocer y corregir los defectos asociados a la anatomía humana, incluida en ellos la hernia inguinal. Ya los médicos sumerios en Mesopotamia, en los registros quirúrgicos más antiguos que se conocen, hablaban de "herniotomía", 4.000 años AC.<sup>1,2</sup>

El papiro de Ebers, escrito en 1550 AC, describe la hernia inguinal como sigue "...se ve una hinchazón en la superficie del vientre... que sale hacia fuera... provocada por la tos...".<sup>3,4</sup> Los egipcios, quienes mejoraron la medicina y cirugía legada de los babilonios, realizaron notables progresos en el tratamiento de las hernias, con vendajes que fueron precursores de los bragueros, como también insinuaron algunas operaciones. La momia del faraón Merneptah (19ª Dinastía, 1224-1214 AC) muestra una herida en la región inguinal, que ha sido interpretada como una operación de hernia. A su vez, la momia de Ramsés V (20ª Dinastía), también muestra un saco herniario inguinal, aparentemente no operado.<sup>4</sup>

En Alejandría se utilizó también vendajes apretados para el tratamiento de la hernia inguinal. Esto ha sido ilustrado con el hallazgo de una estatuilla fenicia, que data del año 900 AC, que muestra una hernia inguinal bilateral tratada con vendajes compresivos.<sup>5</sup>

En griego la palabra "hernios" significa retoño, vástago, brote, cogollo, botón. Está bien representada en una estatuilla de piedra de la antigua Grecia que muestra un aumento de volumen en la ingle. Los griegos fueron los primeros en diferenciar una hernia de un hidrocele, mediante la reducción de la hernia y la transiluminación del hidrocele.

Recomendaban la taxis para la estrangulación herniaria y hay intentos descritos para reducir hernias estranguladas en el año 400 AC por Praxágoras de Cos. Hipócrates (460-370), menciona las hernias inguinales sólo en niños.<sup>6</sup>

En Roma, la cirugía era practicada casi exclusivamente por médicos griegos. En el tratamiento de la hernia se utilizaba los bragueros y la cirugía se indicaba sólo por dolor o por estrangulación. La operación incluía casi de rutina la exéresis del testículo. El enciclopedista Celso (25 AC-50 DC), inmigrante griego a Roma, quien no era médico pero escribió en latín sobre las ciencias y prácticas médicas, entre otros temas, describió en forma detallada una operación de una hernia inguinal. Se cree que Heliodoro (circa 100 AC) fue el primer cirujano que operó una hernia y habría sido quien realizó la operación descrita por Celso. Según la descripción, Heliodoro separó el cordón, torció el saco, ligó los vasos, no tocó los testículos ni reparó la pared posterior del conducto inguinal.<sup>7</sup> En esa época la herida se dejaba abierta para que granulara y si era muy grande se cauterizaba para estimular la cicatrización.

Aretaios, de Capadocia (hoy Turquía), en el siglo I DC escribió también sobre la hernia y su método de tratamiento era similar al descrito por Celso. Describió también en detalle el íleo secundario a una hernia inguinal complicada.<sup>1</sup> Soranus de Efeso S I-II DC, famoso ginecólogo, fue el primero en describir una hernia que contenía el ovario y la trompa.<sup>6</sup>

Más adelante, alrededor del año 200 DC, Galeno, el último de los cirujanos griegos famosos, quien escribió acerca de la anatomía sin disecar el cuerpo humano, introdujo el concepto de que la hernia era causada por una ruptura del peritoneo con estiramiento de las fascias y de los músculos.<sup>5</sup> Este concepto prevaleció por 1.000 años hasta que

Guy de Chauliac afirmó que esa no era la causa. El método de Galeno para tratar la hernia era ligar el saco a nivel del orificio inguinal superficial o bajo él.<sup>6</sup>

Al comienzo de la Edad Media, el tratamiento de la hernia tuvo algunos avances notables. Un personaje destacado en este aspecto fue Paul de Aegina (607 ó 625?-690 DC), el último de los cirujanos escritores griegos, quien hizo la distinción entre una hernia incompleta o bubonocèle y la forma completa o escrotal. Para esta última recomendaba la ligadura del saco y del cordón con la amputación del testículo. Su trabajo constituye, en cierto modo, una vuelta a la cirugía clásica de Alejandría y de Roma, en la que se incluía casi de rutina la extirpación del testículo. Paul de Aegina escribió sobre una operación de hernia, aparentemente no estrangulada: "Se realiza una incisión del largo de tres dedos de ancho en la región inguinal, sobre la hinchazón. Se separa la piel y la grasa y se expone el peritoneo. Se separa el intestino con la punta de una sonda. No se corta el peritoneo ni se tocan los testículos, sino que se procede directamente a tratar la herida."<sup>7,8</sup> Doce siglos más tarde, Halsted afirmaba: "...la operación para el tratamiento de la hernia en el tiempo de los emperadores romanos era la misma que la actual".<sup>7</sup>

Después de la caída del Imperio Romano, luego de un tiempo relativamente breve, en que la medicina estuvo en manos de los monjes, la Iglesia sometió a interdicción la cirugía, mediante el edicto "Ecclesia abhorret a sanguine", Concilio de Tours, 1169. Así, ésta quedó relegada a barberos, verdugos y flebotomos itinerantes, quienes eran personas de poca cultura, autodidactos e incapaces de leer latín o griego, que era lo que permitía aprender de los antiguos. Muchos textos antiguos se perdieron y algunos se recuperaron por traducciones desde el árabe después de la conquista del Islam. El trabajo de Celso fue recién recuperado por el Papa Nicolás V e impreso en 1478 en Florencia en el latín original. En esta época cobró importancia la influencia árabe en Europa y en cirugía destacó, entre otros, Abu'l Qasim al Zharawi (Albucasis) (936-1013), nacido en Andalucía. Albucasis escribió el primer texto ilustrado de cirugía (Altasrif), e introdujo el uso del fierro incandescente para cauterizar las heridas.<sup>2</sup> En su capítulo sobre el tratamiento de las hernias recomendaba: "En casos de ruptura en la ingle, e que parte del intestino y del epiplón baja al escroto... prohíba al paciente que coma por un día y dele laxantes para vaciar el intestino. Acueste al paciente de espaldas... que aguante la respiración hasta que salga el intestino... luego redúzcalo con un dedo... haga una marca sobre el hueso púbico... caliente el cauterio al rojo... tenga un ayu-

dante que sujete con la mano el intestino para que no salga... aplique el cauterio en la marca hasta que llegue al hueso...". Agrega que la operación no tendrá éxito si la cauterización no llega al hueso y que el paciente debía permanecer acostado durante cuarenta días para permitir la cicatrización.

En la Edad Media la hernia era tratada fundamentalmente con bragueros. En los casos en que se operaba, la castración era realizada con mucha frecuencia, en conjunto con la ligadura del saco. En los enfermos en que se evitaba la castración, la intervención era llamada la operación real, porque preservaba futuras generaciones de individuos para el rey. El mismo principio fue, posteriormente, la base del llamado punto real o punto de oro, el que incluía al saco y al cordón, con una hebra de oro, en un intento por sujetar las vísceras sin sacrificar la circulación del cordón.<sup>5</sup>

No fue sino hasta fines del siglo XIII, cuando Guglielmo de Saliceto (1210-1277), profesor de cirugía en Bolonia, preconizó la doble ligadura y sección del saco, y, trece siglos después de Celso, rechazó de nuevo la extirpación del testículo como parte esencial del tratamiento de la hernia.<sup>1</sup> Da Saliceto escribió el libro "Cirurgia", el que junto al tratado de Salerno se transformó en el texto quirúrgico más importante del Renacimiento.

Otros cirujanos importantes de la época que se preocuparon de la hernia inguinal fueron Roger de Salerno (1210), Theodorico en Bolonia, Lanfranc en París (1315), Roland de Parma (1383) quien recomendó la posición de Trendelenburg para reducir la hernia. Guido Lanfranchi, conocido también como Lanfranc fue uno de los padres de la cirugía francesa. Era oriundo de Milán, educado por Da Saliceto, tuvo que abandonar Italia por razones políticas y radicarse en París. Lanfranc abogaba por el tratamiento conservador de las hernias. Afirmaba que estaba inspirado por Dios para salvar el testículo y realizaba la orquidectomía sólo en forma ocasional. Mundinus (1275-1327), por su parte, describió la "cura radical de la hernia", en su libro de disección, "Anathomia".<sup>9,10</sup>

A pesar de los progresos hechos por estos destacados cirujanos en esta oscura época de barberos, sin duda que Guy de Chauliac (1300-1368) fue la figura más distinguida e importante de la época. Una de sus contribuciones más importantes fue precisamente rescatar el tratamiento de la hernia de las manos de los curanderos. Creía que el médico debía reducir la hernia en forma manual y ayudarse con el paciente en posición de Trendelenburg o incluso colgado de los pies en caso necesario. Usaba laxantes, reposo y dietas rigurosas para facilitar la reducción de la hernia. En 1363, Guy de

Chauliac escribió su libro "Chirurgia Magna" y diferenció por primera vez la hernia umbilical, la hernia inguinal y la hernia crural. Operaba la hernia con extirpación del saco, empleando la sutura más que la cauterización.<sup>1-3</sup>

Durante los años previos al Renacimiento se acumuló relativamente poco conocimiento acerca de las hernias. La cirugía era primitiva y habitualmente se usaba sólo para salvar la vida del enfermo. En el Renacimiento, por el contrario, al igual que el importante progreso observado en todas las artes y ciencias, hubo un gran impulso al conocimiento de las hernias y a su tratamiento quirúrgico. A pesar de que los barberos eran despreciados por la profesión médica, uno de ellos hizo una contribución trascendente a la herniología en 1556. Pierre Franco, barbero cirujano itinerante de Suiza (1500-1561), describió la operación para la hernia estrangulada realizada en forma precoz. Describió la incisión del cuello constreñido del saco, con la ayuda de un disector acanalado, diseñado por él mismo, para proteger al intestino herniado, luego lo reduce al abdomen y lo contienen con una sutura de lino fino, para cerrar el defecto. Aparentemente fue el primero en describir y operar una hernia estrangulada.<sup>2</sup>

En 1559, Kaspar Stromayr, flebotomo alemán, publicó su libro "Práctica Copiosa", con 186 acuarelas que ilustran las operaciones para la hernia. Stromayr describió por primera vez la hernia inguinal indirecta y la directa. Recomendaba que la extirpación del testículo era válida sólo para las operaciones de hernia de tipo indirecto pero no para las directas.<sup>4</sup> Desafortunadamente su libro con las hermosas ilustraciones a la acuarela no fue publicado sino hasta 1925.

Antonio Benivieni (1440-1502), cirujano florentino, formado en Pisa y Siena, contribuyó en forma notable al desarrollo de la herniología. Benivieni mantuvo un registro clínico cuidadoso de sus operaciones y siguió a los pacientes hasta practicarles la autopsia. Por ello fue llamado padre de la Anatomía Patológica. Sus notas fueron publicadas después de su muerte, en 1507, por su amigo Rosati bajo el título "De abditis morborum causis" (Las causas escondidas de las enfermedades), obra que contiene la descripción de varios tipos de hernia.<sup>1,9</sup>

Ambroise Paré (1510-1590), uno de los cirujanos más notables del Renacimiento, también preconizaba el uso de bragueros para el tratamiento de las hernias, pero operaba las hernias atascadas y estranguladas. En su libro "Dix Livres de la Chirurgie avec le Magasin des Instruments Nécessaires a l'celle", dedicó un capítulo entero a las hernias. Describió la operación para la hernia y detalló como

debía reducirse el contenido herniario al abdomen y suturar el peritoneo. Cuando la "ruptura" no podía ser tratada "a causa de una gran solución de continuidad del peritoneo roto o relajado", Paré aconsejaba usar la sutura con el punto de oro. Dio una detallada descripción de la técnica, ilustración de los instrumentos y diversos bragueros para tratar las hernias y condenó a los herniotomistas itinerantes que realizaban la castración.

Otro famoso cirujano de comienzos del Renacimiento fue Giovanni de Vigo (1450-1525). De Vigo nació en Rapallo, Italia y fue médico personal del Papa Julio II. Publicó en latín su texto de nueve libros: "Practica Copiosa in Arte Chirurgia". En el segundo tomo de su obra entrega una detallada descripción de una operación de hernia inguinal. En ella, describe la reducción con dos dedos del intestino herniado, la sutura del saco, la extirpación aparentemente del testículo y luego la cauterización de la herida.<sup>11</sup>

Después del Renacimiento, la liberación de la disección anatómica permitió que la práctica de la autopsia se esparciera por Europa, con el consiguiente aumento del conocimiento tanto de la anatomía humana en general, como de la hernia inguinal en particular. Este mayor interés en la anatomía se tradujo en un mayor progreso de la cirugía.

En el siglo XVII se encuentran varias comunicaciones de hernias con contenido de órganos genitales femeninos.<sup>10</sup> Sennertus comunicó un caso de hernia de un útero embarazado; Sala, un caso de hernia de vejiga; Fabricius Hildanus en 1606 describió por primera vez una hernia inguinal con un enterocele parcial perforado.<sup>12</sup> Lavater, en su libro publicado en 1691, mostró un caso de hernia de ovario y trompa y describió el mecanismo de un enterocele parcial.<sup>10</sup> Ruysch sugirió la posibilidad de una hernia con un divertículo de Meckel como contenido, situación que fue corroborada años después por Littré y Mery en 1700, quienes fueron más conocidos por este aporte que su predecesor.<sup>1,10</sup> Otros autores como Barbette, Verheyen, Lowe, Scultetus y Dionis escribieron acerca de las diferentes variedades de hernias. Éste último, en su libro "Cours d'opérations de chirurgie", publicado en 1707, recomendó la sección del anillo inguinal externo en la operación para la hernia estrangulada.<sup>2</sup> A pesar de que la operación para la hernia estrangulada se generalizaba cada vez más, todavía prevalecían las teorías antiguas sobre las causas de la estrangulación. El tratamiento no operatorio de la hernia, todavía en boga en esa época, en particular en Dinamarca entre otros países, consistía en dejar al enfermo en cama durante seis a doce meses, con el cual se comunicaron algunas curas.

En el siglo XVIII se incrementó esta despertar de la anatomía y de la cirugía. William Chelsenden (1688-1752), fue uno de los líderes de los cirujanos ingleses de la primera mitad del siglo XVIII. Famoso por su dedicación al estudio de la anatomía, publicó "The Anatomy of the Human Body", "Osteographia or the Anatomy of the Bones" y "A Treatise on the High Operations for the Stone". Chelsenden también operó con éxito una hernia inguino-escrotal estrangulada.<sup>1</sup> Lorenz Heister (1683-1758), en su monografía publicada en 1724, describió y distinguió la hernia directa y la indirecta, diferenciación que ya había sido hecha 200 años antes por Stromayr. A diferencia de Stromayr, Heister destaca la innecesaria extirpación del testículo en la hernia directa.<sup>4</sup>

Entre otros cirujanos famosos de los siglos XVIII y XIX que participaron en el progreso del conocimiento y tratamiento de la hernia inguinal, destacan Littré, Mery, Petit, De Garengot, Sir Percival Pott, Richter, John Hunter, Astley Cooper, Scarpa, de Gimbernat, Colles, Hesselbach, Cloquet, Velpeau. De Garengot describió una hernia inguinal con el apéndice cecal en su interior en 1731.<sup>10</sup> En 1757, Sir Percival Pott describió la fisiopatología de la estrangulación herniaria y recomendó su tratamiento quirúrgico. En 1785, Richter comunicó un enterocele como contenido herniario, pellizcamiento parcial del intestino, conocida hoy como hernia de Richter, la que ya había sido descrita por Lavater en 1691. Por su parte, John Hunter afirmó la naturaleza congénita de algunas hernias inguinales indirectas y describió que el proceso vaginal era continuo con la túnica vaginal.<sup>2,10</sup>

Antonio de Gimbernat y Arbos (1734-1818), anatomista y cirujano portugués, considerado uno de los padres de la cirugía moderna de la hernia inguinal, publicó en 1793 el libro "Nuevo Método de Operar en la Hernia Crural", dedicado al rey Carlos IV en Madrid. De Gimbernat describió el ligamento que lleva su nombre, llamado también ligamento lacunar, y recomendó su sección en los casos de hernia femoral estrangulada, en lugar de la sección del ligamento inguinal en uso en ese entonces y que a veces provocaba grave sangrado. También describió en detalle las relaciones del anillo inguinal interno.<sup>4,7</sup>

En 1804, Astley Cooper (1768-1841) describió la fascia transversalis, la fascia cremasteriana y el ligamento pectíneo o ligamento de Cooper. Cooper distinguió la fascia transversalis del peritoneo y demostró que era la principal capa de defensa contra la herniación y no el peritoneo ni la aponeurosis del oblicuo externo. Reconocido como uno de los precursores de la cirugía moderna de la hernia,

basado en años de disecciones y operaciones, escribió el "Treatise on Hernia" en dos volúmenes. Fue el primero en entender el rol del tejido conectivo de la pared abdominal en el origen y tratamiento de la hernia. Consideró que la obstrucción venosa era el primer paso en la sucesión de hechos de la estrangulación. Escribió: "ninguna enfermedad del cuerpo humano, del ámbito quirúrgico, requiere para su tratamiento de una mayor combinación de conocimiento anatómico y de destreza quirúrgica, que la hernia en todas sus variedades."<sup>2,7</sup> Colles en 1811, describió la reflexión del ligamento inguinal y Hesselbach en 1814, el triángulo que lleva su nombre y el tracto ileo púbico. El triángulo de Hesselbach o triángulo inguinal, entre la vaina del recto, el ligamento inguinal y los vasos epigástricos, fue reconocido por Cooper como el área débil de la pared por donde sale la hernia directa.<sup>10</sup> Jules German Cloquet (1790-1883), en 1817 describió el proceso vaginal y observó que rara vez estaba cerrado al nacer, hallazgo importante para explicar la patogenia de la hernia inguinal indirecta.<sup>9</sup> Scarpa en 1814 describió la hernia por deslizamiento.<sup>4</sup>

A pesar del mayor progreso en el conocimiento anatómico de la región inguinal y de la introducción de la anestesia en 1846, la cirugía de la hernia tuvo pocos progresos hasta la primera mitad del siglo XIX, porque todos los intentos de operar el conducto inguinal se traducían en infección grave y en recurrencia de la hernia. Más aún, se creía que la infección estimulaba la cicatrización y llevaba a menor recurrencia. La mayoría de los cirujanos que operaban la hernia inguinal extirpaban el saco y dejaban la herida abierta para que cicatrizara por segunda intención. Con la introducción de la jeringa hipodérmica, algunos cirujanos inyectaban agentes esclerosantes, con pésimos resultados. Velpeau usó yodo y Pancoast en 1847 usó tintura de cantárida. También se usaron cáusticos y hasta cuerpos extraños, alfileres y hebras, en el conducto inguinal para promover la inflamación e infección, hasta que en 1888, Sir John Erichsen propuso abandonar estos métodos por peligrosos e inefectivos. Erichsen también, en 1888, fue el primero en proponer la resección intestinal con anastomosis primaria en el tratamiento de la hernia estrangulada. Esta proposición fue luego apoyada por Francks en 1893 y en poco tiempo llegó a ser la operación de elección para esta complicación.<sup>4</sup>

Esta era anatómica, entre los siglos XVII y XIX, estableció el conocimiento básico para el desarrollo futuro, pero la infección permanecía como el principal obstáculo para la cirugía de la hernia. La introducción de la cirugía antiséptica, alrededor de 1870, por uno de los pioneros de la cirugía moder-

na, Lord Joseph Lister (1827-1912), seguida más tarde por el cambio a cirugía aséptica con von Mickulicz (1850-1905) en 1904, cambió drásticamente el escenario quirúrgico y quedó abierto el campo al desarrollo de las técnicas modernas de la cirugía de la hernia. Henry Marcy (1837-1924) quien fue el primer discípulo norteamericano de Lister, después de volver a los Estados Unidos e implantar las técnicas antisépticas, escribió entre otras obras, "A treatise on hernia" y "Anatomy and surgical treatment of hernia" (1892). Marcy describió en 1871 una operación bajo técnica antiséptica para la hernia inguinal, en la que reduce el saco, sin abrirlo, por sobre el anillo inguinal superficial, el que luego era suturado y cerrado.<sup>2</sup> En 1874, Steele publicó en el *British Medical Journal*, su artículo "On operations for radical cure of hernia".<sup>4</sup> En él, también describe la reducción del saco, sin abrirlo, y luego la sutura del anillo inguinal superficial alrededor del cordón. En Alemania, Vincenz Czerny (1842-1916), por su parte, describió en 1876 la tracción del saco herniario hasta fuera del orificio inguinal superficial, luego su ligadura y sección y así el extremo ligado se retraía más allá del orificio inguinal profundo. Theodor Kocher (1841-1917), en Suiza, trasplantó el saco torcido en sentido ántero-lateral, con una sutura a través de la aponeurosis del oblicuo externo, procedimiento que era realizado a través del orificio inguinal superficial. En París, Lucas-Championnière (1843-1913), quien también fue discípulo de Lister en Londres, en 1881 fue el primero en abrir la aponeurosis del oblicuo mayor, abrir el conducto inguinal, operar la hernia y luego cerrarlo. Extirpaba el saco bajo visión directa del orificio inguinal. Publicó su importante obra "Cure Radicale Des Hernies" en 1887.<sup>1,4</sup>

A estas alturas de la historia se habían cumplido tres principios modernos de la cirugía de la hernia: antiseptia y asepsia, ligadura alta del saco y estrechamiento del orificio inguinal profundo. Sin embargo, estos procedimientos continuaban fracasando en alcanzar la meta de una cura radical para la hernia inguinal. Billroth en 1890 y Bull en 1891, revisaron la experiencia europea y la norteamericana respectivamente y comprobaron una elevada mortalidad por sepsis, peritonitis, hemorragia y otras complicaciones, 2-7%. Aún más, la recurrencia herniaria era de 30-40% en un año y prácticamente del 100% a 4 años (130 de 136 casos en la serie de Bull).<sup>4</sup> La mayoría de los cirujanos estaban tan desilusionados, que quienes mantenían la operación para la hernia, después de extirpar el saco, como los antiguos, dejaban las heridas abiertas, para que curaran por segunda intención (procedimiento de McBurney), esperando así que la

cicatrización de esta manera, evitara la recurrencia. El mismo año en que aparecieron estas deprimentes comunicaciones, se dispararon las penumbras con la histórica comunicación de Bassini, el verdadero padre de la herniorrafia moderna.

Eduardo Bassini (1844-1924), nació y fue educado en Pavía, pequeño pueblo cerca de Venecia, donde recibió su título de médico en 1866. Participó en las luchas por la unificación italiana y tuvo razones personales para interesarse en la anatomía de la pared del abdomen. En una pelea, cerca de la Villa Glori, el 20 de Octubre de 1867, recibió una herida de bayoneta por un guardia papal en la región inguinal derecha. La herida le comprometió el ciego y quedó con una fístula cecal en la región inguinal. Fue tratado con éxito por Luigi Porta, de quien fue luego su ayudante, y quien después lo envió a Viena a trabajar con Billroth. Después de visitar también a Langenbeck en Berlín y a Lister en Londres, volvió a Italia donde desarrolló la cirugía antiséptica y en 1882 fue nombrado profesor de Cirugía en Padua, donde permaneció cerca de 40 años.<sup>2,13</sup> Bassini, después de probar con varias técnicas, todas deficientes por las recurrencias, dio con la operación que lo hizo famoso. En su técnica reconstruye el canal de una manera anatómica. Recrea el anillo inguinal interno y externo, la pared posterior y anterior del conducto inguinal. Sutura con puntos separados de seda la fascia transversalis, el músculo oblicuo interno y el transversario (triple capa) al ligamento inguinal. En su descripción original, disecciona el espacio preperitoneal, lo que le permite una ligadura muy alta del saco. En el borde medial, la sutura incluye la vaina del recto y otros detalles, que hoy no se conservan.<sup>4,5,13,14</sup>

Bassini realizó por primera vez su operación en 1884 y la presentó a la Sociedad Italiana de Cirugía en Génova en abril de 1887. Más tarde lo hizo ante la Asociación Médica Italiana en Pavía el mismo año, con 72 enfermos operados. Publicó su célebre trabajo en 1889, un libro de 106 páginas con hermosas ilustraciones. Un año más tarde, en 1890, publicó en Alemania 206 operaciones, lo que realmente lo hizo famoso en todo el mundo. De estas 206 operaciones, 11 eran por estrangulación, sin mortalidad operatoria pero con tres muertes tardías, 35 eran reparaciones bilaterales. La edad de los enfermos fluctuaba entre 1 y 69 años, 11 heridas se infectaron y el seguimiento a 5 años se hizo a todos los enfermos menos a 4 y tuvo una recurrencia en 6 enfermos. Sus publicaciones más importantes al respecto fueron: "Sulla Cura Radicale Dell'Ernia Inguinale" (*Arch Soc Ital Chir*, 1887), "Nuovo Metodo Per La Cura Radicale Dell'Ernia Inguinale" (*Atti Congr: Assoc Med Ital*

1887), "Sopra 100 Casi Di Cura Radicale Dell'Ernia Inguinale" (Arch Atti Soc Ital Chir 1888), "Nuovo Metodo Per La Cura Radicale Dell'Ernia Inguinale" (Padua, Prosperini, 1889), "Ueber De Behandlung Des Leistenbruches" (Arch Kli Chir 1890). Después de su éxito en la operación para la hernia inguinal, Bassini aplicó sus técnicas revolucionarias también para la hernia crural y cuatro años más tarde publicó su "Nuovo Metodo Operativo Per La Cura Radicale Dell' Ernia Crurale".<sup>2,4,5</sup>

En los Estados Unidos, otro pionero de la cirugía, William Stewart Halsted (1852-1922), introdujo dos nuevas variantes técnicas de la herniorrafia inguinal, conocidas como Halsted I y II. En la operación de Halsted I, después de reparar la pared posterior, se sutura la aponeurosis del oblicuo mayor en forma interrumpida y se deja el cordón en posición subcutánea y en la operación de tipo Halsted II se deja el cordón bajo la aponeurosis. Halsted publicó sus experiencias en "The Radical Cure of Hernia" en el Johns Hopkins Hospital Bulletin en 1889. Halsted también comenzó la cirugía de la hernia con anestesia local y describió los principios de la anestesia regional. Como se sabe, Halsted además introdujo el uso de los guantes quirúrgicos.<sup>1,2,4,9</sup>

Así, Bassini y Halsted establecieron el cuarto principio de la cirugía moderna de la hernia inguinal, que es el reforzamiento de la pared posterior del conducto inguinal.

Después de Bassini, se han descrito numerosas técnicas, con diferentes variaciones, Mc Vay, Andrews, Shouldice, Nyhus, Condon, Harkins, etcétera, con distintas vías de abordaje, inguinal, preperitoneal, laparoscópica, etcétera, con distintos conceptos de tensión o sin tensión en la reparación, con o sin mallas o prótesis de diferentes diseños y materiales, pero realmente sin un cambio sustancial o trascendente en sus resultados, comparable con el quiebre en la historia que significó el aporte de Bassini, sin desmerecer los progresos logrados en esta vorágine de innovaciones técnicas. Bendavid,<sup>15</sup> afirma en 1989: "Desde la contribución de Bassini, que marcó época, en 1888, se han descrito no menos de 81 técnicas para la hernia inguinal y no menos de 79 para la hernia crural". Por cierto, después de 1989 se han descrito varias más.

A modo anecdótico, sin entrar a revisar la historia chilena, se remite un caso descrito en el libro de A. Reccius,<sup>16</sup> aparentemente comunicado en la Revista Médica de Chile de la época. El paciente llegó al Hospital San Juan de Dios en 1875, con una hernia inguinal estrangulada. Se trataba de un individuo fuerte de 40 años, que ingresó un día viernes a la sala de San Camilo. La hernia se había

estrangulado el día anterior, en la tarde. El tratamiento fue el siguiente: Tres sanguijuelas en la parte hinchada y dolorida, unguento mercurial, cataplasmas, nieve al interior, y, por todo alimento, caldo, un poco frío. El enfermo muere el día domingo con desfiguramiento completo del rostro, pero el dolor había casi desaparecido. En la autopsia se encontró una extensa gangrena intestinal. "En consecuencia", dice el autor, "habiendo adquirido la gangrena tan manifiesto desarrollo, no es raro ver morir al enfermo, casi en completo alivio".

**Nota:** Con gratitud y reconocimiento al distinguido profesor doctor Benedicto Chuaqui Jahiatt, Q.E.P.D., quien fue un estímulo permanente a la búsqueda de la verdad, no sólo a través de la Medicina, sino que también a través del cultivo de otras disciplinas humanísticas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Haeger K: The illustrated history of surgery. Harold Starke Publishers Ltd. London, United Kingdom, 2000.
2. Rutkow I: Surgery. Ann illustrated history. St Louis, USA: Mosby 1993.
3. Timetables of Medicine. Black Dog and Leventhal. New York, USA: Worth Press Limited. 2000.
4. Lau WY: History of treatment of groin hernia. World J Surg 2002; 26: 748-59.
5. Read R: The development of inguinal herniorrhaphy. Surg Clin North Am 1984; 64: 185-96.
6. Rutkow IM: A selective history of groin hernia surgery in the early 19<sup>th</sup> century. Surg Clin North Am 1998; 78: 921-40.
7. Skandalakis JE, Gray SW, Skandalakis LJ, Colborn GL, Pemberton LB: Surgical anatomy of the inguinal area. World J Surg 1989; 13: 490-8.
8. Gurunluoglu R, Gurunluoglu A: Paul de Aegina: Landmark in surgical progress. World J Surg 2003; 27: 18-25.
9. Skandalis J: Historical aspects of hernia therapy. CD. Syllabi Select PG 2001. USA: Am Coll Surg 2001.
10. Watson LF: Hernia. 2<sup>nd</sup> ed. St Louis, USA: Mosby 1938.
11. Gurunluoglu R, Gurunluoglu A, Piza-Katzer H: Review of the "Chirurgia" of Giovanni de Vigo: Estimate of his position in the history of surgery. World J Surg 2003; 27: 616-23.
12. Steinke W, Zellweger R: Richter's hernia and Sir Frederick Treves: An original clinical experience, review, and historical overview. Ann Surg 2000; 710-8.
13. Sachs M, Damm M, Encke A: Historical evolution of inguinal hernia repair. World J Surg 1997; 21: 218-23.
14. Calman CH: Atlas of hernia repair. St Louis, USA: Mosby 1966.
15. Bendavid R: New techniques in hernia repair. World J Surg 1989; 13: 522-31.
16. Reccius A: Historia de la cirugía abdominal. Santiago, Chile: Edit Zig Zag 1948.