



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
República de Guatemala, Centro América.

**CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO  
DE LA HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO**

**TESIS**

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR**

***RODOLFO ANGUIANO GOUBAUD***

Ex-asistente de Residente por oposición en el Servicio de Emergencia del Hospital General. Ex-interno del Hospital General en los Servicios de: Cirugía, Medicina, Maternidad y Urología. Ex-interno del Centro Médico. Ex-Vocal y Tesorero de la Juventud Médica.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE**

**MEDICO Y CIRUJANO**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1951**

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE  
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 80. — TELÉFONO 2707.

## INTRODUCCION

El principio básico del tratamiento de la hernia inguinal en el niño no ha recibido suficiente consideración, a pesar de que existe numerosa literatura sobre la hernia; esto es debido a que la mayoría de los trabajos se refieren a la hernia del adulto.

Consideramos en este trabajo sólo la hernia inguinal indirecta, porque la variedad directa tiene en el niño una incidencia extremadamente baja.

La causa determinante de la hernia inguinal indirecta en el niño es la falta de obliteración del conducto peritoneo-vaginal o *processus vaginalis*, y no la debilidad muscular de la pared. La tos, el llanto, el estreñimiento, etc., no son sino causas coadyuvantes. Basándonos en esto es lógico concluir que el tratamiento quirúrgico debe consistir únicamente en la extirpación del saco y nada más.

## HISTORIA

Ferguson (4) en 1899 fue uno de los primeros en intentar la simplificación del tratamiento de la hernia inguinal, especialmente en el niño. Proscribió el trasplante del cordón, pero aconsejaba la reconstrucción plástica de las estructuras inguinales.

Turner (14) en 1912, McLennon en 1914 y otros cirujanos ingleses y escoceses recomendaban únicamente extirpar el saco hasta la altura del anillo profundo, a través de una incisión pequeña.

Russel en 1925 insistió enérgicamente en este concepto ya aceptado.

Herzfeld (5) en 1938, aconsejaba hacer una pequeña incisión sobre el anillo inguinal superficial, traccio-

nando el saco hacia abajo, ligarlo lo más alto posible y luego cerrar el anillo superficial con una puntada.

Coles (2) en 1945 preconizó la sección del saco ligando por transfixión el cabo proximal y dejando *in situ* el segmento distal.

En oposición a estos intentos esporádicos por hacer más simple y lógico el tratamiento se encuentran innumerables trabajos preconizando el uso prolongado de bragueros, el retardo de la operación hasta que el niño llegue a la edad de dos a cuatro años, y toda clase de complicados métodos plásticos para reconstruir los músculos y aponeurosis.

La extirpación simple del saco ha sido efectuada en 600 casos en el Children's Memorial Hospital de Chicago habiendo obtenido un resultado excelente.

### RESUMEN EMBRIOLOGICO

Hasta el séptimo mes de la vida intrauterina los dos anillos, superficial y profundo, están uno frente al otro, no existiendo, pues, un verdadero conducto inguinal; después, al seguir la pelvis su crecimiento transversal, los anillos se van separando, dejando constituido el conducto en referencia.

El testículo se encuentra en la cavidad peritoneal hasta el sexto-séptimo mes de la vida intrauterina; durante este último mes, recorre el conducto inguinal en toda su extensión y alcanza el escroto; es durante el noveno mes o después del nacimiento que llega a esta posición definitiva.

El conducto peritoneo-vaginal o *processus vaginalis*, es un conducto o divertículo peritoneal que rodea completamente al testículo y epidídimo y se continúa con la cavidad peritoneal. Comprende la porción funicular que envuelve al cordón y la vaginal que envuelve al testículo. Aparece durante el tercer mes de

la vida intrauterina, y su relación con el testículo ha sido motivo de prolongada controversia, pero está aceptado que llega al escroto antes que el testículo. De cualquier manera que sea su formación, el conducto peritoneo-vaginal está en comunicación con la cavidad peritoneal hasta el noveno mes, época en la que se inicia su obliteración. Este proceso de regresión principia a nivel del anillo profundo e inmediatamente por arriba del epidídimo, siendo la obliteración completa a los 15-20 días del nacimiento, pero debemos tener presente que se efectúa algo más tarde en el lado derecho que en el lado izquierdo y que el testículo derecho también desciende después que el izquierdo.

Esta obliteración puede faltar total o parcialmente dando origen a la hernia inguinoescrotal, inguinal, funicular, hidrocele, etc.

### ESTUDIO ESTADISTICO

Los datos estadísticos que presentamos a continuación, se tomaron del trabajo presentado por el Doctor Willis J. Potts en Abril de 1950 (11).

1) Frecuencia según el sexo:	{	Infantes: {	varones.....	93%
			hembras.....	7%
		Niños: {	varones.....	82%
			hembras.....	18%
2) Frecuencia según localización:	{	Infantes: lado derecho, 70%; bilaterales.....	17%	
		Niños: igual ambos lados.....	20%	
3) Asociación con hidrocele:	{	Infantes.....	9%	
		Niños.....	16%	
4) Frecuencia de encarcelación:	{	Infantes (menores de 4 meses)...	26%	
		Niños (mayores de 18 meses)...	6%	

En esta estadística notamos fácilmente la mayor frecuencia de la hernia en los varones y su predominio en el lado derecho en los infantes. Además se ve la alta frecuencia de encarcelación que es marcadamente mayor en los primeros meses.

## ANATOMIA QUIRURGICA

*Saco herniario.*—La longitud y posición del saco varían según el grado de anomalía en el proceso evolutivo del conducto peritoneo-vaginal. Las paredes son muy delgadas y esto debemos recordarlo al hacer la disección para evitar que se nos rompa, pues esto hace más difícil la operación.

El contenido del saco es en el 90 por ciento de los casos, intestino delgado, siguiéndole en frecuencia el epiplón; siendo más raro encontrar: ciego, apéndice sigmoide, colon, ovario, etc.

*Conducto inguinal.*—Mide aproximadamente un centímetro al nacer y 4 centímetros en la niñez. Su pared anterior está formada por la aponeurosis del oblicuo mayor, tejido celular subcutáneo y piel; su pared posterior por la *fascia transversalis*, reforzada hacia afuera por el ligamento de Hesselbach, y hacia adentro por el ligamento de Henle, tendón conjunto y ligamento de Colles. Su pared inferior por la arcada crural y su pared superior por los músculos oblicuo menor y transverso.

*Anillo profundo.*—Situado a la mitad de la línea que de la espina ilíaca enterosuperior va a la espina del pubis; es una pequeña abertura oval de la *fascia transversalis*, limitada hacia adentro por los vasos epigástricos, hacia arriba y afuera por las fibras del oblicuo menor y transverso y hacia abajo por el ligamento de Poupart.

*Anillo superficial.*—El hiato existente entre los pilares interno y externo del músculo oblicuo mayor, mide 0.5 centímetros en el niño, no permite el paso de la punta del dedo. La fascia intercolumnar es frágil y mal desarrollada.

*Cremaster.*—Está poco desarrollado antes de la pubertad. Sus fibras rodean al cordón.

*Cordón espermático.*—Está constituido por el conducto deferente, la arteria y venas espermáticas, estas últimas constituyen el plexo pampiniforme. En las hernias el saco se encuentra generalmente adelante y adentro del deferente.

*Conducto deferente.*—En la edad temprana es muy pequeño y delgado.

*Ligamento de Poupart.*—Constituye la pared inferior del conducto inguinal.

*Nervios.*—Tres nervios acompañan al cordón en su trayecto a través del conducto: la rama genital del génitocrural que se encuentra por detrás del cordón, la rama genital del abdominogenital mayor en relación con el borde inferior del oblicuo menor, y la rama genital del abdominogenital menor que acompaña al cremaster en la cara anterior del cordón.

## OPERACION

### Indicaciones:

La intervención quirúrgica está indicada en infantes y niños tan pronto como se tenga el diagnóstico seguro, sin tomar en cuenta la edad, en cualquiera de las siguientes condiciones:

- 1) Hernia estrangulada.
- 2) Hernia irreductible.
- 3) Hernia que no puede mantenerse reducida por braguero bien aplicado.
- 4) Imposibilidad de usar el braguero por deformidades o enfermedades.
- 5) Hernia complicada por hidrocele del cordón.
- 6) Presencia de epiplón o intestino adheridos al saco.

- 7) Historia de accidentes repetidos de encarcelación.
- 8) Imposibilidad por parte de los padres para el manejo correcto del braguero.
- 9) Pacientes que deben vivir en lugares donde no es posible tratar adecuadamente las complicaciones.
- 10) Hernia inflamada.

En presencia de estas indicaciones, todos los autores están de acuerdo en que la conducta correcta a seguir es la operación pronta. Es respecto a las hernias inguinales no complicadas, no incluídas en ninguna de las indicaciones anteriores, en las que hay más discrepancia de opiniones, en especial, en lo que se refiere a la edad en que debe operarse.

Para dar una idea más exacta, exponemos a continuación la opinión de varios autores:

M. Patel (10) dice: "Durante mucho tiempo el braguero era el único medio para tratar las hernias de los niños. Era clásico decir que hasta la edad de 7 años había que esperar la coalescencia de las hojas del conducto peritoneo-vaginal.

Broca formula los siguientes conceptos: después de haber, al principio de mi práctica, bajado a 3-4 años, un límite que era clásico colocar en 8-10, he llegado poco a poco a operar a partir de los 15-18 meses...."

E. Brenner (1) opina: "La herniotomía es ejecutada preferentemente después de los 5 años, época en que las delicadas estructuras están mejor desarrolladas y el niño más estabilizado. La infancia, sin embargo, no contraindica la cirugía...."

Ladd y Gross (7): "La operación puede efectuarse en cualquier época, y muchos de nuestros pacientes lo han sido algunas semanas después del nacimiento. Sin embargo, hay algunas desventajas en operar antes de 1½-2 años, pues antes de esa edad el cordón y saco

herniario son tan delicados que la disección requiere mucha habilidad, paciencia y cuidado....”

J. Taylor (12): “En niños entre las edades de 6 meses y la pubertad, la operación debe ejecutarse tan pronto como se haga el diagnóstico....”

A. Iason (6) opina: “La operación está infrecuentemente indicada en niños por abajo de cuatro años....”, sin embargo, más adelante, al enumerar las indicaciones para la operación dice: “Debe operarse a los niños bien nutridos y sanos por encima de 6 meses de edad (la edad por sí nunca es una contraindicación....”

L. Watson (16): “Hay mucha diversidad de opiniones en cuanto a cuándo efectuar la operación en infantes y niños. Creo que las hernias inguinales indirectas pequeñas pueden operarse mejor cuando el infante tiene dos a cuatro meses....”

W. J. Potts (11): “Al tener un diagnóstico seguro de hernia inguinal en un infante o niño se aconseja la operación sin tener en cuenta la edad, siempre que el infante sea por lo demás normal y haya ganado peso.... Por muchos años se usaron los bragueros para sostener las hernias y hasta la época presente de anestesia segura y cirugía inteligente, era el único medio de alivio; sólo los niños enfermos o débiles, no adecuados para la cirugía, deben recibir temporalmente el beneficio de los bragueros. Ocasionalmente, pero muy ocasionalmente, un braguero adecuado puede curar una hernia pequeña en un niño menor de seis meses de edad.”

Es notable pues la discrepancia de opiniones, pero la mayoría de los autores establecen que la edad por sí, no es contraindicación operatoria, por lo que el juicio no debe basarse sólo en ella, sino que también en las demás circunstancias particulares a cada caso (severidad de los síntomas, medio en que deben vivir, y demás indicaciones enumeradas al principio).

Otro factor, de capital importancia, es la posibilidad de contar con los servicios de un anestesista competente, y disponer de las facilidades quirúrgicas necesarias.

### **Pre-operatorio:**

Hecho el examen cuidadoso del niño y teniendo los exámenes complementarios de rutina (orina y sangre, en especial), y estudio radiográfico para determinar la ausencia o presencia de timo hipertrofiado, se puede citar al paciente para la tarde anterior al día de la operación, previo a su hospitalización se hace un examen cuidadoso investigando en especial signos de infección respiratoria o antecedentes de exposición al contagio.

Los niños soportan mal el ayuno y su metabolismo es fácilmente alterado. Deben llegar a la mesa de operaciones en las mejores condiciones posibles y no debilitados por el ayuno o purgantes. La alimentación puede permitirse, según el caso, hasta tres horas antes de la operación.

Como medicación pre-operatoria usamos el sulfato neutro de atropina; algunos anestésistas prefieren usar la escopolamina.

### **Anestesia:**

Es muy importante, como ya dijimos, contar con los servicios de un anestésista competente. Nosotros preferimos el éter por método abierto.

### **Técnica:**

1) Preparación de la piel de la región inguinal, pene y escroto, de acuerdo con los principios generales de cirugía.

2) Incisión: En infantes se hace una incisión transversal de una pulgada de longitud en el pliegue suprapúbico. En niños mayores también se prefiere la incisión transversal en el lugar adecuado.

Una incisión como la descrita, es fácil de cerrar, se infecta más difícilmente, y por seguir las líneas de Lange deja una cicatriz menos visible y da menos oportunidad a la formación de queloides.

3) El músculo oblicuo mayor se incinde en dirección paralela a sus fibras, sin seccionar el anillo superficial, en los casos ordinarios. Retraemos hacia abajo la porción inferior del músculo y con una pinza de forcipresión separamos las fibras del cremaster paralelamente a la dirección del cordón, buscamos el saco, al que reconocemos por su color blanco grisáceo, y tomándolo con las pinzas lo llevamos suavemente hacia arriba.

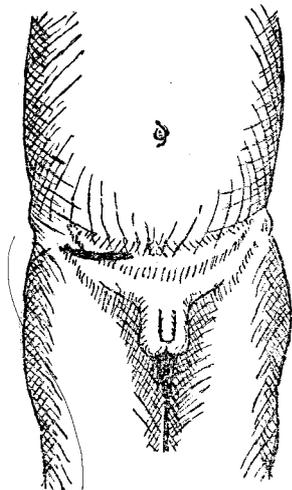


Figura número 1.

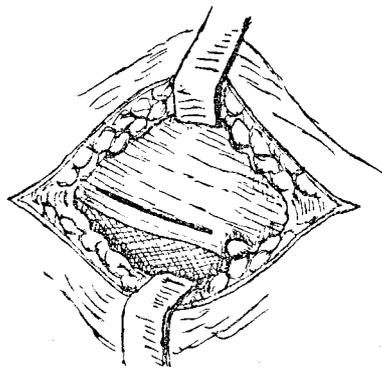


Figura número 2.

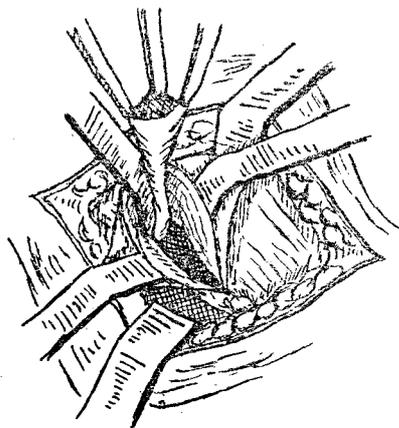


Figura número 3.

4) Disección y ligadura del saco: Con gran suavidad separamos los vasos y el deferente del saco, llevando esta disección lo más alto que sea posible. Hay que manejar el saco con gran cuidado, pues en los infantes es muy frágil y si se nos rompe se dificulta mucho su identificación y el cierre perfecto. Ya disecado el saco, lo exploramos para cerciorarnos de que no hay en su interior intestino, epiplón, ovario o trompa; hecho esto retorremos el saco sobre su eje hasta que aparezca la grasa properitoneal o que el orificio del cuello está completamente cerrado. Ponemos entonces, por transfixión, lo más alto que sea posible, un punto de algodón 30 que anudamos bien apretado. Extirpamos luego el resto del saco.

Los intentos de ligadura y transfixión del cuello sin la torsión previa del saco, tienen muchas veces por resultado que éste se rompa y el cierre sea imperfecto.

5) Cierre de la pared: Coaptamos las fibras del oblicuo mayor por medio de puntos interrumpidos de algodón 60, suturamos luego la fascia superficial, tejido celular subcutáneo y piel. En infantes hacemos la sutura de la piel con puntos intradérmicos interrumpidos de seda 000000. En niños mayores usamos la sutura ordinaria.

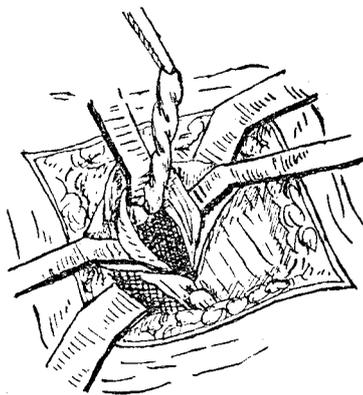


Figura número 4.

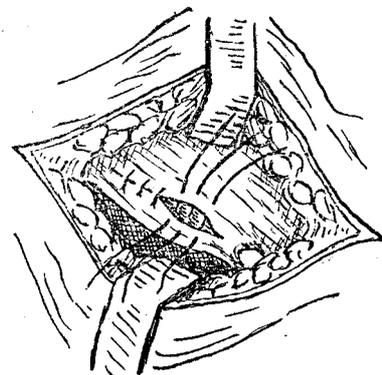


Figura número 5.

6) Cubrimos la herida con una delgada capa de gasa de más o menos media pulgada de ancho, que fijamos con una tira de esparadrapo impermeable. En los infantes colocamos el pañal inmediatamente después de la operación.

#### **Post-operatorio:**

Ninguna restricción especial se les indica a los niños por debajo de cinco años de edad; su alimentación continúa igual que antes de la operación, permitiéndoseles por la tarde que se muevan en su cuna. El alta puede dárseles al día siguiente. Es penoso recordar cómo hace algún tiempo se inmovilizaba a estos niños durante ocho a diez días.

En niños mayores proscribimos la ejecución de ejercicios violentos durante una a dos semanas según la edad y características personales.

La operación no trastorna la alimentación del infante, y en general transforma a niños irritables y mal nutridos, constantemente molestos, en niños contentos.

La evolución del post-operatorio es ordinariamente benigna y libre de complicaciones; ocasionalmente se infecta alguna puntada, pero no hay infecciones mayores. En los casos corrientes, no complicados, no hemos encontrado hematoma del escroto, debido posiblemente a que no se corta el anillo externo ni se trasplanta el cordón; al no abrir este anillo se evita obviamente la necesidad de cerrarlo y por consiguiente el peligro de dejarlo muy apretado y que interfiera con la circulación de retorno.

Ocasionalmente el infante presenta hernias enormes, inmediatamente después del nacimiento, tan grandes que muchas asas intestinales descienden al escroto, y con defecto tan marcado en la región inguinal, que permite el paso de dos dedos. En estos casos sí es necesaria la reparación plástica de la pared abdominal.

Cuando los niños tienen hernia bilateral no hay objeción a operar ambos lados en la misma sesión.

#### **Resultados:**

El resultado de la operación con el procedimiento descrito es excelente. En la serie del Doctor Potts, a que me referí anteriormente, no hubo ninguna recidiva en los infantes y sólo un caso entre los niños. La incidencia de atrofia del testículo fue cero en los casos de hernias no complicadas.

#### **Bragueros:**

Durante mucho tiempo el braguero fue el único medio para tratar las hernias de infantes y niños.

El uso del braguero debe reservarse para el tratamiento temporal de aquellos niños en los cuales no esté indicado el tratamiento quirúrgico, o que por ser débiles o enfermos no son adecuados a la cirugía.

El índice de curación que dan los distintos autores para este procedimiento es muy variable. Ochsner opina que se obtiene éxito en el 95 por ciento de los casos; De Garmo el 75 por ciento; Coley el 50 por ciento. En oposición a ellos, Potts dice: "Ocasionalmente, pero muy ocasionalmente, un braguero adecuado puede curar una hernia pequeña en un niño menor de seis meses de edad."

Creemos que en condiciones favorables puede dársele al braguero una oportunidad mínima de seis meses para conseguir la curación.

Tan dispar es la opinión de los autores en cuanto a indicaciones y porcentaje de éxitos, como con respecto al tipo de braguero más efectivo.

Los bragueros confeccionados con una madeja de hilo, tan populares en otra época, dan tranquilidad a la madre pero no benefician al niño.

El bragero menos insatisfactorio para el infante que deba usarlo, es el constituido por una almohadilla de material impermeable que es mantenida en su sitio por un cinturón elástico con asa perineal.

Para niños mayores, no adecuados para el tratamiento quirúrgico, el bragero de resorte es tan bueno como cualquiera otro, pero igualmente difícil de mantener en su lugar.

El trabajo de mantener el bragero ajustado y en buena posición, la dificultad de evitar que se irrite la piel, la necesidad de una estricta vigilancia, la posibilidad de accidente de encarcelación y la mínima probabilidad de que cure la hernia, hacen en general del bragero un pobre sustituto para la cirugía, que es rápida, segura y efectiva.

### **HERNIA ENCARCELADA**

La encarcelación de la hernia es un accidente frecuente que en infantes hasta de cuatro meses llega al 26 por ciento; disminuye su frecuencia conforme aumenta la edad.

En la hernia encarcelada el saco se encuentra friable y edematoso, por lo que es difícil disecarlo y ligarlo correctamente; es por esta razón que debe darse suficiente oportunidad al tratamiento conservador antes de recurrir a la cirugía.

Las maniobras de reducción las describiré al referirme al tratamiento de la hernia estrangulada. Obviamente una hernia no reductible debe ser operada inmediatamente.

### **HERNIA ESTRANGULADA**

La frecuencia de esta complicación es máxima en dos épocas: la primera cerca de los tres meses, y la segunda entre los doce y quince meses.

El tratamiento comprende dos partes: las maniobras y pequeños medios de reducción y la operación:

#### 1) REDUCCION:

El abdomen debe ser cuidadosamente auscultado antes y después de las maniobras de reducción. Si el segmento de intestino reducido es normal, se auscultarán nuevamente ruidos intestinales normales; de lo contrario, el abdomen sigue en silencio.

Los procedimientos de reducción comprenden:

*a) Baños calientes y pequeños medios.*—El apaciguamiento y el sueño son los dos mejores factores de reducción de las hernias estranguladas del lactante. El baño caliente calma a los niños y atenúa el dolor local. El niño se apacigua, cesa de llorar y de pujar, y frecuentemente se duerme en la bañera o en su cama al salir del baño. A menudo no queda más que comprobar la reducción espontánea. Si esto no sucediere, es necesario apoyar la mano suavemente sobre la hernia, con lo que en muchos casos el intestino se desliza bajo los dedos y se reduce. Si el niño, sorprendido, reacciona bruscamente, el índice del operador debe comprimir el orificio inguinal para evitar toda recidiva, y no se retirará hasta que el niño se calme.

El cirujano no ha de retirarse sino después de verificar cuidadosamente la realidad del éxito, y de asegurarse que no queda nada anormal en el cordón.

Otro pequeño recurso, es el de la compresa impregnada de éter, que se coloca sobre la hernia; la cual producirá una sensación de frío y juega el papel de un anestésico local, que contribuye a calmar al lactante y permite la reducción.

Otra forma de proceder es la siguiente: se da al niño una dosis adecuada de sedante para aliviar el do-

lor, inducir el sueño y relajar la pared abdominal. El enfermito se coloca entonces en decúbito dorsal, en una cama cuyos pies se hayan elevado de manera que el colchón forme un ángulo de 20 grados con la horizontal; se coloca una bolsa de hielo sobre el escroto y la región inguinal, para aliviar el dolor y reducir el edema local. Al cabo de una o dos horas el intestino puede reducirse espontáneamente o ayudado por suave presión. Este tratamiento da buenos resultados en el 80 por ciento de las hernias encarceladas.

b) *Taxis*.—Hay dos formas de concebir la taxis: la taxis complemento del baño caliente, y la taxis metódica y progresiva.

La taxis que se ejecuta en el baño caliente o durante la somnolencia o el sueño que le siguen a éste o a la administración de sedantes, es una maniobra sin peligros, pues la reducción no debe necesitar ninguna fuerza. El intestino está poco apretado y es casi siempre una presión de conjunto sobre toda la superficie herniaria la que la hace reducirse de golpe.

La taxis progresiva se aplica en los casos en que el intestino está más apretado. Su característica es la de necesitar un ligero esfuerzo, pero toda brutalidad debe ser excluída. El procedimiento debe ser muy metódico. El intestino herniado forma en general una asa; si tratamos de reducirlo presionando sobre el fondo, ambos cabos del asa tratarán de progresar al través del cuello al mismo tiempo; es, pues, por los bordes donde debe tratarse de reducir la hernia haciendo deslizar progresivamente uno de los segmentos del asa. Escogiendo bien los puntos de presión, cambiándolos si es necesario, utilizando una presión paciente se llega a conseguir el éxito en numerosas hernias del lactante.

A menudo se puede facilitar la taxis manteniendo los pies de la cama levantados mientras se hacen las

maniobras de reducción o también, poniendo el muslo del lado afectado, en flexión y rotación hacia afuera.

Hay otra pequeña maniobra para facilitar la taxis, tomando al niño por los pies se le suspende con la cabeza hacia abajo y en esta posición se intenta la reducción (6).

La taxis está indicada en dos circunstancias:

- 1) Hernia encarcelada.
- 2) Estrangulación herniaria de no más de tres horas de duración.

A título muy excepcional, en niños caquéticos o gravemente enfermos, la taxis puede ser un recurso tardío.

Las contraindicaciones son:

- 1) Estrangulación de varias horas de duración.
- 2) Principio agudo con síntomas severos.
- 3) Cuando la piel que cubre a la hernia presenta contusión, abriación, inflamación, edema o gangrena.
- 4) Enfermo postrado o en shock.
- 5) Presencia de vómitos fecaliodeos.
- 6) Intentos previos de taxis.

## 2) OPERACION:

Si la hernia no se reduce por los medios descritos, o si hay contraindicaciones a la taxis, se impone la intervención, así como cuando se trata de la segunda o tercera recidiva de la estrangulación, en este caso en efecto se justifica la operación aunque la hernia se hubiere reducido.

**DIEZ Y SIETE CASOS OPERADOS  
POR EL DOCTOR EDUARDO LIZARRALDE A.  
CON LA TECNICA DESCRITA**

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Diagnósticos	Otra operación
1	18 - IX - 49	A. J. A.	2 a.	Hernia inguinal der.	
2	16 - I - 50	C. A. E.	11 m.	" " "	
3	6 - III - 50	M. A. J.	1 a. 8 m.	" " "	
4	23 - III - 50	J. L.	1 a. 10 m.	" " "	
5	5 - V - 50	J. C. O.	1 a. 6 m.	" " "	
6	6 - VI - 50	C. F. G.	2 a. 1 m.	" " "	(1)
7	12 - VI - 50	G. O.	2 a. 5 m.	" " "	Apendicect. (2)
8	16 - VI - 50	S. O.	2 a.	" " "	
9	25 - IX - 50	F. B.	2 a. 7 m.	" " "	Eversión del quiste
10	21 - VII - 50	H. A. R.	11 m.	Hernia inguinal der.	
11	12 - VIII - 50	W. G.	10 m.	" " izq.	
12	8 - X - 50	L. E. M.	1 a. 3 m.	" " der.	
13	30 - I - 51	G. A. R.	1 a. 7 m.	" " "	
14	10 - IV - 51	C. F. G.	2 a. 11 m.	" " izq.	(1)
15	20 - VII - 51	V. H. F.	1 a. 7 m.	" " der.	
16	20 - IX - 51	A. A.	1 a.	" " "	
17	6 - X - 51	L. A. M.	1 a. 2 m.	" " "	Eversión del quiste

**NOTAS:**

- (1) Este caso sufrió un accidente de estrangulación el 3 de Junio de 1950, fue reducido y operado tres días después. Diez meses más tarde apareció otra hernia, en el lado izquierdo.
- (2) En este caso se hizo apendicectomía por haberse encontrado el apéndice en el interior del saco.

## CONCLUSIONES

1ª—La causa determinante de la hernia inguinal indirecta en el niño es la falta de obliteración del conducto peritoneo-vaginal y no la debilidad muscular de la pared, por lo que el tratamiento lógico debe consistir en la extirpación del saco y nada más.

2ª—Los resultados obtenidos con la técnica descrita son muy satisfactorios.

3ª—El procedimiento es seguro, sencillo y rápido.

4ª—La torsión del saco sobre su eje, previo a la ligadura, asegura el cierre correcto.

5ª—El post-operatorio es de curso benigno y libre de complicaciones en los casos de hernia no complicada.

6ª—El braguero es en general un mal sustituto de la cirugía.

7ª—La edad por sí no contraindica la operación, pero la tendencia general es esperar hasta el sexto mes.

RODOLFO ANGUIANO GOUBAUD.

Vº Bº,  
DR. EDUARDO LIZARRALDE A.

*Imprimase,*  
DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,  
*Decano.*

## BIBLIOGRAFIA

- (1) *Brenner, Edward C.*—Pediatric Surgery.—1938, 590.
- (2) *Coles.*—Citado por Willis J. Potts.
- (3) *Fevre, M.*—Chirurgie Infantile D'Urgence.—1933, 298.
- (4) *Ferguson.*—Citado por Potts.
- (5) *Herzfeld.*—Citado por Potts.
- (6) *Iason, Alfred H.*—Hernia.—1941, 407.
- (7) *Ladd, William E. and Robert Gross.*—Abdominal Surgery of Infancy and Childhood.—1941, 354.
- (8) *Nelson, Waldo E.*—Textbook of Pediatrics.—1950, 858.
- (9) *Ombredanne, L.*—Tratado Clínico y Operatorio de Cirugía Infantil.—459, segunda edición.
- (10) *Patel, Maurice.*—Hernias. Nouveau Traité de Chirurgie.—Tercera edición, vol. XXIX, 221.
- (11) *Potts, Willis J., William L. Riker and James E. Lewis.*—Treatment of inguinal hernia in Infancy and Childhood.—Annals of Surgery, vol. 132, N° 3, 566, 1950.
- (12) *Taylor, Julian.*—British Surgical Practice, Hernia, vol. 4, 434, 1948.
- (13) *Tejerina Fotheringham, W.*—Operaciones Urgentes, vol. 2, 838, 1942.
- (14) *Turner.*—Citado por Willis J. Potts.
- (15) *Testut, L., et O. Jacob.*—Traité D'Anatomie Topographique, 3ª ed., 34, 1914.
- (16) *Watson Leigh F.*—Hernia.—3ª ed., 273, 1948.