VICENTE VICENTE GUILLEN
ROSA-ANA DE ROBLES MARULL

ACTITUD CLINICA Y QUIRURGICA FRENTE A LAS HERNIAS. VISION SEGUN LAS JUNTAS LITERARIAS DEL REAL COLEGIO DE CIRUGIA DE BARCELONA

IV Congrés d'Història de la Medicina Catalana
Poblet, 7-9 de juny de 1985
Actes, Vol. I

A título de mención y como introducción, para observar la evolución quirúrgica general, diré que las Juntas Literarias que eran aportaciones médico-quirúrgicas que enviaban de toda Cataluña, y que a modo de sesiones clínicas se estudiaban y analizaban con censura en el Real Colegio de Cirugía de Barcelona, comienzan en 1764, aunque las primeras aportaciones no se hallan registradas. El primer manuscrito que se posee firmado por A. Justá data de 1769, efectuándose la primera junta o memoria con tema quirúrgico en el año 1796.

Este período docente concluye en 1836, estando interrumpido en diversas ocasiones, por los períodos bélicos, donde la actividad docente se detenía.

Al principio de la época, la cirugía que se realizaba era una cirugía marcada por la necesidad, efectuándose solo en casos de urgencia, y bajo el pragmatismo de que ella no representase incurrir en un riesgo superior al que representaban las numerosas, desagradables y frecuentemente mortales consecuencias, que acompañaban a las intervenciones de estos pacientes, que no eran anestesiados, con escasa limpieza, escasa hemostasia y nula asepsia.

Nosotros vamos a limitar nuestro estudio a una parte, importante apartado, de la cirugía abdominal de la época, cual lo determina el estudio, diagnóstico y tratamiento de las hernias de la pared abdominal, observando la evolución que se produjo en el tratamiento de las mismas.

Para ello contamos con la aportación de las Juntas Literarias y lo que ellas representaron.

En conjunto eran 5 Juntas Literarias y una que terminó en ano contra-natura por perforación.

En este apartado patológico era sin duda en el que más se lucían y prestigiaban los autores, lucimiento que venía establecido por una patología producida con cierta frecuencia y estudiada desde hacia tiempo, con descubrimientos importantes, como la aportación mundial al tema que habia hecho el autor A. Gimbernat, insigne cirujano catalán, aportación que le dio la fama que en la actualidad posee, si bien no es este el único motivo que tiene para ser famoso el internacional cirujano.

Ya de lleno en el tema diré que la etiologia de esta patología era desconocida o por lo menos no se menciona en las primeras memorias, siendo en 1801 cuando se describe por primera vez por el autor Joseph Torner, asociando esta etiología al trayecto que describe el testículo en su descenso anatómico, desde la cavidad abdominal hasta el escroto.

El tipo de hernias que se presentaban tampoco está claro, pero es fácil por la frecuencia con que se dan, decir que las hernias voluminosas y en hombres serían inguino-crurales y en las mujeres crurales.

No había diagnóstico de hernia si no había contenido herniario saliente, ya que el diagnóstico era por inspección y exploración clínica, de aquí que la mayoría de los casos fueran hernias extranguladas o incarceradas, denominación última con la que se incluye la no afectación vascular aunque sea una intuición médica ya que no se puede hablar en un corto espacio de tiempo de la existencia o no de lesión vascular.

En el inicio del estudio el tratamiento de las hernias de la pared del abdomen, venía constituído por las maniobras de reducción, taxis, por métodos incruentos destinados a reintroducir en la cavidad abdominal el contenido del saco herniario, abocando el cuadro si esto no sucedía en la formación de un síndrome oclusivo, en el mejor de los casos con formación de un ano contra-natura, o de la muerte del paciente. El tratamiento, pues, en esta época se efectuaba bajo la vertiente médica, basada en:

- sangrado del paciente
- purgas y lavativas
- lavados con agua tibia general y antiinflamatorios locales.

Todo este tratamiento se encaminaba a disminuir el edema del contenido herniario y a evitar lo que hoy dia se conoce como lesión vascular por la estrangulación.

Así fue pasando el tiempo hasta que en 1801 Joseph Torner es el primero

que describe la técnica quirúrgica, siguiendo los principios de Petit, basados en la sección del anillo de estrangulación con bisturí. El autor se permite el lujo de corregir o perfeccionar la técnica de Petit, yo creo que lo consigue, ya que coloca una sonda acanalada por debajo del anillo de estrangulación y sobre esta sonda efectua la sección del anillo, evitando así la posible lesión vascular y/o del contenido herniario. En esta misma comunicación o junta literaria se describe por primera vez la etiología de las hernias, como ya he dicho con anterioridad.

El miedo de los cirujanos de la época era, como no, la infección de la cavidad abdominal y la lesión vascular, de aquí que la apertura del saco herniario solo se efectuaba en contadísimas ocasiones, apareciendo por primera vez descrita en otra junta literaria, también firmada por J. Torner en 1816. Lógicamente hasta entonces, si no se procedía a la apertura del saco herniario, la posible necrosis intestinal tras la extrangulación existía, con las complicaciones que ello representa.

En esta memoria de 1816, todos los autores censores de la junta están de acuerdo en una actitud quirúrgica para este tipo de patología.

Prosiguiendo su curso evolutivo, en una memoria de I. Amellier fechada en 1833, la actitud quirúrgica agresiva y rápida para la patología herniaria es la norma, siempre que el tratamiento médico fallase.

Como tratamiento postoperatorio, situaban vendajes compresivos encaminados a la no recidiva de la tumoración, bragueros, que determinaban la formación de adherencias y zonas cicatriciales.

En resumen, se pasa de una actitud expectante, con un tratamiento médico basado en antiflogísticos y lavativas, a una actuación quirúrgica agresiva y rápida, evitando así las complicaciones funestas de este tipo de patología.

En general es una cirugía válida para hoy día, sin duda incompleta en su ejecición, ya que en la actualidad es inviable una no reconstrucción de las paredes, para la cura radical de la hernia de la pared abdominal, y evitar de esta forma la recurrencia de la hernia.

Con este tratamiento los autores pretendían, y lo consiguieron, solucionar la urgencia patológica, evitar la patología urgente, si bien no consiguieron evitar la recidiva, que era fácil, pero fácil también lo era la reintroducción por la taxis del contenido herniario y dificil, pues, la estrangulación.

Para acabar diré, y en favor de estos cirujanos, que en nuestros días la actuación es parecida, con el consiguiente perfecionamiento técnico y conocimiento fisiopatológico, sin duda debido a la anestesia, pero sin que olvidemos que aún hoy dia la recidiva de la hernia se sigue presentando en algunas ocasiones.

BIBLIOGRAFIA

1.- VICENTE GUILLEN, V: **Análisis de las memorias de las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugia de Barcelona.** Tesis Doctoral, Barcelona, 1982.

2.- USANDIZAGA, M.: **Historia del Real Colegio de Cirugia de Barcelona.** Barcelona (Inst. Municipal de Historia), 1964.

3.- USANDIZAGA, M.: **Juntas literarias del Real Colegio de Cirugia de Barcelona.** (S.E), 1956.

4.- THORWALD, J.: **El siglo de los cirujanos.** Barcelona (Destino), 1958.