si llega a introducirse en la práctica, ha de causar la muerte a muchos enfermos, porque expone a la herida de la vena femoral. Aunque la teoría sostenida por el doctor DEMEAUX fuese cierta, no por esto dejaría de ser detestable su precepto, y he aquí por qué: cuando al operar una hernia crural estrangulada, dice DEMEAUX, nos vemos obligados a desbridar a gran profundidad, esto no quiere decir que la estrangulación esté en el anillo, sino que en estos casos la *fascia cribriformis* y el anillo están separados tan sólo por algunos milímetros y se confunden. Pero entonces, si los dos orificios se confunden, sus relaciones vienen a ser idénticas y procede obrar como si la estrangulación tuviese lugar en el anillo.

En resumen, la hernia crural clásica, la que se observa en la inmensa mayoría de los casos, tiene lugar en la parte interna del anillo crural, por dentro de los vasos. El cuello del saco está en relación: con el arco crural y el cordón espermático por delante, la cresta pectínea cubierta por el ligamento de Cooper por detrás, el ligamento de Gimbernat por dentro y la *vena femoral por fuera*. La herida de esta vena constituye un peligro gravísimo y siempre inminente en la cura radical, pero sobre todo en el desbridamiento de la hernia crural estrangulada, porque el vaso está separado de las vísceras únicamente por el espesor del saco.

Que la estrangulación sea producida por el cuello del saco o por la constricción de una brida fibrosa periférica; lo mismo si resulta de la perforación del *septum crural* (CLOQUET), o de un orificio anormal a través del ligamento de Gimbernat (LAUGIER); que el agente sea el borde cortante del ligamento de Gimbernat (GIMBERNAT, SCARPA y la mayoría de los cirujanos) o el repliegue falciforme, ligamento de Hey (hermanos BURNS, HEY), o bien la *fascia cribriformis* (HESSELBACH, DEMEAUX, RICHET, BÉRAUD, MALGAIGNE), en todos estos casos, sea cual fuere la teoría, *jamás conviene desbridar directamente hacia fuera, so pena de abrir la vena femoral; el sitio de elección para el desbridamiento de la hernia crural es hacia dentro y abajo.*

Esta práctica ha sido adoptada y extensamente discutida por el doctor W. LAWRENCE en su *Tratado de las hernias*.

La hernia crural puede seguir un trayecto diferente del que acabo de indicar. Por esto se dice que se coloca detrás de los vasos crurales por delante y también por fuera de los mismos; fundándose en este precedente, VELPEAU intentó dividir las hernias crurales, como las inguinales, en oblicua externa, directa y oblicua interna, división absolutamente inútil. SABATIER encontró el intestino dentro de la vaina del psoasilíaco, y CLOQUET lo encontró dentro de la del pectíneo. Todas estas variedades, indudablemente curiosas, son tan raras, que, en la práctica, estamos autorizados para prescindir de ellas.

La cura radical de la hernia crural no ofrece dificultades especiales. Siendo esta hernia, en general, de pequeño volumen y con un anillo poco dilatado, es menos de temer la recidiva que en la hernia inguinal y, particularmente, en la hernia adquirida. Pero si, por caso excepcional, el anillo está muy abierto, me parece muy difícil estrecharlo o cerrarlo de *una manera permanente*, por razón de las disposiciones anatómicas. Es, sin embargo, racional intentarlo.

CAPITULO II

Región posterior de la pared abdominal

DE LA FOSA ILÍACA INTERNA

La *fosa ilíaca interna* tiene por límites muy naturales la porción del esqueleto que lleva su nombre. La cresta del hueso ilíaco por arriba y afuera, el borde anterior de este hueso por abajo y por delante, o bien la cuerda del arco que forma este borde, el estrecho superior de la pelvis y la sínfisis sacroilíaca por dentro constituyen sus límites.

Muy ligeramente excavada, la fosa ilíaca está en gran parte ocupada por el intestino ciego a la derecha y la S ilíaca del colon a la izquierda: podríamos, pues, en rigor, estudiar esta región con la cavidad abdominal; no obstante, sus conexiones con los diversos planos que constituyen la pared del abdomen son tales, que me ha parecido más conveniente aproximar estas dos partes.

Cubierta por la pared abdominal anterolateral, no es posible llegar a la fosa ilíaca sino a través de esta región; por esto es tan difícil explorar aquélla, sobre todo en los sujetos de mucha gordura; para conseguirlo, conviene poner la pared en relajación, doblando los muslos sobre la pelvis y deprimiendo las partes blandas con el pulpejo de los dedos aplicados inmediatamente por encima del arco crural.

Muy poco desarrollada en los niños, la fosa ilíaca se desarrolla notablemente en la época de la pubertad, sobre todo en altura en el hombre y en amplitud en la mujer.

Los órganos que se encuentran en la fosa ilíaca interna son en corto número y se presentan de delante atrás en el orden siguiente:

El peritoneo con los intestinos, a los cuales envuelve (ciego a la derecha y S ilíaca a la izquierda); esta es la capa peritoneointestinal;

La capa céluloadiposa subperitoneal. Van comprendidos en esta capa: un grupo de ganglios linfáticos, la arteria y vena ilíacas externas, las arterias espermáticas en el hombre, úteroováricas en la mujer y el urétere;

La *fascia ilíaca;*

Una segunda capa céluloadiposa. En esta capa van comprendidos: los nervios fémorocutáneo y génitocrural y las arterias circunfleja ilíaca e iliolumbar;

Los músculos psoas e ilíaco y el nervio crural:

El plano óseo.

Antes de pasar al estudio de cada capa en particular, considero conveniente describir la cavidad osteofibrosa de la fosa ilíaca.

Lo más importante de la anatomía topográfica de la fosa ilíaca es la disposición de la *fascia ilíaca*. Esta aponeurosis da a la región un carácter especial, porque imprime a las colecciones líquidas una marcha particular y casi

constante. Debemos, pues, empezar por esta aponeurosis el estudio de la

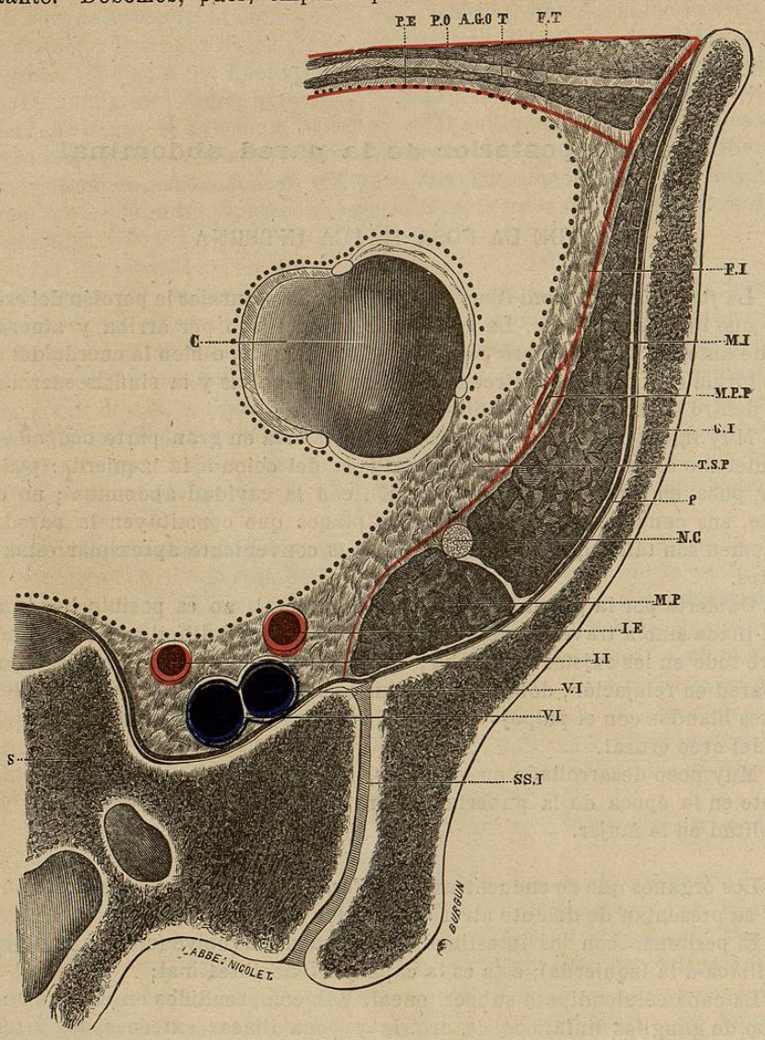

Fig. 223.—*Corte transversal y horizontal de la fosa iliaca interna, pasando por la espina iliaca anterosuperior, por el ángulo sacrovertebral y el colon ascendente.* Lado derecho. Segmento inferior del corte. (Hombre adulto.)

AGO, aponeurosis del oblicuo mayor del abdomen (encarnado).
C, colon ascendente desprovisto del mesocolon.
FI, fascia ilíaca (encarnado).
FT, fascia transversalis (encarnado).
IE, arteria ilíaca externa.
II, arteria ilíaca interna.
MI, músculo ilíaco.
MP, psoas mayor.
MPP, psoas menor.
NC, nervio crural.
OI, hueso ilíaco.
P, periostio del ilíaco.
PE, peritoneo (línea de puntos negra).
PO, oblicuo menor del abdomen.
S, sacro.
SSI, sínfisis sacroilíaca.
T, músculo transverso del abdomen.
TSP, tejido celular subperitoneal.
VI, venas ilíacas.

fosa ilíaca, para formarnos desde luego una idea general de esta importante región.

La *fascia iliaca* es una hoja aponeurótica que en todo su perímetro se inserta en los límites que he asignado a la fosa ilíaca, convirtiendo a ésta en una verdadera cavidad osteofibrosa, destinada al músculo psoasilíaco.

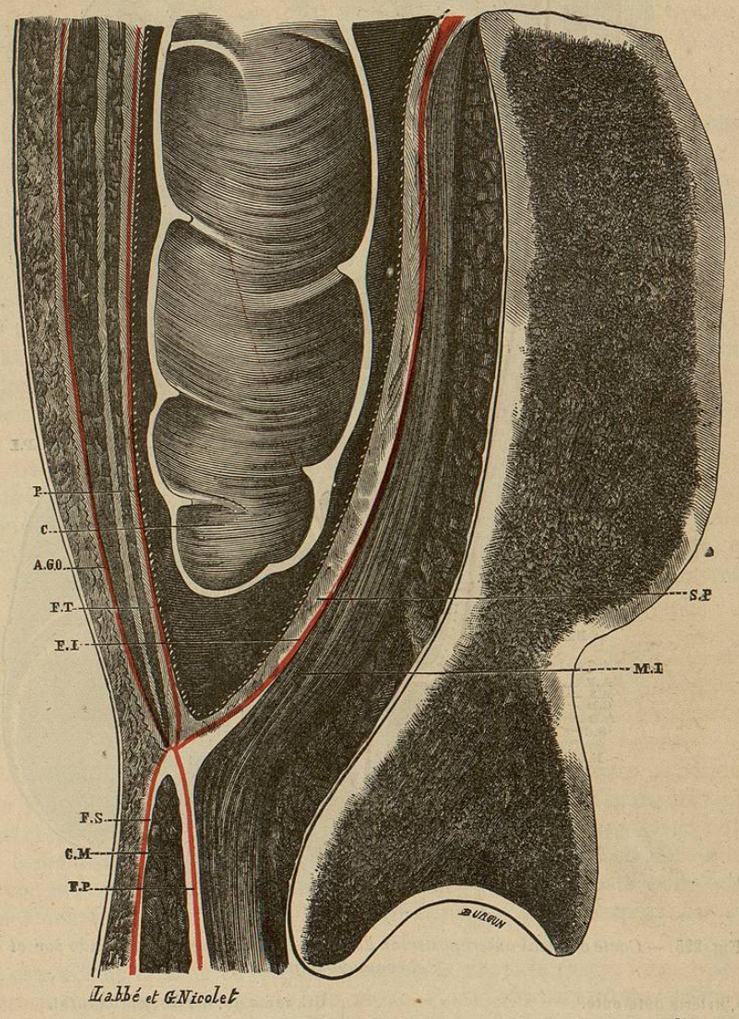

Fig. 224.—*Corte vertical anteroposterior de la fosa ilíaca interna, practicado inmediatamente por dentro de la espina ilíaca anterior e inferior.* (Adulto.)

AGO, aponeurosis del oblicuo mayor (encarnado)
C, ciego.
CM, músculo sartorio.
FI, fascia ilíaca (encarnado).
FP, hoja profunda de la fascia lata (encarnado).
FS, hoja superficial de la fascia lata (encarnado).
FT, fascia transversalis (encarnado).
MI, músculo ilíaco.
P, peritoneo (línea de puntos blanca).
SP, tejido celular subperitoneal.

Para facilitar su estudio, he practicado diferentes cortes horizontales y verticales de esta fosa, porque es verdaderamente imposible formarse una idea exacta y completa de esta aponeurosis, estudiándola únicamente en una fosa ilíaca vista de frente.

La figura 223, que representa un corte horizontal y transversal de la fosa

ilíaca, permite comprender la disposición respectiva de los diversos planos de la región, y también la existencia de la cavidad osteofibrosa que contiene el

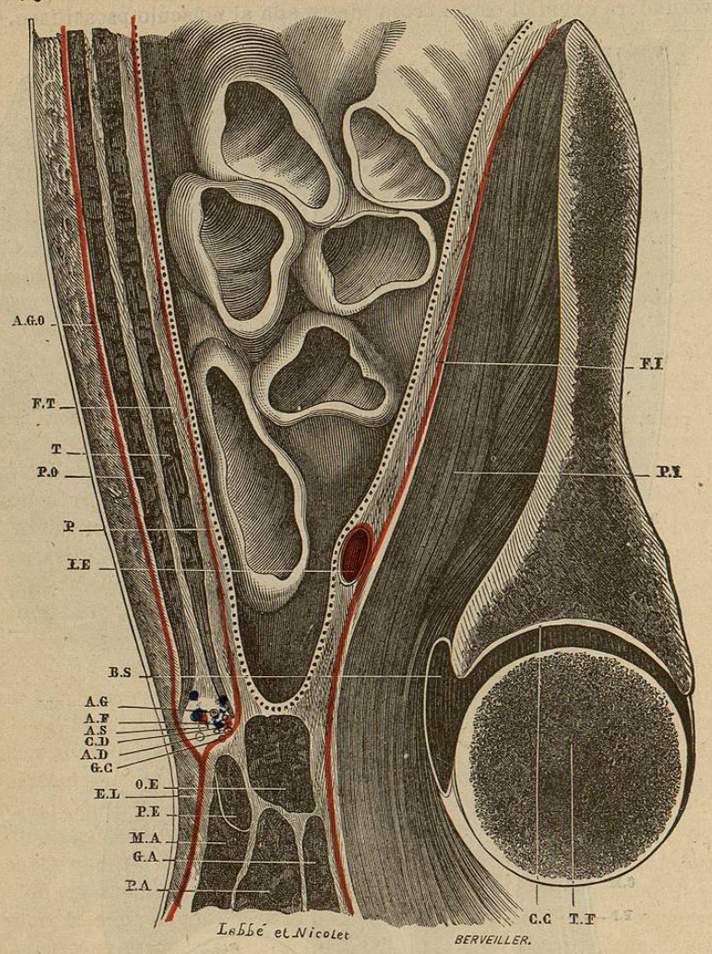

Fig. 225. — *Corte vertical anteroposterior de la fosa iliaca interna, pasando por el centro del conducto inguinal*

AD, arteria deferente.
AF, arteria funicular.
AG, rama del nervio abdóminogenital.
AGO, aponeurosis del oblicuo mayor.
AS, arteria espermática.
BS, bolsa serosa situada debajo del psoas
CC, cavidad cotilóidea.
CD, conducto deferente.
FI, fascia iliaca (encarnado).
FL, fascia lata (encarnado).
FT, fascia transversalis (encarnado).
GA, músculo adductor mayor.
GC, rama del nervio génitocrural.
IE, arteria ilíaca externa.
MA, músculo adductor mediano.
OE, músculo obturador externo.
P, peritoneo (línea de puntos negra).
PA, adductor menor.
PE, músculo pectíneo.
PI, músculo psoasilíaco.
PO, músculo oblicuo menor.
T, músculo transverso.
TF, cabeza del fémur.

músculo psoas ilíaco y el nervio crural. Esta figura demuestra la disposición de la *fascia iliaca* por delante y por fuera, a nivel de la cresta ilíaca, y por detrás y por dentro, a nivel del estrecho superior de la pelvis.

Por delante y por fuera, la fascia se fija muy fuertemente en la cresta ilíaca y, en este punto, se continúa con la aponeurosis del oblicuo mayor. Por detrás de esta última aponeurosis presta inserción a los músculos oblicuo menor y transverso, y más hacia atrás aún, se continúa con la *fascia transversalis,* que se inserta en ella casi en ángulo recto. Tal es el modo como la cavidad abdominal queda cerrada a nivel de la cresta ilíaca.

Por detrás y adentro, la *fascia ilíaca* se fija al estrecho superior de la pelvis; en el punto en que recae el corte representado per la figura 223, la inserción tiene lugar a nivel de la sínfisis sacroilíaca.

De esta disposición resulta una cavidad osteofibrosa más estrecha en la parte anterior, mucho más profunda en la posterior y cuya pared interna está formada por la *fascia ilíaca,* reforzada por el tendón del psoas menor, y la externa por el hueso ilíaco.

¿Qué disposición ofrece la *fascia ilíaca* por arriba y por abajo?

Por arriba se adhiere al labio interno de la cresta ilíaca, en el ligamento iliolumbar, y se continúa con la aponeurosis que cubre el músculo cuadrado de los lomos (hoja anterior de la aponeurosis del transverso, fig. 227). Una vaina celulosa muy fina acompaña y cubre al psoas hasta sus inserciones superiores.

La disposición de la *fascia ilíaca* por abajo, a nivel del arco crural, es mucho más complicada. Es distinta según que se considere la mitad interna o la externa de este arco. Para hacer perceptible esta doble disposición, he practicado los dos cortes verticales representados en las figuras 224 y 225, que pasan, el primero por la espina ilíaca anteroinferior, y el segundo por el anillo crural.

He aquí lo que nos demuestra la figura 224.

Por efecto del adelgazamiento de los bordes inferiores de los músculos oblicuo menor y transverso, la aponeurosis del oblicuo mayor y la *fascia transversalis,* que estaban muy separadas la una de la otra a nivel de la cresta ilíaca, al llegar cerca del arco crural, se aproximan y llegan a tocarse: en el ángulo de reunión de estas dos hojas, y no en la *fascia ilíaca,* es donde se insertan los dos músculos. En cuanto a la *fascia ilíaca,* después de haber cubierto el músculo ilíaco, lo abandona, se dirige hacia delante, y viene a fijarse muy firmemente en el punto de convergencia de la aponeurosis del oblicuo mayor con la *fascia transversalis,* o sea en el arco crural. De este modo queda herméticamente cerrada la cavidad abdominal por la parte externa del arco crural.

De este mismo arco se ve desprenderse hacia abajo la *fascia lata,* o sea la aponeurosis de cubierta del muslo, de modo que el arco crural no es una tira aislada e independiente, como se ha dado en decir, sino que resulta del entrecruzamiento en este punto de la aponeurosis del oblicuo mayor con la *fascia transversalis,* la *fascia ilíaca,* y la *fascia lata,* como ya lo hicimos observar anteriormente.

En el corte practicado a nivel de la prominencia iliopectínea (fig. 225), se ve que la *fascia ilíaca* no se adhiere al arco crural, sino que cubre el tendón de los músculos psoas e ilíaco reunidos y lo acompaña hasta el trocánter menor, en donde se inserta. Vemos, pues, que la vaina osteofibrosa del músculo ilíaco envía un divertículo extrapelviano a la parte superior e interna del muslo, hecho del cual se desprenden importantes deducciones patológicas que más adelante indicaremos.

Con esto conocemos ya la disposición general de la fosa ilíaca; por tanto,

podemos entrar en detalles acerca de cada uno de los planos que entran en su constitución.

Capa peritoneointestinal. — El peritoneo tapiza toda la fosa ilíaca interna. En este punto se distingue por su resistencia y extremada laxitud, pero su disposición es distinta según que se le considere en el lado derecho o en el izquierdo. En el derecho, el peritoneo envuelve ordinariamente al ciego en toda su circunferencia y no le forma mesociego. El ciego (del que volveré a ocuparme más adelante en un capítulo especial) está, por lo tanto, libre por todas partes en la fosa ilíaca sin estar en contacto con el tejido celular subseroso, al revés de lo que había consignado en las primeras ediciones de esta obra. Con esta disposición anatómica no puede comprenderse la propagación de la tiflitis a la capa subperitoneal de la fosa ilíaca. Lo que se observa son peritonitis que se propagan al peritoneo parietal y cuyo punto de partida es, las más de las veces, el apéndice vermicular.

En los sujetos que padecen astricción de vientre, el ciego suele servir como de depósito de materias fecales, de manera que a veces llegan a formar un *tumor fecal;* cuando éste existe, es voluminoso, duro, abollado, inmóvil e indoloro si no existe inflamación circundante; pero bien pronto se convierte en muy doloroso, espontáneamente y a la presión, cuando el peritoneo pericecal se inflama. Ni siquiera es raro ver desarrollarse entonces los síntomas de una verdadera oclusión intestinal, que pueden hacer creer en la existencia de una hernia o de una estrangulación interna (1). Estos tumores fecales del ciego han sido causa de muchas equivocaciones; así diferentes veces he visto tratarlos con vejigatorios, la tintura de yodo, el yoduro de potasio, etc. Aunque hoy, y con justo motivo, llama casi exclusivamente la atención del práctico la apendicitis, no obstante he de repetir que no por esto deja de existir el tumor fecal del ciego, cuyo tratamiento es absolutamente distinto del que corresponde a la apendicitis.

El interrogatorio del enfermo podrá contribuir a conducirnos al diagnóstico, porque se verá que sus deposiciones son muy raras o que lo han sido últimamente; que las materias expelidas son bolas duras, secas, redondeadas y negras como criadillas, y que hacen ruido en el momento de caer en el bacín. Puede suceder que el enfermo tenga diarrea, aunque estos cíbalos llenen todavía el ciego, en cuyo caso se hace más difícil el diagnóstico. Esto sucede aún más cuando el tumor estercoráceo ha provocado inflamación a su alrededor.

En el ciego termina el intestino delgado; por esto, practicando la incisión de la fosa ilíaca derecha, hay grandes probabilidades de descubrir una porción de intestino muy distante del estómago. Este es uno de los principales motivos que condujeron a Nélaton a elegir la fosa ilíaca derecha para practicar la enterotomía, operación de suma importancia y de la que nos ocuparemos al estudiar la cavidad abdominal.

A la izquierda, el peritoneo envuelve la S ilíaca por todos lados y le forma

(1) El 1.º de Enero de 1868, la casualidad hizo que fuese llamado al seminario de San Sulpicio para ver a un cura joven, quien, según me dijeron, estaba enfermo de una hernia estrangulada. Aquel mismo día antes de partir del establecimiento y mientras se preparaba para ello, al levantar una maleta le sobrevinieron súbitos y violentos dolores en la ingle derecha; al mismo tiempo le aparecieron vómitos. Los médicos del establecimiento notaron la existencia en la ingle derecha de un tumor doloroso al tacto, tumor que se prolongaba hacia la fosa ilíaca, por lo cual pidieron el auxilio de otro cirujano para reducir u operar esta hernia. Pues bien, todos los accidentes se desvanecieron en veinticuatro horas, incluso el tumor, a beneficio de purgantes que expulsaron gran cantidad de bolas fecales de color negro. Este joven sufría una pertinaz astricción de vientre, y además era monórquido y presentaba una ectopia testicular inguinal derecha de la que no se había percatado hasta entonces, lo cual había contribuído al diagnóstico de hernia. — (*N. del A.*)

un mesocolon: por esto disfruta de cierta movilidad. La S ilíaca es muy movible hasta en los niños, como lo ha hecho observar Huguier, hasta el punto de dislocarse y ocupar la fosa ilíaca derecha, circunstancia que constituye un serio obstáculo al establecimiento de un ano artificial. Más adelante tendré ocasión de volver sobre este particular.

Capa céluloadiposa subperitoneal. — Detrás del peritoneo se encuentra una capa céluloadiposa extremadamente abundante (véase la fig. 223). Esta capa es muy laxa, laminosa y contiene únicamente algunos pelotones adiposos. Se continúa sin límites de demarcación con el tejido celular subperitoneal de la pelvis y, en particular, con el de los ligamentos anchos en la mujer. Resulta de esto que las inflamaciones, que tan frecuentemente se desarrollan en estos ligamentos después del parto, se propagan con la mayor facilidad al tejido celular de la fosa ilíaca. La inflamación de este tejido constituye el llamado *flemón de la fosa ilíaca.* Examinando nuestros cortes horizontal o vertical de la fosa ilíaca, cualquiera puede formarse una idea muy exacta del punto que ocupa primitivamente el foco; el peritoneo forma la pared anterior, y la *fascia ilíaca* la posterior. En cirugía no debemos ser tan excesivamente anatómicos que subordinemos constantemente la marcha de las flegmasías a la disposición de los planos fibrosos; obrando así, sufriríamos frecuentes desengaños; pero, en la región que nos ocupa, las conexiones que existen entre la *fascia ilíaca* y la *fascia transversalis* son tan íntimas y de tal potencia, que casi siempre imprimen una marcha especial al pus desarrollado en las diversas capas de la fosa ilíaca. Este punto me parece de la mayor importancia, y los precedentes cortes que presento tienen por principal objeto hacer clara su demostración.

Examínese la figura 224 destinada a demostrar el modo cómo la *fascia ilíaca* se une a la *fascia transversalis* a nivel del arco crural: el peritoneo (línea de puntos blanca) desciende por delante de la *fascia ilíaca,* llega al arco crural, al que no se adhiere, reflejándose de abajo arriba para tapizar la cara posterior de la *fascia transversalis.* El tejido celular subperitoneal de la fosa ilíaca se continúa directamente con el tejido celular subperitoneal de la pared del abdomen: no es, pues, extraño que la inflamación se propague de una a otra parte. Esta es, en efecto, la marcha clásica del flemón de la fosa ilíaca; el pus puede quedar circunscrito en esta fosa, invadir el tejido celular pelviano o ascender hacia los lomos; pero si desciende, que es lo más frecuente, gana la pared abdominal anterior y no tarda en formar un foco que se encuentra por encima del arco crural. En este punto es donde se percibe la fluctuación y por el que se debe dar salida al pus.

El pus, al desarrollarse debajo del peritoneo, rechaza necesariamente esta membrana hacia arriba y la despega de la *fascia ilíaca* y de la *fascia transversalis,* tal como lo demuestra el adjunto esquema (fig. 226). De este modo se forma en la fosa ilíaca un vasto foco subperitoneal, cuyas paredes están limitadas: por delante, por la *fascia transversalis;* por detrás, por la *fascia ilíaca,* e inferiormente, por el arco crural. Resulta, pues, que, para abrir estos abscesos, conviene practicar por encima del arco, en el punto en donde se percibe la fluctuación y por fuera de la arteria epigástrica, una incisión horizontal y atravesar sucesivamente con el bisturí la piel y las fascias subcutáneas, la aponeurosis del oblicuo mayor, el oblicuo menor, el transverso y la *fascia transversalis;* de este modo se llega al foco sin necesidad de preocuparse por el peritoneo, porque *es imposible* interesarlo. Es útil abrir estos abscesos tan luego como se perciba la fluctuación, para impedir que el pus se extienda a lo lejos

y ulcere el peritoneo, accidente señalado por GRISOLLE en su Memoria sobre este particular.

Este mismo autor hizo notar que el flemón de la fosa ilíaca es más frecuente en el hombre que en la mujer, aun contando en ésta los flemones de origen puerperal, aserción que me parece apoyada en escaso número de hechos.

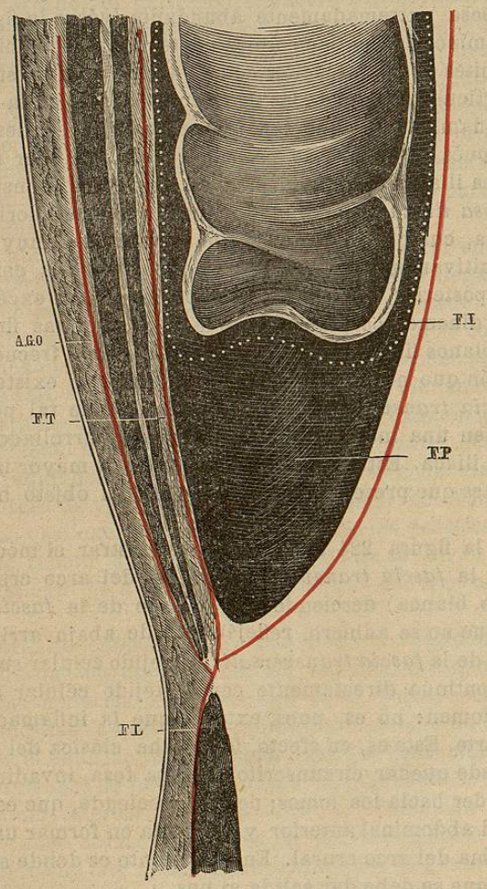

Fig. 226.—*Esquema que representa la disposición del foco de un absceso subperitoneal de la fosa ilíaca interna, formando prominencia en la pared abdominal*

AGO, aponeurosis del oblicuo mayor (encarnado)
FI, fascia ilíaca (encarnado).
FL, fascia lata (encarnado).
FP, foco purulento que ha levantado el peritoneo.
FT, fascia transversalis (encarnado).

Aparece más frecuentemente en el lado derecho en el hombre y en el izquierdo en la mujer.

El flemón de la fosa ilíaca termina en general por supuración. No obstante, puede terminar por induración; en este caso, se encuentra en la fosa ilíaca y en el espesor de la pared abdominal una masa más o menos voluminosa, algunas veces enorme, masa que puede subir hasta el ombligo y se distingue por su extremada dureza; esta induración queda por mucho tiempo estacionaria, pero, en general, la resolución progresa rápidamente una vez iniciada. Diferentes

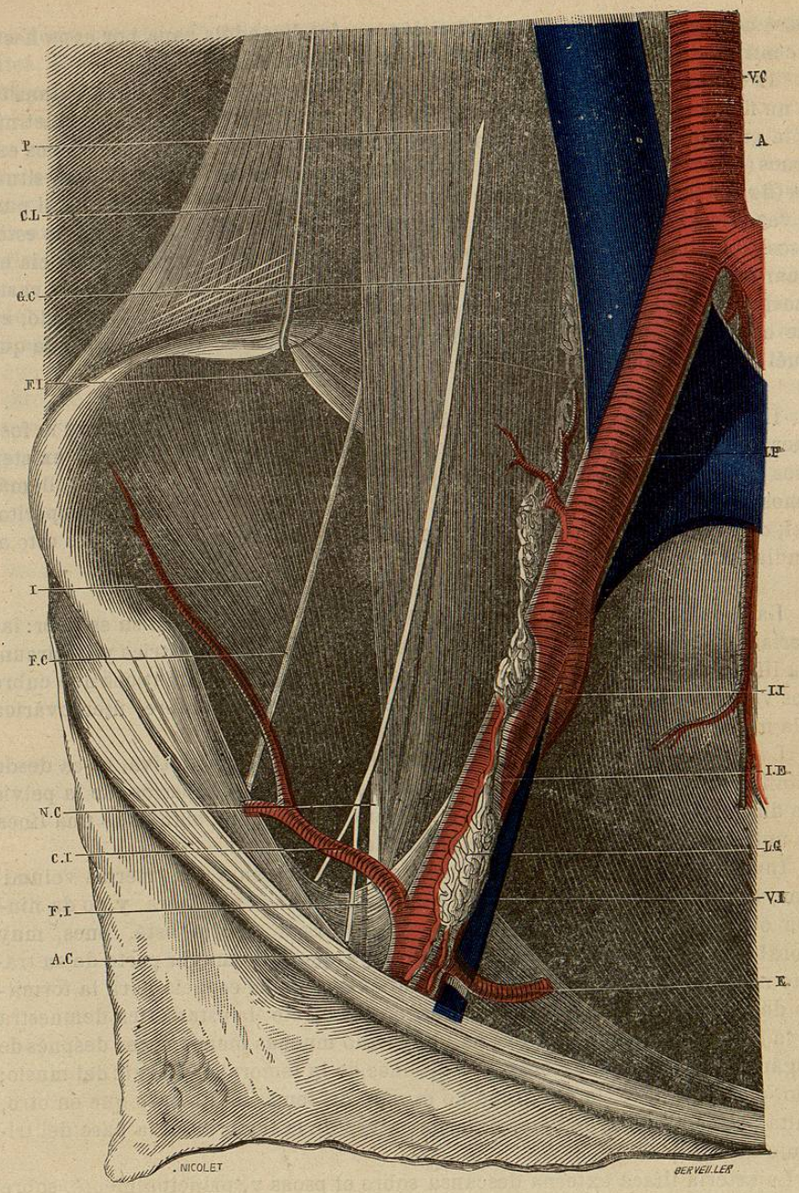

Fig. 227. — Fosa ilíaca interna derecha, vista de frente

A, aorta.
AC, arco crural.
CI, arteria circunfleja ilíaca.
CL, músculo cuadrado de los lomos.
E, arteria epigástrica.
FC, nervio femorocutáneo.
FI, fascia ilíaca.
GC, nervio génitocrural.
I, músculo ilíaco.
IE, arteria ilíaca externa.
II, arteria ilíaca interna.
IP, arteria ilíaca primitiva.
LG, ganglio linfático.
NC, nervio crural.
P, músculo psoas.
VC, vena cava inferior.
VI, vena ilíaca externa.