

seroso límpido, que adhería al cordón. Pero el más interesante de todos, el que debe considerarse como quiste verdadero del apéndice herniado, es el expuesto en 1911 por Cernezzi, en que se trataba de una hernia inguinal derecha de cinco años de antigüedad, en un viejo de 60 años, e irreducible desde hacía poco tiempo. Dice Cernezzi que encontró un saco bastante grueso y sumamente adherido a los elementos del cordón; en su interior el apéndice, algo adherente, terminaba por un abultamiento del tamaño y forma de una gruesa almendra, constituido por un quiste que se fusionaba con el saco y con el apéndice. Su contenido estaba constituido por un líquido seroso casi límpido y alguno que otro coágulo fibrinoso pegado a la pared del quiste estaba incluida entre las paredes del meso y constituida por un estrato de tejido fibroso pobre en vasos y en elementos celulares, tapizado interiormente por un revestimiento endotelial bien conservado. Según Cernezzi, habríase determinado un obstáculo a la corriente linfática del meso por el asiento del apéndice, por la longitud del saco herniario y por las adherencias entre éste y su contenido.

Dos casos de cáncer primitivo del apéndice, el de Patel en 1907 y el de Gangitano en 1910, nos servirán de base para una pequeña reseña. El primero hacía referencia a un hombre de 54 años que desde hacía muchos llevaba un braguero doble para corregir sus dos hernias, antigua de 25 años la del lado derecho y de 15 la del izquierdo. En la operación se encontró que el apéndice hallábase herniado a la derecha, y lleno de pequeños núcleos duros, cuyo examen histológico demostró ser cancerosos. En el segundo, en una vieja de 68 años, Gangitano encontró un apéndice pequeño, incurvado, pegado al meso, escleroso y adherente al saco; el examen histológico demostró en el meso, entre el tejido areolar, nidos y cordones celulares epiteliales; en el apéndice habíase desarrollado un proceso inflamatorio crónico esclerosante, en el cual posteriormente había empezado a manifestarse el neoplasma.

### PATOGENIA

Tuffier divide las hernias apendiculares en congénitas y adquiridas.

Para que la ectopía se produzca en las hernias congénitas, es condición «sine qua non» que el apéndice esté libre. Se produce también con apéndices largos, lo cual no es raro; y la favorece la situación bajo del ciego. Esta situación baja del ciego sería el resultado de una exageración en la emigración del órgano durante la época embrionaria. Efectivamente: el ciego, situado primitivamente a la izquierda, se coloca más tarde detrás del ombligo, posteriormente por debajo del hígado, atraviesa después la cara anterior del riñón derecho y viene por fin a colocarse en la fosa ilíaca derecha, donde generalmente se detiene; pero, anormalmente, puede dicho órgano continuar su descenso y aproximarse de esta manera a los orificios herniarios.

Refiriéndose también a la época fetal, han querido diversos autores (Piersol y Kirmisson, entre otros) explicar, muy erróneamente por cierto,

la influencia del testículo en el desarrollo de las hernias del apéndice. Dicen los citados autores que cuando el ciego, y por lo tanto el apéndice, se encuentran en los primeros tiempos de la vida fetal por debajo del hígado, adquirirían adherencias con el testículo que, en su descenso, arrastraría el apéndice. De ser cierta esta hipótesis habría que admitir que la hernia apendicular congénita inguinal sería siempre vaginal, por hallarse el apéndice en íntimo contacto con el testículo; lo cual no es cierto, por cuanto se conocen casos en los cuales hallándose el testículo ectopiado existía sin embargo una hernia inguinal congénita cuyo apéndice descendía hasta el conducto peritoneo-vaginal.

Pero aún hay más: los datos embriológicos nos prueban de una manera irrefutable la falta de sincronismo en el desarrollo de estos dos órganos, testículo y apéndice. Así, mientras en el feto de tres meses el ciego se halla situado por debajo del hígado y a la derecha de la línea media, los testículos, que en un principio estaban situados en la región lumbar, han descendido para esa fecha a la pelvis mayor, muy distante del ciego. En los meses quinto y sexto de la vida fetal, han llegado a situarse contra el anillo inguinal interno, en tanto que el ciego en el séptimo mes aún se encuentra a la altura del riñón derecho. En el octavo mes el testículo ha iniciado ya su emigración a través del conducto inguinal, cuando el ciego apenas alcanza la cresta ilíaca. Es, por lo tanto, imposible aceptar la posibilidad de que el testículo adherido al apéndice en la vida fetal y traccionado sobre él en su descenso, pueda llegar a ectopiarlo. ¿No sería más lógico admitir que el proceso de generación de la hernia apendicular es en un todo semejante al que preside el de la formación de los enteroceles congénitos comunes.

Lo único que puede explicarnos la Embriología, es la mayor frecuencia de las hernias inguinales en el lado derecho; efectivamente, al llegar el nacimiento el testículo izquierdo está ya en el escroto, mientras que el derecho, en la misma época, apenas ha traspuesto el orificio externo del conducto inguinal, lo cual trae como consecuencia que el conducto peritoneo-vaginal del lado derecho se obture más tarde.

Las más frecuentes de las hernias apendiculares son las adquiridas existiendo, por otra parte como en la generalidad de las hernias, un cúmulo de circunstancias predisponentes y determinantes originarias de su producción; pudiendo quedar, una vez constituidas, como temporales o definitivas.

Ya hemos hablado de las causas predisponentes representadas por la edad, el sexo, la región herniaria, la flacidez de las paredes abdominales, el ensanchamiento de los anillos, etc.

Las causas determinantes son múltiples y podrían ser incluidas en tres categorías: En las primeras comprenderíamos aquellos casos en que existiendo anomalías en el apéndice, éste órgano sería aproximado a las regiones herniarias.

Una flacidez, o una insuficiencia en los medios de fijación del ciego (y por ende del apéndice), podrían conducir a una ptosis seco-apendicular; constituyendo el segundo grupo de causas determinantes. Basta recordar, en efecto, los datos anatómicos anteriormente expuestos con un ciego en