

niezas frescas o preparación de piezas secas; y así Camper publicó su primera observación en Holanda hacia 1762, Hesselbach la primera observación en Alemania hacia 1805; Cloquet dejó la primera pieza seca en Francia hacia 1816; existiendo en Inglaterra el curioso caso operado en 1785 por Hevin, profesor real de cirugía, que es anterior al de Amvaud, y que relata el citado Hevin en su curso de Patología y Terapéutica quirúrgicas, en la siguiente forma: «Del lado derecho, aparte éste intestino (íleon), la bolsa del ciego y el principio del cólon forman a veces esta hernia (crural). No encontraba en la apertura de un gran depósito que se había hecho por congestión en la parte interna y superior del muslo y que se extendía hasta por debajo de su parte media. Quedé muy sorprendido al ver salir una sánies pútrida, cuyo olor claramente estercoral, me hizo suponer que alguna porción de intestino habíase encontrado pellizcada bajo la arcada crural y se había abierto por la mortificación de los tejidos del foco del absceso. Efectivamente, en la autopsia del sujeto, que murió muy rápidamente, M. Marigne, cirujano del enfermo, reconoció que el apéndice vermiforme del ciego había deslizado bajo el arco de Fallopio, al cual se encontraba adherido, que se había perforado y había permitido la salida de jugos excrementicios flúidos, en tanto que las materias sólidas habían continuado su salida por el ano».

Merling en 1836, en su tesis de Heidelberg, menciona dos casos de estrangulación del apéndice; y también relatan casos aislados Soemering, Malgaigne, Fleischman. Sin embargo es Klein el que en 1868 publica el primer trabajo de conjunto y recoge y comenta 22 casos hasta entonces desconocidos en la literatura médica: Brieger, en 1893, añade 26 casos a los publicados por Klein.

A partir de esta fecha los trabajos, tal vez influidos por la importancia cada vez mayor que al estudio de las lesiones apendiculares se dedica, se hacen más y más frecuentes; así lo confirman Polloson (1893) con su monografía, Berger (1893), Sauvage (1894), Bariétv (1895), Bajardi (1895), Briançon (1897), Renault (1898), Jaja (1898), Mezangean (1899), d'Osty (1900), Honoré (1903), Cernezzi (1903), Jacquemin (1905), Mariotti (1909), Luxardo (1909), Bartholomeusz (1910), Martini (1910). Además de estos trabajos personales se han producido discusiones en Academias a propósito de este tema, siendo de recordar las de la Société de Chirurgie de París, en 1896, en 1900, en 1902, y principalmente la de 1904. Mas recientemente todavía Mantelli (1911) escribe sobre la llamada hernia sin saco y Cernezzi (1911) vuelve a tratar sobre la terapéutica de la afección.

DATOS ANATÓMICOS

Perondi, en 1901, resumiendo los distintos trabajos publicados por Engel, Trevers, Tuffier y Schiefterdecker acerca del asiento o situación normal del ciego, deduce que dicho órgano puede encontrarse dentro de la fosa ilíaca derecha (como es lo más corriente), o fuera de ella (sólo en un cuarto de los casos). Encontrándose dentro de la fosa ilíaca derecha no se halla siempre al mismo nivel, pudiendo ocupar tres pisos diferentes que denomina en la siguiente forma: *situación ilíaca inferior*, asiento el más frecuente del ciego, en el cual el órgano ocupa la parte más baja de la fosa ilíaca derecha hasta sobresalir de ella y colgar en la pequeña pelvis, de la cual ocupa una pequeña parte; *situación ilíaca media*, de frecuencia semejante a la anterior, en la cual el ciego dista de un centímetro y medio a ocho centímetros de la arcada femoral; y *situación ilíaca superior*, en la cual una parte del órgano cruza la cresta ilíaca y penetra en la fosa lumbar. Cuando el ciego se halla fuera de la fosa ilíaca derecha, puede encontrarse o en la pequeña pelvis, o en la región peri-umbilical, o en la fosa lumbar, o en la región hipogástrica.

En cuanto a la dirección del ciego, el mismo Perondi considera como más frecuente la oblicua de abajo arriba, de izquierda a derecha y de delante a atrás; con más rareza es vertical u horizontal. Su fondo puede, en algunos casos, estar levantando de manera que parte de la superficie posterior se hace anterior.

El conocimiento del revestimiento peritoneal del ciego tiene una gran importancia, sobre todo para el estudio de la hernia del apéndice llamada sin saco, o mejor, de la hernia del apéndice con saco en parte adherente. Antiguamente se admitía que el ciego no tenía un revestimiento peritoneal completo, sino que la serosa deslizaba por su cara anterior aplicándolo contra la fosa ilíaca, lo cual facilitaría la penetración en su cavidad extra-peritonealmente. Luscka y Bardeleben sostienen a su vez que el ciego se halla completamente revestido de peritoneo, lo cual confirma Treves, y posee un meso que le daría movilidad completa en la cavidad abdominal. Hoy día se aceptan a este respecto las conclusiones de Ancel y Cavaillon, fundadas en la evolución del ciego y en su estudio embriológico, y así distinguen cinco tipos: 1.º Ciego libremente fluctuante, suspendido de la pared posterior por el intermedio del mesenterio común y comparable en un todo a un asa de intestino delgado. 2.º Ciego con una gran foseta retro-cecal, debido a que la cara posterior del intestino no ha entrado aún en coalescencia, habiéndose adherido