

únicamente el borde externo. 3.º Ciego adherido, pero cuyo fondo ha quedado libre, no habiéndose todavía terminado la adherencia que procede de arriba abajo. 4.º Ciego completamente adherido, por fusión total de todo el peritoneo cecal posterior y fijación completa del órgano. 5.º Ciego con meso secundariamente adherido por un proceso de estiramiento y constituido por cuatro hojas.

Apéndice. — Su implantación se halla por lo común en la parte media y cara posterior del ciego, en las vecindades de la válvula íleo-cecal. Ordinariamente único, se cita sin embargo el notable caso de Young (1911) en que existían dos apéndices, cada uno con su meso, y distanciados uno de otro unos tres centímetros. Waldayer distingue la situación del apéndice con respecto al ciego, en posiciones normales y anormales. En las primeras comprende: 1.º Apéndice dirigido hacia la pequeña pelvis (sería la más frecuente); 2.º Apéndice dirigido adelante del ciego; 3.º Apéndice látero-cecal. Considera como anormales las siguientes posiciones: 1.º Apéndice retro-cecal; 2.º Apéndice ante-cecal; 3.º Apéndice sub-cecal; 4.º Apéndice incrustado en el ciego; y 5.º Apéndice aberrante, pudiendo hallarse en la fosa ilíaca izquierda; a nivel del bazo; debajo del hígado; contra la vesícula biliar; en el plano de la pelvis (la cuarta y quinta posiciones anormales muy raras).

La longitud del apéndice, siendo en el recién nacido más largo relativamente que en el adulto, alcanza en éste último dimensiones muy variables. Adoptando un término medio, consideraremos como longitud normal de 8 ó 9 centímetros; pudiendo alcanzar en ocasiones una dimensión de 30 centímetros, como cita Talamón, y otras en que es casi rudimentario. Su forma es habitualmente cilíndrica, pero la hacen variable procesos crónicos e inflamatorios, las adherencias, los cálculos, etc., adoptando entonces forma cónica, en rosario, en asa, en espiral, en ocho de guarismo, etc.

Como consecuencia de sus últimas investigaciones en el cadáver, saca Mantelli la conclusión de que el apéndice no puede ponerse nunca en contacto con el tejido celular de la fosa ilíaca, debido principalmente a la disposición del peritoneo, y que cuando ello se produce es debido a la adherencia íntima de su cara posterior con el peritoneo hojas adparietal, encontrándose siempre en este caso dos hojas adherentes. En efecto: el peritoneo envuelve en toda su longitud al apéndice, exactamente como lo hace con un asa de intestino delgado, proporcionándole un verdadero meso que lo mantiene unido al ciego y a la porción terminal del mesenterio. Este meso, de forma fulsiforme,

presenta un borde convexo adherente al apéndice y un borde cóncavo libre. Una de sus extremidades, la más afilada, llega hasta la punta del apéndice; según algunos autores, esto se produciría tan solo en el niño, desapareciendo esta extremidad con el crecimiento. El meso sirve de andamio a los vasos sanguíneos, a los linfáticos y a los nervios. En la base del meso, es decir, en el ángulo apendículo-cecal, señala Clado la existencia permanente de un ganglio llamado apendicular. Los nervios proceden del plexo mesentérico del simpático.

De la somera anatomía expuesta se deduce que el apéndice es sumamente movable en la cavidad abdominal, ya por los movimientos de desplazamiento que pueda sufrir el ciego, ya por su independencia relativa con respecto a dicho órgano, lo cual trae como consecuencia la facilidad con que el apéndice puede penetrar en un saco herniario, sobre todo en los situados en el lado derecho, ya sean inguinales o crurales.

Antes de pasar adelante con el estudio de la Etiología de la hernia del apéndice, séame permitido manifestar que al hablar de las complicaciones de esta dolencia incluiré en la Apendicitis herniaria los datos a ella relativos, ya que a pesar de la íntima conexión que entre ellas existe, sería ilógico negar a esta última la individualización que los hechos clínicos, cada día comprobados, le conceden. Hecha esta salvedad, pasemos, pues, al conocimiento de la

ETIOLOGÍA

Nada tan difícil como señalar la frecuencia con que se presenta la hernia del apéndice, a juzgar por las estadísticas de los diversos autores. Además, si se considera que el diagnóstico de la dolencia no puede hacerse durante la vida, ya porque el enfermo no haya reparado en su hernia, por lo común de muy pequeño volumen, o bien porque la exploración clínica no permita afirmar la presencia del apéndice en el contenido de un saco herniario, se comprenderá fácilmente que en la mayoría de los casos los enfermos son reconocidos en el acto operatorio, al cual son conducidos por el estallido de complicaciones inflamatorias. Juzgar, por lo tanto, de la frecuencia de las hernias apendiculares por el de casos operados, sería basarse en datos muy infieles. Sin embargo, en estos últimos años, el porcentaje de hernias apendiculares ha aumentado extraordinariamente, hasta llegar a la proporción de un 40 por 100 en la estadística de Klein y en cifras aún mayores en la de Brieger. Indudablemente que estos últimos datos son algo exagerados si los comparamos con ellos