

La pararrectal externa izquierda preconizada por Caryer, Leger y Sourdille y otros, fácilmente a tórax a través del 8.º o 9.º espacio, sin lesión del recto anterior del abdomen.

La oblicua de Quenu y Lecene y finalmente la transversa particularmente útil si posteriormente debe actuarse sobre vías biliares o sobre la vena porta.

En el cuadro III pueden observarse los dos hechos mencionados: el pequeño porcentaje de bazos fijos (7 entre 36 o sea 19,4%) y al propio tiempo su gravedad pues toda la mortalidad habida recae en ellos.

Se deduce de ello: *a*) que todos los esfuerzos para procurar un buen campo y máximas facilidades operatorias en estas intervenciones están justificadas; *b*) que las toracolaparotomías no son inocuas (1 por eventración) y por lo tanto que deben limitarse a los casos que realmente las requieran.

Servicio de Cirugía General del Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo. Barcelana. (Director: Prof. Dr. J. PI-FIGUERAS.)

HERNIA DIAFRAGMÁTICA ASOCIADA A OTRO TIPO DE HERNIAS

P. ESTELRICH, J. HUGUET, R. HORTAS

En la revisión de 70 historias correspondientes a enfermos afectos de hernia diafragmática de tipo diverso pertenecientes a nuestros Servicios, hemos encontrado un 10% de pacientes que eran portadores de hernia umbilical y un 7% de hernias ínguino-crurales.

A pesar de que no se trata de un porcentaje muy significativo, hay que tener en cuenta que en estas 70 historias, tanto la anamnesis como la exploración fueron dirigidas a su hernia diafragmática, pudiendo pasar inadvertidos otros tipos de hernia cuya sintomatología clínica y exploración fuera poco evidente. Por otra parte, si se explorasen convenientemente los herniados umbilicales, inguinales y crurales, tal vez se encontrarían mayor número de hernias diafragmáticas.

El motivo de este trabajo ha sido intentar explicar que este 17% de hernias halladas en individuos con hernia diafragmática no se trata de un hecho fortuito, sino que puede tener motivo de existencia, que la Embriología puede aclarar.

Las cavidades del cuerpo del hombre adulto son:

Cavidad pericárdica, que contiene el corazón.

Cavidad pleural, que contiene los pulmones.

Cavidad peritoneal, que contiene las vísceras digestivas y genitales.

Estas tres cavidades derivan del *celoma* embrionario.

Partiendo de las tres hojas primordiales de Remack, ectodermo, mesodermo y endodermo, la que a nosotros nos interesa es el mesodermo ya que ha partir de él se forman, entre otros, el tejido conjuntivo, muscular y el *celoma*.

El mesodermo consta:

Mesodermo paraaxial

Mesomero o pieza intermedia

Láminas mesodérmicas laterales

Las láminas mesodérmicas laterales (fig. 1) se desdoblán en dos hojas que reciben el nombre de esplanopleura y somatopleura. Entre estas dos láminas se forma un ámbito que es el *celoma*. Este forma al principio una cavidad continua, luego, como hemos apuntado antes, se forman tres cavidades merced a tres tabiques (fig. 2).

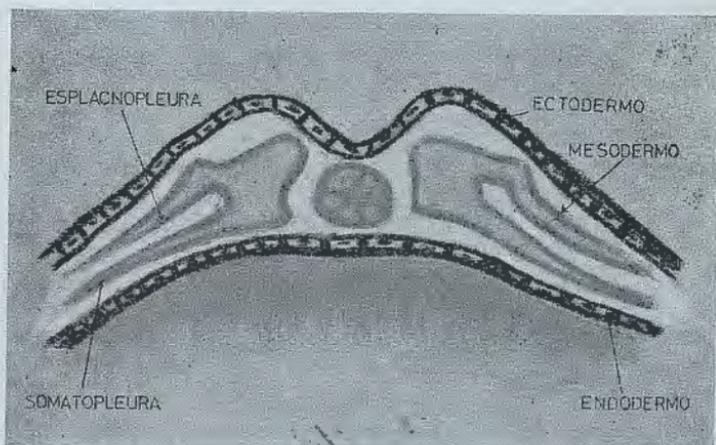


FIG. 1

1.º Septum Transversum.

2.º Dos pliegues pleuropericárdicos unidos al Septum Transversum y que completan la separación entre la cavidad pericárdica y pleural.

3.º Dos láminas pleuroperitoneales que también están unidas al Septum Transversum, completando la separación entre la cavidad pleural a ambos lados y la cavidad peritoneal.

Las principales anomalías morfológicas del celoma son:

A) Defectos intracelómicos. Consecuencias de malformación de los tabiques.

1.º Ectopia cardíaca.

2.º Comunicación entre la cavidad que contiene el corazón y las que contienen los pulmones.

- 3.º Que los dos órganos, corazón y pulmón, ocupen una misma cavidad.
 - 4.º Hernia de hiato pleuro peritoneal, foramen de Bochdalek.
 - 5.º Hernia de hiato esafágico.
 - 6.º Hernia paraesternal a través de un espacio anterior, foramen de Morgagni.
- B) Defectos de la formación de la pared celómica. Los más importantes son:
- 1.º Hernia del celoma abdominal dentro del cordón umbilical.
 - 2.º Herniación del celoma abdominal a nivel del saco vaginal.
 - 3.º Herniación del celoma a nivel de la fosita inguinal media.



FIG. 2

Un diafragma intacto debilitado por presentar una musculatura deficiente puede asimismo herniarse en la cavidad pleural.

Sabemos que normalmente a finales de la novena semana del desarrollo embrionario el intestino atraviesa el anillo umbilical. La hernia umbilical puede ser congénita cuando no se retira totalmente el intestino delgado. Puede ocurrir que el intestino se retire por completo para herniarse después en un periodo pre o postnatal a través de un anillo insuficiente.

En la hernia inguinal oblicua externa el saco vaginal que se extiende dentro del escroto y que normalmente es extemporario puede persistir durante la vida adulta.

Actualmente se piensa que todas las hernias inguinales indirectas, cualquiera que sea la edad del paciente al aparecer por primera vez, son de origen congénito, exceptuando casos muy raros de hernia traumática. La aparición de una hernia indirecta se explica basándose en que el conducto de Buck obliterado de un modo incompleto, en un momento dado en virtud de un aumento de presión intraabdominal, se va ensanchando, siempre que la consistencia de los tejidos que lo circundan, lo permitan, hasta motivar la formación de una hernia.

Si los tejidos que forman la fosita inguinal media son defectuosos, se formará la hernia directa.

Tenemos un elemento común que es el mesodermo, a partir de él se formarán elementos que serán primordiales en la formación de las hernias.

En un principio las células que van a formar el diafragma y la pared abdominal, son casi hermanas y por lo tanto pueden conllevar un defecto de estructura que luego puede manifestarse en forma de debilidad.

Es lógico pensar que si el tejido que va a formar el diafragma, rodear el esófago, cerrar el anillo umbilical, obliterar el conducto vaginal, proceden en un principio de un mismo grupo celular, es fácil llegar a la conclusión de que estos tres tipos de hernia tienen algo en común y por lo tanto puedan presentarse asociadas en un mismo individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- R. P. JAIME PUJILA, S. J.: "Embriología del hombre y demás vertebrados", 1923.
 BRADLEY M. PATTEN: "Embriología Humana", pág. 507, 1962.
 PROF. PI-FIGUERAS, J. y PUIG LA CALLE, J.: "Hernias del hiato diafragmático". *Revista Esp. Enf. Ap. Dig. y de la Nutric.*, XXII, n.º 2, 1963.
 W. HAMILTON-POYD: "Embriología Humana", pág. 272, 1964.

Servicio de Cirugía General del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. (Dr. PI-FIGUERAS.)

LA LINFOGRAFÍA EN EL CONTROL DE LA LINFADENECTOMÍA

(Revisión de 43 casos)

F. MANUEL NOGUERAS

Aunque la escisión de los ganglios linfáticos regionales se considera un punto importante en el tratamiento de diversos carcinomas, a menudo, existen factores que impiden una linfadenectomía radical (situación inaccesible de las adenopatías, su pequeño tamaño, su similitud de color y consistencia con el tejido celular y graso, etc.).