

## EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO DEL MUCOCELE APENDICULAR

B. VARELA, C. VIANA, A. ROLDÁN y W. BUÑO

Nos referimos aquí al mucocele apendicular a propósito de un caso en el cual los datos clínicos y radiológicos nos permitieron establecer aquel diagnóstico, que fué confirmado por la intervención quirúrgica y el estudio de la pieza extirpada. *En la revisión de la bibliografía sobre esta enfermedad, no encontramos descrito ningún caso semejante; la afección fué siempre reconocida hasta ahora, recién durante la intervención o la autopsia.*

El mucocele es una afección rara (1 ‰ de las apendicectomías realizadas: Castle; Mayo y Fauster). En nuestro país han publicado observaciones Domínguez y Albo; Morador y García Capurro; Chifflet y Scandroglio y Etchegorry. Conocemos además observaciones aun inéditas de J. C. del Campo, Iraola, Nin y Silva y Morador. La afección consiste esencialmente en la transformación del apéndice en un grueso quiste lleno de una substancia gelatinosa; esta transformación quística parece ser secundaria a una estenosis aséptica del apéndice.

Resumiremos brevemente los signos clínicos y radiológicos del mucocele apendicular.

**Signos clínicos.** — En algunos casos esta afección no da lugar a ningún trastorno subjetivo; en otros se ven signos dispépticos mal definidos, similares a los de una apendicitis crónica. Más raramente da origen a cuadros agudos de vientre con los caracteres de una apendicitis, de una peritonitis o de una oclusión. Durante

la intervención quirúrgica o la autopsia se reconoce que el cuadro agudo es debido a una complicación del mucocele: su invaginación en el colon (caso de Nin y Silva), torsión sobre la porción proximal, normal del apéndice (Heatley); peritonitis provocada por su ruptura y vaciamiento del contenido en la cavidad peritoneal lo que da lugar al "pseudo mixoma peritonei", cuadro grave

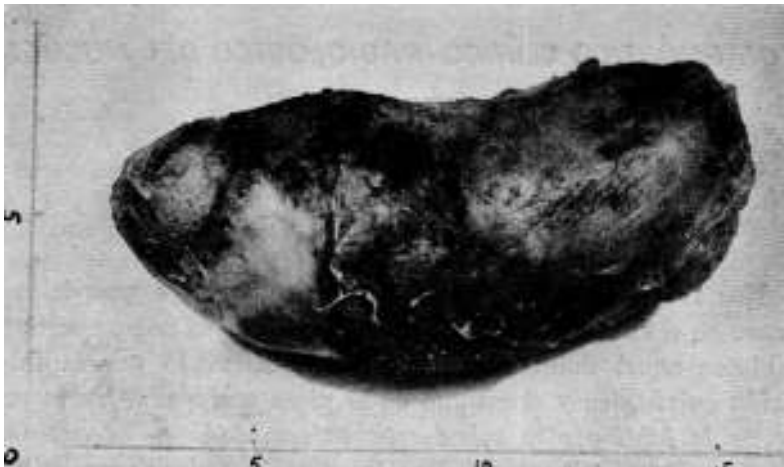


Fig. I. — Fotografía de la pieza extirpada (longitudes en cms.).

similar al que se observa después de una ruptura de quistes del ovario de contenido también gelatinoso.

Durante el examen clínico se palpa en la fosa ilíaca derecha, una tumoración alargada, renitente, poco sensible a la presión; el tumor puede estar fijado al plano posterior o ser movilizable. Muy rara vez se ha observado que el tumor se palpe durante una crisis dolorosa y desaparezca luego: es el "hidrops intermitente del apéndice" (Vorhaus; Mayndl).

Estos datos de la anamnesis y del examen clínico son insuficientes para reconocer la naturaleza de la tumoración. Es el examen radiológico el que ha de permitir plantear, en adelante, el verdadero diagnóstico.

**Signos radiológicos.** — Un primer punto debe ser tenido en cuenta: la existencia del mucocele, es decir del quiste cerrado

apendicular, excluye toda posibilidad de que aparezca la imagen apendicular normal, durante el examen radiológico. Si aparece aquella, la tumoración en discusión no puede ser un mucocele.

**Imagen radiográfica del mucocele típico.** — En la radiografía de la región, obtenida sin ninguna preparación especial, el tumor



Fig. II. — Fotografía del corte longitudinal de la pieza

se destaca claramente por su densidad, de las partes vecinas; sus caracteres han sido precisados por *Akerlund*. De formá semejante a la de un riñón, tiene contornos bien definidos. Muy importante es el reconocimiento de un *doble contorno en el borde externo del tumor*: la línea interna es más opaca que la externa como si correspondiera a un borde calcificado.

Esta tumoración no tiene relaciones con el aparato urinario. El estudio de colon, previa ingestión de bario o enema opaco, muestra que el tumor puede rechazar el ciego y el colon ascendente (*Schinz*), sin modificar el tránsito intestinal. La pared cólica puede estar comprimida y en un caso, *Jotras* ha mostrado que los pliegues mucosos se disponen en remolino. Las asas delgadas pueden asimismo estar disociadas por el polo inferior del tumor.

*Akerlund* señaló estos caracteres tan precisos, después del estudio cuidadoso de las radiografías de dos casos, en los cuales la verdadera naturaleza de la tumoración recién fué reconocida

durante la intervención. Este autor planteó entonces (1936) la posibilidad de establecer el diagnóstico preoperatorio, basándose en estos datos, en cualquier caso futuro. Nuestra observación sería así la primera en que la utilización de la descripción de Akerlund

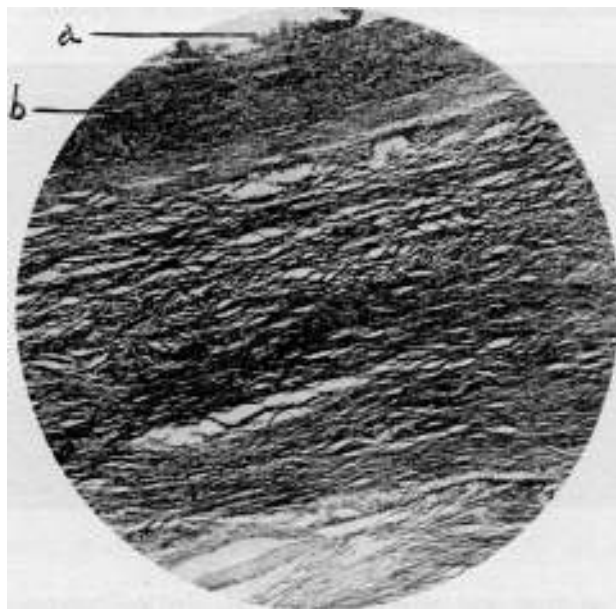


Fig. III. — Vista topográfica de la pared del mucocele. En a) vellosidades epiteliales. Debajo de éstas una capa músculo-fibrosa; luego una gran extensión de tejido fibroso. En b) folículo linfoide.

ha permitido hacer correctamente el diagnóstico preoperatorio de la enfermedad.

Excepcionalmente puede suceder que el quiste se abra en el ciego vaciando en él su contenido; ya no se trata entonces de un "mucocele" sino de un enorme apéndice degenerado en cuyo interior penetra el bario introducido en el colon por enema o ingestión. La imagen apendicular puede llegar a simular en la radiografía, la de la última asa ileal. La dilatación quística del apéndice es así fácil de reconocer (Vorhaus; Princigalli). La mucosa del ciego puede sufrir en estos casos un proceso degenerativo similar a la del apéndice (Vorhaus).

**Descripción de nuestro caso.** — J. B., de 45 años. Hace 2 años cuenta por molestias abdominales imprecisas. El examen prolijo del abdomen permitió al Dr. M. Volonterio, comprobar la presencia en la fosa iliaca derecha, de un grueso tumor indoloro, invariable en exámenes sucesivos. No hay trastornos funcionales digestivos. En la anamnesis, ningún dato de interés.

El examen actual revela: tumor de 15 cms. de largo por 5 de ancho,

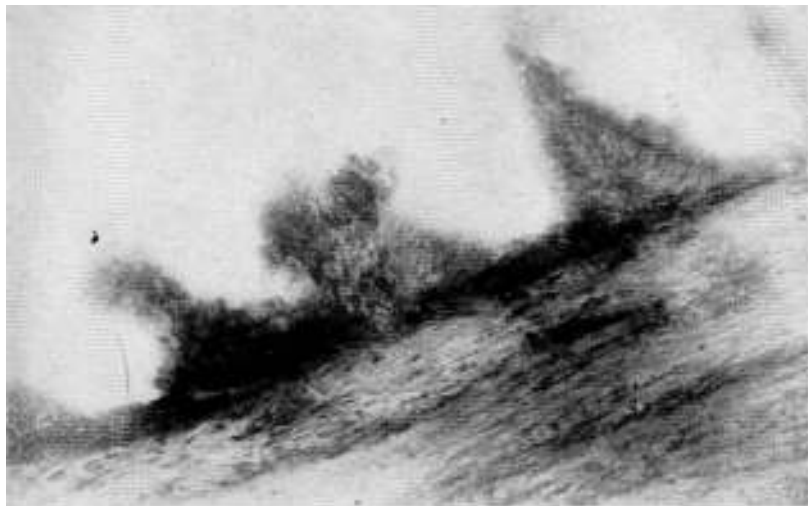


Fig. IV. — Vellosidades epiteliales a gran aumento

colocado en el flanco derecho del vientre, con sus 2/3 inferiores apoyados en el hueso ilíaco. El gran eje del tumor es oblicuo de arriba abajo y de fuera a adentro; su polo inferior, bien limitado, se acerca a la línea media, quedando a 3 cms. de ella y a mitad de la distancia ombligo - pubis; el polo superior se pierde debajo del hígado. La mano posterior, lumbar, lo percibe mal; no hay peloteo. La superficie del tumor es bien lisa. Está completamente fijado a la pared posterior. Ligera sensibilidad a la presión en la parte superior del tumor.

Los demás datos del examen clínico así como los análisis de orina, sangre y heces no demuestran más que una tendencia discreta a la hiperglobulia y a la hipertensión arterial y una moderada eosinofilia (3 a 5 %). La reacción de Cassoni fué negativa.

**Examen radiológico.** — En la radiografía (fig. VIII) se ve una sombra tumoral en forma de riñón, de 13 cms. de largo por 7 ½ de ancho, cuyo gran eje está dirigido oblicuamente hacia abajo y hacia adentro

Los  $\frac{3}{4}$  inferiores de la tumoración se proyectan en la fosa ilíaca; su  $\frac{1}{4}$  superior por encima de la cresta ilíaca, en la fosa lumbar. La opacidad de esta sombra es en general mayor que la que corresponde a un riñón. En ella se ve, aproximadamente a 14 mm. por dentro del borde externo, una línea fina, más opaca que todo el resto de la tumoración, de densidad cálcica. Esta línea es paralela al borde externo y es sobre todo visible en la parte media del tumor afinándose a medida que se acerca a los extremos

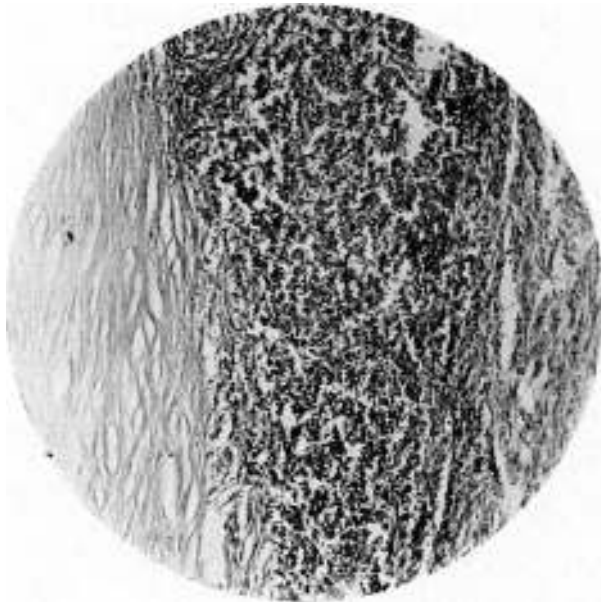


Fig. V. — Folículo linfoide de la pared, a gran aumento.

del mismo. El área del tumor situado por dentro de esta línea es más opaca que la que está por fuera de la misma.

El examen de intestino (fig. IX) muestra que el ciego y la mitad inferior del colon ascendente están desplazados hacia adentro y arriba, al punto que el ciego se proyecta sobre el flanco derecho de la IV vértebra lumbar; el colon ascendente recubre la parte más interna de la cara anterior del tumor. Tanto el ciego como el colon ascendente tienen segmentaciones múltiples debidas a espasmos y tienden a la rápida evacuación de su contenido. Las asas delgadas rodean el polo inferior del tumor y la última asa ileal se interpone entre éste y el ciego. No se ven signos de lesión de la pared intestinal; sólo el ciego tiene el fondo algo deformado debido a la compresión ejercida por el tumor. *El apéndice no fué visualizado en ninguno de los exámenes realizados.*

La pielografía endovenosa muestra que no existe ninguna relación entre el aparato urinario y el tumor.

**Intervención quirúrgica** (Drs. A. Roldán y O. Bassotti). — Por un Mac Burney amplio se descubre el tumor, de superficie lisa, blanquecina; es renitente. Su aspecto es muy semejante al de un viejo quiste hidático. El borde externo del tumor es libre; el borde interno se insinúa, en toda su mitad superior, por detrás del colon ascendente; el polo inferior se dirige hacia adentro fusionándose con el ángulo ileo cecal; el polo superior es profundo, colocado en la fosa lumbar. *La liberación del tumor es muy*

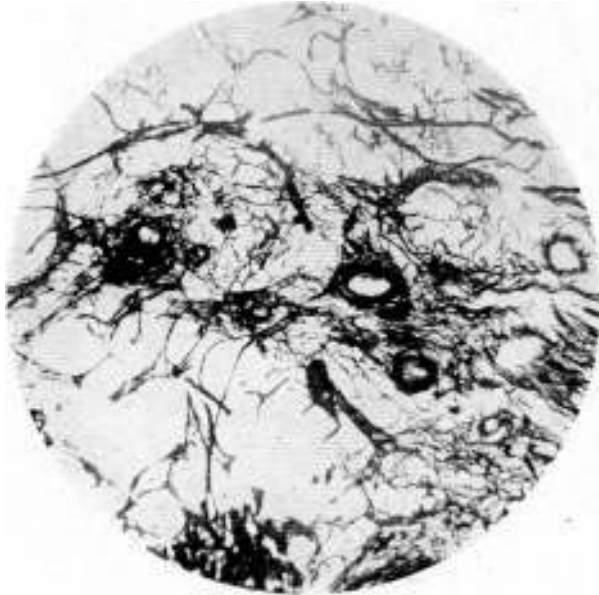


Fig. VI. — Estructura reticular en un folículo linfoide (coloración de Río Hortega).

*laboriosa*: el polo inferior no se puede disociar del ciego; la exploración de la región muestra la ausencia de apéndice normal; el tumor está formado por el apéndice mismo, que ocupa una posición respecto al colon, semejante a la de los apéndices retrocecales ascendentes.

Se separa el tumor, del ciego, por una incisión transversal que deja un pequeño orificio en el ciego, que se sutura. Se comienza entonces la liberación del tumor; la cara posterior adhiere al plano posterior pero es fácil encontrar un plano de clivaje que facilita la separación de la parte de esta cara que descansa sobre el ala ilíaca, sólo hay que disociar algunas adherencias flojas, avasculares.

Pero el desprendimiento en la zona de la fosa lumbar es más laborioso, sobre todo al aproximarse a la porción más interna de la cara posterior; fué sobre todo difícil liberar el borde interno del tumor que estaba adherido al colon ascendente y al meso-colon correspondiente: una vez seccionadas

con tijera estas adherencias firmes, sangran abundantemente siendo muy trabajosa la hemostasis. Esa zona corresponde a la implantación sobre el borde interno del mucocele, de los vasos del mesoapéndice; la vascularización es además muy intensa como corresponde al crecimiento tumoral del apéndice.

Se deja un drenaje con mechas y tubo. Post operatorio sin incidentes; alta a los 12 días.



Fig. VII. — Depósito de gránulos calcáreos en la pared del mucocele

**Examen anatómo-patológico.** — Pieza operatoria de forma alargada (fig. I) de 13 cms. de largo, con extremidades redondeadas globulosas, teniendo 18 cms. de circunferencia en su parte más gruesa. La superficie exterior es lisa, globulosa, de color rosado claro, está surcada por vasos de volumen variado. En conjunto el tumor tiene la forma de una morcilla.

Al corte la pared tiene un grosor variable entre 1 y 8 mm.; es de color blanco nacarado, dura, con tres capas bien diferenciadas: una externa de tejido conjuntivo laxo, una media, la más gruesa, que tiene el aspecto nacarado descrito y una interna fina, de color amarillento (fig. II).

El contenido está constituido por una substancia mucosa, de color blanco y aspecto muy particular. La parte más externa del contenido que se aplica contra la pared, es una substancia blanca, pastosa, con el aspecto del yeso húmedo, que en algunas partes tiene un grosor de varios milímetros mientras en otras es apenas visible. Esta substancia aparece bien delimitada del mucus y está adherida a la pared, de la que se desprende



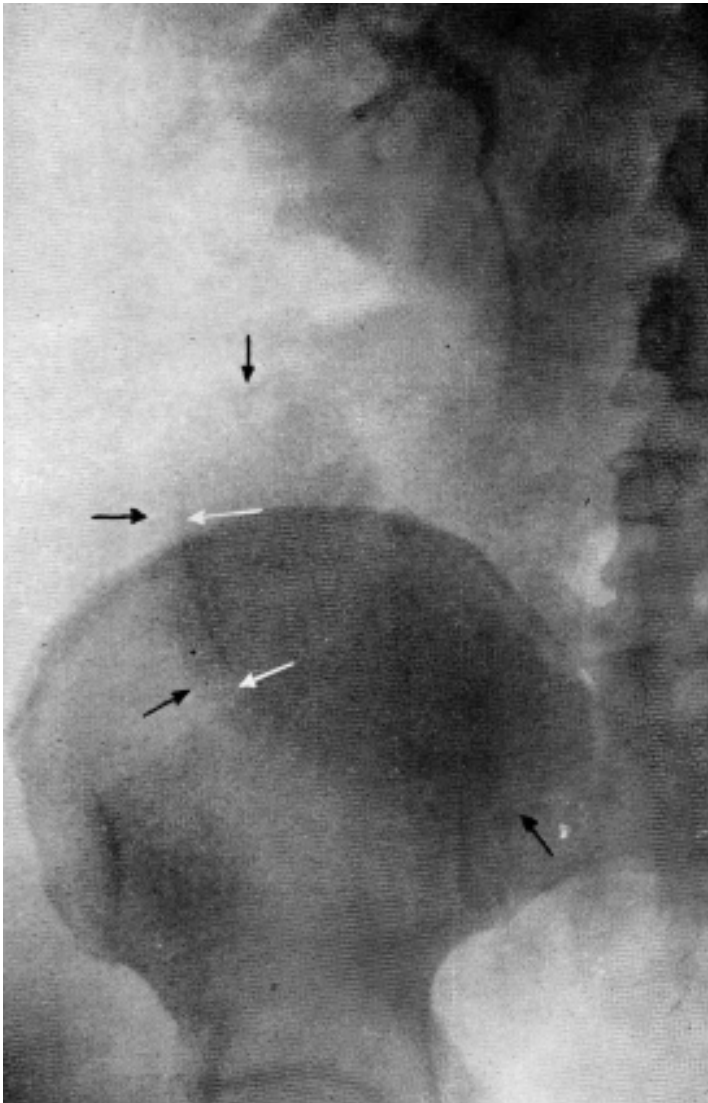


Fig. VIII. — Radiografía directa del mucocele. Se aprecia nitidamente la línea cálcica situada por dentro del borde derecho del tumor. En la parte alta de la radiografía se ven las cavidades pielorreñales derechas (urografía descendente). Las flechas blancas marcan la línea calcificada



Fig. IX. — Radiografía mostrando las relaciones del mucocele con el intestino: las asas delgadas contornean su polo inferior; el ciego y la parte inferior del colon ascendente están desplazados hacia adentro y hacia arriba y cubren la parte más alta e interna de la tumoración. La última asa ileal se insinúa entre el ciego y el mucocele. Las flechas blancas marcan la línea calcificada.

con dificultad. Entre lámina y laminilla aparece formada por granulaciones blancas amorfas y por cristales de colessterina. Como se verá después, la radiografía muestra la fuerte opacidad, a los rayos X, de esta substancia.

Histológicamente la pared está parcialmente tapizada, en su cara interna por un revestimiento epitelial, constituido por una capa de células altas, columnares, cuyos núcleos están situados a distintas alturas. El con-



Fig. X. Radiografía de la pieza operatoria. Se aprecia que el calcio se acumula preferentemente por dentro de la pared derecha del mucocele: el espesor de la misma y el depósito electivo del calcio por dentro de ella provocan la imagen radiográfica típica del mucocele apendicular. (Corresponde al borde superior. en la figura).

torno libre del epitelio es festoneado, presentando formaciones a modo de vellosidades pero sin eje conjuntivo, exclusivamente formadas por salientes del epitelio. En otras partes el epitelio falta totalmente. Hay pequeños islotes epiteliales cuyas células, muy alteradas, son vacuolares, desflecadas (figs. III y IV).

El hecho de encontrarse células con buen aspecto y mismo de altura superior a la normal, hace pensar que los elementos epiteliales no están simplemente alterados por una acción mecánica de compresión, que necesariamente las llevaría a la atrofia, achatándolas, sino que tal vez el proceso, primitivamente celular, lleva a las células a una degeneración e hipersecreción mucosa.

Debajo del epitelio, en los cortes coloreados con van Giesson (fig. III) se ven fibras musculares lisas, escasas, junto a un tejido conjuntivo colágeno. Entre los haces colágenos, especialmente en su parte más interna, hay focos linfoides ovalares, achatados en sentido paralelo a la pared. Sus límites son netos; no se trata de una infiltración difusa, a pesar de

verse en algunas zonas focos de diverso tamaño, algunos pequeños con escasos linfocitos (fig. V). Un problema se plantea y es el de saber si tales focos corresponden a restos del tejido linfoide normal del apéndice o si se trata solamente de focos de infiltración crónica. Las preparaciones para retículo, hechas con el método de Del Río Hortega, muestran en estos focos, un estroma reticular muy característico, aunque profundamente alterado, lo que induce a pensar que se trata de auténticos folículos linfoides



Fig. XI. — Radiografía del mucocelo tomada de manera que los rayos lo atraviesen del borde izquierdo al derecho: en esta incidencia la pared derecha y la lámina cálcica están en un plano paralelo al film; se ven sólo depósitos irregulares de calcio

que han subsistido (fig. VI). En algunos puntos en los que falta el epitelio, no en todos, puede verse una substancia amorfa fuertemente teñida por la hematoxilina, con la que forma laca; corresponde a la substancia blanca que tapiza el interior de la cavidad, como hemos descrito.

Por fuera de esta capa fibro - mio - linfoide hay una gruesa capa en la que se hallan pocos elementos. Es un tejido conjuntivo hialinizado, casi sin núcleos y en el que es difícil precisar la estructura fibrosa. En esa zona, casi anhistá, hay escasos vasos, muchos de ellos rodeados de un manguito linfocitario de infiltración crónica. En algunas zonas la hialinización no es tan intensa, sino que hasta en su parte exterior, el tejido está formado por haces fibrosos más o menos hialinos. Hacia afuera en las últimas porciones de esta capa, existen zonas de calcificación granulosa, de orientación paralela a la superficie (figs. III y VII).

**Examen radiográfico de la pieza.** — Este examen permite apreciar la particular disposición del calcio en el mucocelo: se acumula principalmente *por dentro de la pared y especialmente a lo largo del borde derecho donde da origen a la sombra cálcica lineal ya visible en las radiografías tomadas al enfermo.* Por dentro de esta línea se ven depósitos irregulares

de calcio que forman imágenes variadas (fig. X). Esta acumulación característica del calcio por dentro del borde derecho del tumor, explica que en las radiografías tomadas siguiendo el gran eje del mismo, la línea cálcica tenga una forma semicircular siendo más espesa en la parte media y adelgazándose hacia los lados (fig. XII).

Es debido a esta disposición especial del calcio que en la radiografía tomada dirigiendo los rayos desde el borde izquierdo al derecho del tumor,

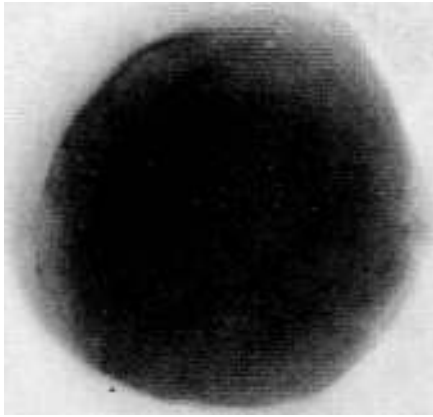


Fig. XII. — Radiografía del mucocele; los rayos lo atraviesan de uno al otro polo: se ve que el calcio se deposita por dentro de la pared derecha del mucocele describiendo un semicírculo.

no se ve la línea cálcica aludida notándose solamente algunos depósitos irregulares de calcio (fig. XI). Este dato es de interés porque explica que en los casos en que el mucocele estuviera colocado en el vientre de tal manera que los rayos lo atravesen de uno a otro de aquellos bordes, faltaría la imagen típica constituida por la línea cálcica situada por dentro del borde externo del mucocele.

El examen radiológico permite además apreciar que el calcio visible en la radiografía no está depositado en el espesor de la pared del mucocele, sino que forma parte del contenido; es así que en la radiografía de la pared del mucocele ya vaciado, no se ve ninguna sombra cálcica definida (fig. XIII).

En resumen: el doble contorno tan característico del mucocele apendicular están constituido así: el contorno externo por la superficie de la

pared del tumor, el contorno interno, más opaco, por la capa externa del contenido del mucocele, de gran riqueza cálcica; el espacio que separa estos dos bordes corresponde al espesor de la pared del tumor.

**Confusión del mucocele con un quiste hidático.** — Debemos destacar aquí un punto de gran interés. En nuestro país debe resultar fácil confundir al mucocele apendicular con un quiste



Fig. XIII. — Radiografía de una mitad del mucocele después de sacado el contenido gelatinoso. No se ven las imágenes cálcicas puesto que el calcio está depositado en el seno de la substancia gelatinosa

hidático de la región. El aspecto exterior del tumor, una vez expuesto, así como su consistencia, despiertan en seguida la idea de que se trata de un viejo quiste de pared blanquecina. Los médicos locales que presenciaron la intervención, avezados en el conocimiento del quiste hidático abdominal, pensaron inmediatamente en esta posibilidad, lo que indujo al cirujano a preparar lo necesario para la punción y evacuación del quiste. Sólo la exploración cuidadosa de la región íleo-cecal al demostrar que no existía apéndice y el reconocimiento de que las bandeletas longitudinales del colon convergían hacia la tumoración y venían a perderse sobre ella, permitió asegurar que se trataba realmente de una tumoración apendicular. Pero es de destacar que estos datos sólo pudieron ser obtenidos en una búsqueda deliberada y prolija, de otra manera habrían pasado inadvertidos. Si entonces se procede a puncionar el “quiste” y a evacuarlo con el aspirador,

su contenido gelatinoso blanquecino puede bien pasar por el de un quiste degenerado. Toda confusión es en cambio imposible si se extirpa el tumor como se hizo en este caso; el estudio histológico de la pared muestra los restos de la mucosa apendicular y la ausencia, en cambio, de la membrana hidática. Teniendo en cuenta la gran frecuencia del quiste hidático y en cambio la rareza y lo poco conocido que es el mucocele apendicular, resulta muy verosímil que en nuestro país, casos similares al nuestro puedan haber sido diagnosticados y tratados, como quistes hidáticos.

**Resumen.** — El mucocele apendicular cerrado ha sido reconocido hasta ahora recién durante el acto operatorio o en la necropsia. Basados en los datos radiológicos dados por Akerlund, fué posible en nuestro caso afirmar el diagnóstico preoperatorio del mucocele.

El estudio histológico y las radiografías de la pieza extirpada, nos permiten afirmar que el doble contorno del borde derecho de la sombra radiográfica, que caracteriza al mucocele, se debe a la acumulación del calcio en el contenido del tumor, en capa fina aplicada sobre la cara interna de la pared del mismo, en esa zona.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALBO (M.) y DOMÍNGUEZ (C.-M.). — *Anales Fac. Med.*, Montevideo, 1930, XV, p. 220-237.
- AKERLUND (A.). — *Acta Radiol.* 1936, XVII, pp. 594-601.
- CHIFFLET (A.) y SCANDROGLIO (J.). — *An. F. Med.*, Montevideo, 1938, XXIII.
- ETCHEGORRY (F.). — *Bol. Soc. Cir.*, Montevideo, junio, 1938, IX, pp. 123-35.
- HEATLEY (H.). — *Journ. Amer. Med. Assoc.* 1939, CXII, pp. 1935-38.
- IMPERATI. — *Riforma Médica.* 1937, LII, pp. 186-87.
- JOTRAS. — *Unión Méd.*, Canadá, 1938, in *J. Radiol. et Electr.* 1938, XXII, 393.
- MAYDL. — Citado por Vorhaus.
- MORADOR J.-L. y GARCÍA CAPURRO. — *Fasc. I. Trat. Clí. Pat. Quir.*, p. 23.
- SCHINZ (H.-R.), BAENSCH (W.), FRIEDL (E.). — *Lehrb. d. Roentgendiag.*, 1939, p. 1828.
- VORHAUS (M.-G.). — *J. A. M. A.* 1930, XLIV, pp. 165-168.

## DISCUSIÓN

**Dr. Juan C. del Campo.** — Me asocio a las felicitaciones del Dr. Etchegorry a los autores de la comunicación, tanto más cuanto que recuerdo perfectamente la firmeza con que sostenían el diagnóstico antes de la intervención.

Se trata de un hermosísimo documento radiológico raro en sí y que tiene el gran mérito de haberse fundado sobre él por primera vez, un diagnóstico exacto de mucocèle.

Diré sin embargo que no debe esperarse que en todos los casos se presente la calcificación parietal y el depósito calcáreo del mucocèle presentado por los Drs. Varela Fuentes y Viana, que deben corresponder a un período tardío de la evolución del mal.

En un caso personal reciente, el examen radiológico practicado por el doctor Vázquez Piera mostró la imagen que presento ante Vds. (fig. I).

Se ve en ella la impresión hecha por el proceso en la pared externa del colon; es una imagen dentada, idéntica a la que produce cualquier proceso inflamatorio yuxta cólico. El resto de la pared cecal es absolutamente normal. Por fuera de esta irregularidad y en el sitio de la tumoración palpable, se ve una sombra muy atenuada correspondiendo en forma y tamaño a la pieza operatoria. No hay aquí el menor signo de infiltración calcárea.

Vds. verán por la historia, que hecha abstracción de un antecedente alejado (una afección aguda catalogada como apendicular hace 28 años) su enfermedad actual databa de 6 meses y se presentaba como ataques apendiculares agudos a repetición, en alguno de los cuales el médico tratante decía haber sentido un "plastrón apendicular". Fué diagnosticada por nosotros como apendicitis subaguda; la tumoración como de naturaleza inflamatoria. Los datos radiológicos corresponden exactamente a lo que se encuentra en esos casos. Adjunto la historia clínica y el protocolo operatorio.

**HISTORIA CLÍNICA.** — P. A., 48 años. Ingresa por tumoración de F. I. D.

*Enfermedad actual.* — En noviembre de 1938 tuvo un cuadro agudo doloroso de fosa ilíaca derecha (F. I. D.), sin vómitos, ni diarrea, cuadro que duró 3 ó 4 días y que el enfermo pasó levantado, trabajando, tratándose durante la noche con paños fríos. Pasó ese accidente quedando sin molestias durante 1 mes. En diciembre de 1938 nuevo episodio análogo al anterior, pero más breve y más fugaz; duró 1 ó 2 días, y pasó con paños fríos abdominales.

En febrero nuevamente dolor en la F. I. D. que se prolonga ahora 6 a 8



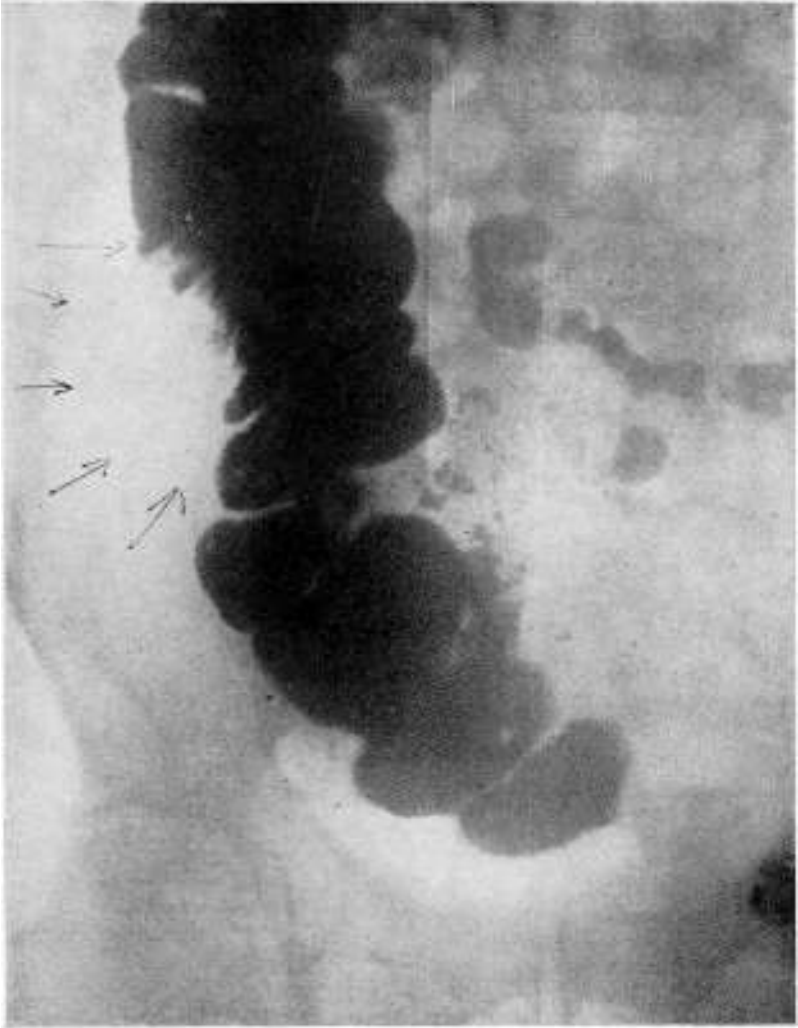


FIG. 1. — Aspecto dentado del borde externo del colon. Las flechas circundan la sombra correspondiente al mucocele, la cual por su poca densidad no puede salir en la fotografía.

días. Consulta médico entonces, quien le dice que existe un plastrón inflamatorio en la zona apendicular y que no es conveniente intervenirlo en esas condiciones, indicando el enfriamiento con bolsa de hielo.

El enfermo continúa su trabajo durante el día, aplicando el hielo durante la noche.

Hace ese tratamiento durante 2 meses hasta el 15 de abril. El dolor ha

desaparecido por completo; seguía bajo vigilancia médica, y se le aconseja su ingreso al Hospital.

*Antecedentes familiares.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Hace 28 años tuvo un cuadro agudo de vientre caracterizado por intenso dolor en la F. I. D. con vómitos repetidos y diarrea. Fiebre, mal estado general. Visto por médico le dijeron que era apendicitis, estando más de 1 mes con estado delicado.

Pasó ese cuadro y no se sintió más hasta el año pasado.

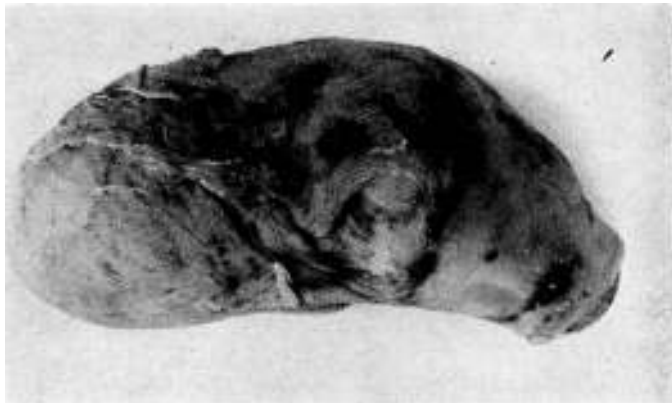


Fig. II. Mucocele apendicular.

*Examen clínico.* — Enfermo con buen estado general. Mucosas bien coloreadas, lengua húmeda limpia.

Abdomen: se moviliza perfectamente con la respiración. A la palpación se halla una tumoración en la F. I. D. Algo alargada, paralela a la arcada, a 3 dedos por encima de ella; tumoración dura, regular, apenas sensible; los planos parietales deslizan sobre ella, muy poco móvil sobre los planos profundos a los que está fija. Tamaño de un huevo de gallina.

Resto de abdomen libre e indoloro. No se palpa hígado ni bazo. Fosas lumbares libres. No se palpan riñones.

Aparato pleuro-pulmonar: Percusión y auscultación normal.

Corazón: Punta en 5° espacio, tonos cardíacos bien. Pupilas iguales, regulares, que reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Boca y faringe: Lengua húmeda, limpia. Dentición en buen estado. Faringe normal. Apirético. Pulso 80.

IV.-26.-39. — *Orina:* normal. Presión arterial: 13 ½/7.

IV.-14.-39. — Sangre: Azoemia: 0 gr. 35 ‰. T. de coagulación 7'. Wassermann negativo.

V.-4.-35. — Glóbulos rojos: 4.910.000. Glóbulos blancos: 11.800. Poli-nucleares neutrófilos: 62 %. Poli-nucleares eosinófilos: 4 %. Poli-nucleares basófilos: 0. Monocitos: 1 %. Linfocitos: 33 %.

*Intervención.* — Dr. Del Campo. Dr. Bermúdez. Pract. Gatti. Anestesia, Eter — CO<sup>2</sup>. Incisión Mac Burney. — Constantino.

Abierto el peritoneo, se va hacia la zona apendicular intentando de exteriorizar el ciego, que se halla adherido intensamente a una gruesa tumoración, alargada, apendicular, la cual adhiere también al peritoneo parietal posterior.

Se secciona el apéndice por su base, y se va liberando cuidadosamente la tumoración del peritoneo posterior y luego de la cara posterior del ciego.

Se peritoniza la porción del ciego que estaba adherida al tumor. Cierre de pared, dejando mecha en el foco. Tubo de goma subperitoneal.

El tumor apendicular (fig. 2), está constituido por el apéndice enormemente distendido y lleno de mucus.

Post-operatorio: sin incidentes. Alta a los 8 días.

El examen histológico correspondiente fué practicado por el Profesor E. Lasnier.