

Pero es necesario que nos detengamos en el proceso de formación de estos sacos llamados incompletos, denominación que debe desaparecer substituída por la de sacos parcial o totalmente adheridos y, a este propósito, apoyándonos en los hermosos trabajos de Cavaillon y Leriche, de Ancel y Cavaillon, haremos un ligero resumen de la anatomía patológica de esta variedad.

Cualquier víscera abdominal que quiera abandonar el abdómen, necesita presionar delante de ella una porción del peritoneo parietal, en la cual se envuelve y que le constituirá el saco. Ahora bien: siendo el ciego y el apéndice órganos intraperitoneales, a ellos también les será aplicable cuanto precede. Pero hay más todavía; y es que si estas dos superficies serosas, la visceral y la parietal, que se hallan en mutuo contacto, llegan a adherirse parcial o totalmente a causa de diversos procesos de irritación, inflamación o tóxicos, darán lugar a las apariencias de hernia sin saco o de saco incompleto, según sea la extensión en que estas dos hojillas peritoneales háyanse fusionado.

El apéndice fluctuante, libre en la cavidad de un saco herniario completo, constituirá el vulgar apendicocèle, en un todo semejante a las hernias de una porción del intestino delgado y será entonces una hernia constituida por simple descenso del órgano.

Por su envoltura peritoneal, no puede jamás el apéndice estar en contacto con el tejido celular de la fosa ilíaca; por eso cuando descansa sobre esta fosa y se adhiere a ella, existen siempre dos hojas peritoneales adheridas, la correspondiente al órgano y la de la pared; de este modo cuando el apéndice, previamente adherido al peritoneo parietal, desciende a través de un orificio herniario, hállase siempre revestido de un saco completo. Lo que ocurre es que una de las caras del peritoneo que reviste al apéndice se halla adherida y ello ocurre únicamente en una de sus caras, la correspondiente al *cavum peritoneal* y nunca en toda su superficie, a no tratarse de adherencias anormales producidas por procesos inflamatorios, por apendicitis frustradas. Esto último explicaría esos apéndices acodados o adherentes al ciego o al saco en toda su extensión, ya que no es cosa de admitir una desperitonización completa del órgano.

Las hernias de saco doble existen, como en un caso señalado por Demoulin, en el que el saco herniario hallábase incluído en un quiste secular. Cítase también el caso de Mariotti de una hernia inguinal en una mujer, cuyo saco tenía dos compartimientos, uno de ellos ocupado por un asa de intestino delgado y el otro por el apéndice libre de adherencias.

El contenido del saco herniario en las hernias apendiculares está constituido naturalmente por el apéndice; pero son sumamente variables las formas en que éste puede presentarse, dependiendo ya de su aspecto en sí o de la compañía que otros órganos puedan hacerle. Así vemos que se presentan apéndices tan sólo parcialmente contenidos en el saco, retenidos en parte por su meso, y otros que están incluídos en su totalidad. Pueden presentarse en forma normal o, como ya indicamos anteriormente, en asa, en espiral, acodados, etc. Es digna de notarse la forma quística

por retención, de la cual nos cita Wölfler un hermoso ejemplo en una hernia inguinal en que el apéndice alcanzó el volumen de una cabeza de feto. En otras ocasiones el apéndice va acompañado por el epiplon, el intestino delgado, el grueso, la S ilíaca o el ciego.

La hernia del apéndice no es siempre reductible; en algunos casos, los menos, puede reintegrarse al abdómen el contenido herniario. Pero en la mayoría de los casos el apéndice es irreductible debido a las adherencias que le unen a los tejidos vecinos, al epididimo o al testículo; o a las adherencias de orden irritativo producidas por la acción de un braguero; o por coincidir la hernia del apéndice con la del peritoneo parietal, al cual se halla unido por su meso; o, finalmente, por el hecho de una estrangulación.

Réstanos, para terminar con la anatomía patológica de la hernia del apéndice, tratar de las alteraciones histológicas, excluyendo las que sean debidas al hecho de una estrangulación o de una complicación inflamatoria.

Jaja y Luxardo fueron los primeros que demostraron la frecuencia de las alteraciones histológicas del apéndice, referibles a una flogosis crónica, así como de la existencia del bacterium coli atenuado, el cual exaltaría su virulencia apenas una causa cualquiera viniera a agudizar el proceso crónico latente.

Se ha atribuído a Cernezzi la afirmación de que en todos los casos sin excepción existirían alteraciones histológicas consistentes en un proceso progresivo con hiperplasia de los folículos e infiltración conjuntiva en torno de ellos, de las glándulas y de la sub-mucosa. Esta última hallárase infiltrada además por una formación adiposa. Cuando la antigüedad de la hernia era mayor, las alteraciones de las capas mucosa y sub-mucosa eran de naturaleza atrófica, lo cual indicaría antiguas inflamaciones que habrían destruído, o por lo menos alterado profundamente, todo el elemento linfóide que vendría a ser substituído por un tejido conectivo de esclerosis. Las lesiones de la capa muscular y de la capa serosa no serían tan extensas, estando en relación la importancia de las de esta última con las alteraciones de las capas más internas.

Esta concepción es errónea por cuanto a lo que Cernezzi se refiere, ya que este autor demostró su extremada frecuencia, es decir, la casi constancia de las lesiones, pero no afirmó en absoluto que fuera general en todos los casos los hechos de alteraciones histológicas, como sostienen Patel y Guinard.

En oposición a estos hechos afirma Dimitri la rareza de las alteraciones microscópicas, basado en su hallazgo de un sólo apéndice enfermo por veinte en que hallábase sano.

Aquí podríamos dar fin a este somero estudio anátomo-patológico; pero aunque raros, merecen señalarse los casos en que el apéndice adoptó una forma quística o aquellos otros, raros también, en que el apéndice fué asiento de un cáncer primitivo.

Ya citamos anteriormente el caso de Wölfler, constituido por una hidropesia del apéndice de contenido sero-hemático. Otro parecido es el de Aderegg, constituido por un quiste de contenido