

Bibliothèque numérique

medic @

**Alti, S. Nicolas. - L'appendice
iléo-caecal et ses hernies,
considérations chirurgicales cliniques
et thérapeutiques**

1894.

Paris : Henri Jouve

Cote : Paris 1894 n.320

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Juin 1894, à 1 heure

Par S. NICOLAS ALTI

Né au Caire (Égypte), le 3 septembre 1869

L'APPENDICE ILEO-COECAL
ET SES HERNIES

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
HUMBERT, NÉLATON, agrégés.*



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

90973

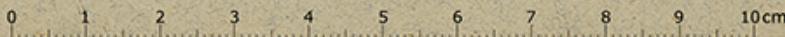
PARIS

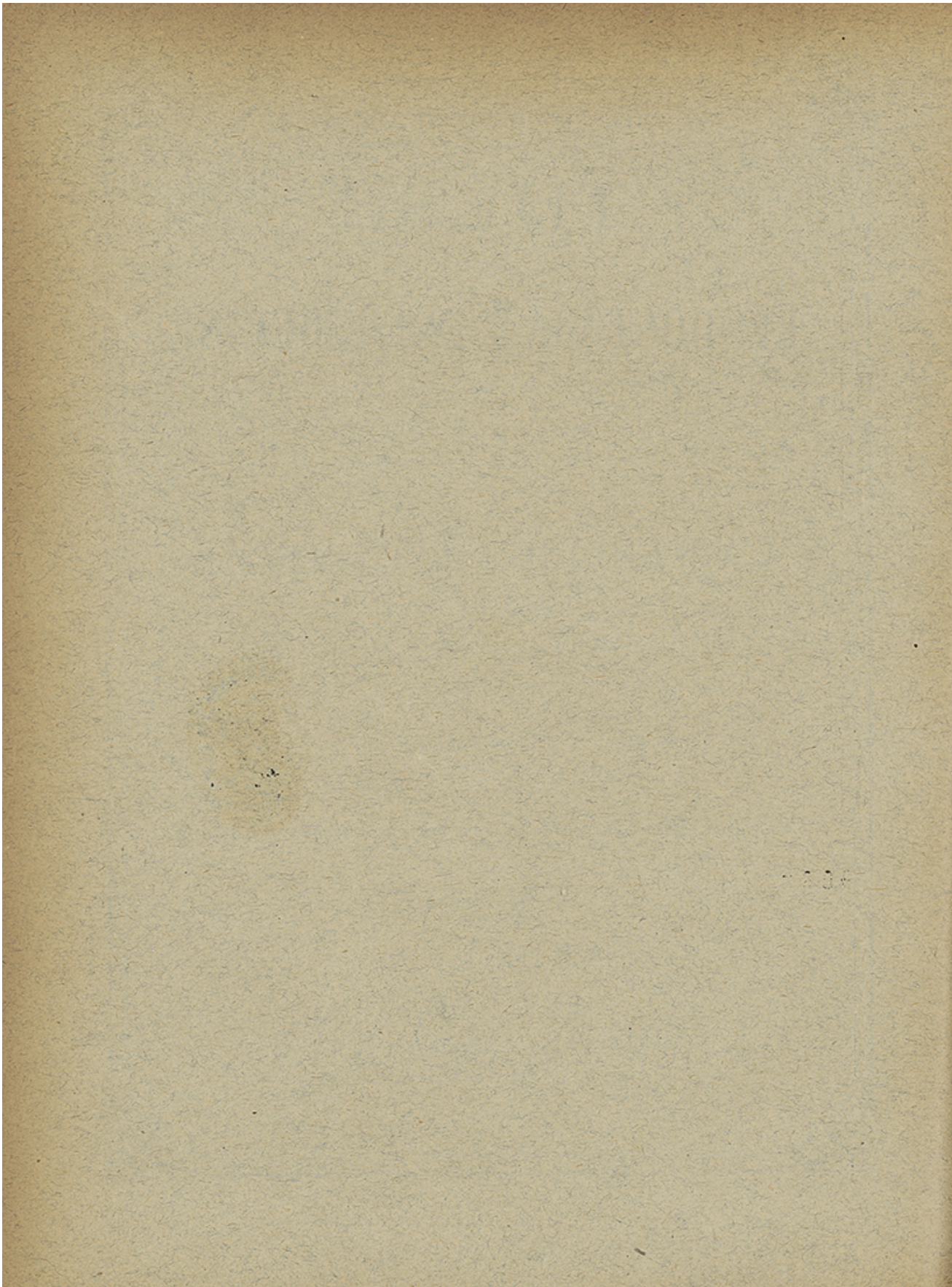
HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

1894





FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 Juin 1894, à 1 heure

Par S. NICOLAS ALTI

Né au Caire (Égypte), le 3 septembre 1869

L'APPENDICE ILEO-COECAL
ET SES HERNIES

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
HUMBERT, NÉLATON, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



90973

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agréés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES VÉNÉRÉS PÈRE ET MÈRE

*Je n'ai pu vous dédier ce travail mais que votre mémoire en
reçoive l'hommage : votre souvenir ne s'effacera pas de mon
cœur.*

A MA TANTE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON AMI LE DOCTEUR ALBERT PÉGURIER

Médecin-major de 2^e classe à Montpellier

Témoignage de ma très grande affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIÉRY

Chef de clinique chirurgicale



L'APPENDICE ILEO-CŒCAL

ET SES HERNIES

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études médicales, nous devions, suivant l'usage, nous préoccuper de trouver pour sujet de thèse une question qui présentât quelque intérêt et pût rentrer dans le cadre de nos études chirurgicales.

Le choix pour tout débutant a une tendance naturelle à se porter du côté des conquêtes chirurgicales modernes, et si l'antisepsie qui a fait connaître tant de points naguère ignorés, a restreint de beaucoup le champ des recherches véritable-

ment nouvelles en pathologie, il nous a semblé que notre ambition devait être plus modeste. Fixer une question peu connue, colliger, commenter et augmenter ce qui a déjà été publié ici et là à ce propos, ne suffit-il pas pour ajouter quelque intérêt à notre thèse inaugurale? Pour nous, nous n'avons point cherché autre chose, et sans avoir la prétention de croire que nous avons complètement rempli ce programme, nous espérons cependant, comme l'indique notre titre, y contribuer pour si peu que ce soit dans la limite de nos forces et de notre faible expérience.

La chirurgie abdominale, aujourd'hui si pleine de faits rares ou étonnants, nous avait d'abord fait penser à traiter de quelqu'un des grands points dont l'audace chirurgicale a éclairé de plus en plus l'histoire : puis en y réfléchissant, après avoir consulté les auteurs, nous avons bien vite constaté que les grandes opérations actuelles avaient eu pour les précéder une chirurgie moins brillante à la vérité, mais bien remarquable si l'on se reporte à l'époque de ses débuts : les hernies étranglées en particulier, étaient depuis longtemps étudiées, connues et traitées, non sans quelque succès d'ailleurs, eu égard aux moyens faibles ou nuls de prophylaxie dont on disposait contre l'infection.

Cette chirurgie journalière, un peu éteinte et tombée dans l'ombre de l'indifférence depuis les grandes résections intestinales et autres opérations encore aujourd'hui accessibles à un petit nombre

seulement, offrait, ce nous semble, un intérêt assez grand et si le mot est vrai qu'il n'y a point deux choses si dissemblables pour l'opérateur que deux hernies étranglées, il pourrait y avoir à glaner quelque profit, surtout depuis que les méthodes opératoires, la sécurité antiseptique moderne ; l'opérateur pour lequel l'opération devient parfois un jeu, se plaît à joindre l'étude scientifique à la pratique des opérations et y ajoute un surcroît d'intérêt.

Aussi si le chirurgien d'autrefois en présence d'une hernie étranglée cherchait surtout à la réduire par douceur ou par violence en vue de la seule guérison, les chirurgiens actuels se complaisent à étudier, à enregistrer les cas, parfois à les vérifier pour le plus grand bien du malade, véritables biopsies faites sur le vivant qui ont apporté à l'anatomie pathologique un contingent nouveau.

La pratique des cures radicales de hernies fait partie de ce domaine de faits : depuis que l'on résèque plus de sacs herniaires, on en connaît mieux la disposition et le contenu : tous les jours on y découvre quelques particularités, point de départ d'un travail d'ensemble, et nous n'en voulons pour preuve que le récent et intéressant mémoire de M. Lejars sur le prolapsus herniaire de la trompe et des ovaires.

C'est dans cet ordre de faits que nous avons été surpris de trouver signalés dans le contenu des hernies des organes dont la présence avait été

longtemps ignorée : tout récemment, M. le professeur Tillaux ne constatait-il pas, au cours d'une laparotomie pour kyste ovarien la présence, dans un sac crural de hernie, de l'utérus devenu si mou, et si friable qu'au cours de l'opération il fut d'abord pris pour la vessie ?

Aussi avons-nous choisi pour la synthétiser l'étude des hernies de l'appendice iléo-cœcal ; petit chapitre de pathologie bien restreint et en apparence simple, mais qui malgré une étroite délimitation ne manque pas de quelque intérêt.

Examiner dans cette étude la possibilité, la fréquence de la présence de l'appendice dans un sac de hernie, les signes qui peuvent en faire établir le diagnostic, le traitement qui doit être appliqué avec les complications qu'commandent l'intervention, tel est notre but.

C'est notre premier essai de publication, et on nous pardonnera qu'il soit imparfait. Et pour mériter l'indulgence de nos maîtres nous voulons leur rappeler en inscrivant ici leur nom quel fut pour nous notre attachement et combien grande reste notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais l'enseignement qu'ils nous ont donné et la bienveillance qu'ils nous ont prodiguée.

D'abord nos premiers maîtres de la Faculté de Montpellier : MM. les professeurs Dubreuille, Grasset, Paulet, Tédénat, Estor, Gilis, ont été pour nous dès nos débuts dans la carrière médi-

cale des maîtres dont l'amitié ne nous a jamais fait défaut.

Pendant notre séjour à Paris, nous avons été successivement l'élève de M. le professeur Verneuil, de M. Budin à la Charité, de MM. les professeurs Tarnier et Peter à la Clinique d'accouchements et à Necker, M. le professeur Tillaux à la Pitié : nous les assurons de notre profond respect. M. le Dr Variot et M. Maygrier nous ont aussi accueilli dans leur service avec une bienveillance que nous n'aurons garde d'oublier.

Mais c'est surtout notre éminent maître, M. le professeur Duplay, qui aujourd'hui encore veut bien accepter la présidence de notre thèse, que nous voulons remercier. C'est un homme qui avec l'enseignement si précieux qu'il nous a donné dans son service et dans ses ouvrages, rend grande la gratitude que nous lui devons.

Remercions aussi M. Thiéry, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous guider, nous communiquer ses idées sur le sujet et nous fournir d'importants documents dont nous lui sommes bien reconnaissant. Enfin nous voulons aussi remercier M. le Dr Demoulin, chef de clinique de M. Duplay, qui nous a plusieurs fois témoigné sa sollicitude.

M. le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce, nous a bienveillamment autorisé à publier une belle observation inédite provenant de son service et nous le remercions de l'honneur qu'il nous a

fait en nous autorisant à la consigner dans notre thèse.

C'est sous de tels auspices que nous avons pu poursuivre nos études médicales et à chaque moment de la pratique, nous voulons que notre action reste fidèle à l'enseignement de nos maîtres.

Nous pensons qu'il n'est point inutile, avant d'aborder le chapitre pathologique qui fait à proprement parler le sujet de cette thèse, de rappeler en de courts chapitres quelques particularités anatomiques qui doivent rester dans la mémoire du praticien au moment de l'intervention ; il y a tout intérêt bien que nous ne puissions rien ajouter à ce qui a été dit à ce sujet, à rapprocher l'un de l'autre ces deux chapitres d'anatomie et de pathologie viscérale.





HISTORIQUE

Il est d'usage lorsqu'on s'occupe de ce chapitre de faire remonter très haut les sources bibliographiques qui composent l'historique du sujet. Mais tel n'est pas notre cas. S'il est vrai que dès longtemps, et à de rares intervalles, les auteurs ont pu citer comme exception la présence du cœcum avec son appendice dans les sacs herniaires, il n'en reste pas moins constant que c'est à une époque rapprochée seulement que des monographies intéressantes ont été publiées sur ce sujet.

Parmi les travaux les plus anciens nous devons citer les recherches de Tuffier (1887), les travaux de Ferguum et de Locknood (1891-1892), sur l'appendice iléo-cœcal et les travaux de Jamesco (1890) sur l'anatomie de la région.

Mais sans insister beaucoup sur les travaux qui ont surtout rapport aux hernies du cœcum, déjà anciennement connues quoique mal interprétées à cause des connaissances erronées, que l'on pos-

sédait sur la disposition de la tunique séreuse du cœcum, il faut arriver aux publications de 1891 pour voir se dégager la pathologie herniaire de l'appendice. Zdekraner publie le 1^{er} juillet un cas de hernie de l'appendice vermiforme ; Thiéry donne la même année la relation d'un cas de ce genre opéré par lui où il y avait étranglement.

L'attention étant attirée de ce côté, les publications se multiplient. En 1892, Brie relate un cas de hernie iléo-cœcale où l'appendice était contenu : il opéra et guérit un malade ; on ajoute même à l'étude de ces hernies l'observation de cas où une tumeur, une appendicite compliquaient encore le prolapsus appendiculaire. A ces cas se rapportent la publication de Schmidt où il relate une opération au cours de laquelle il constata la présence de l'appendice vermiforme contenant un corps étranger, et celui de Jormand, où l'appendice hernié était le siège d'une tumeur.

L'observation de M. Lyot (1892), relatée par M. Clado, met en relief, la présence d'adhérences de l'appendice avec le testicule et découvre un mode pathogénique peu étudié.

M. Le Dentu consacre au même sujet quelques cliniques de 1892.

Mais le travail d'ensemble le plus considérable publié en 1893 sur la question est du à Brieger et a été inséré dans les *Archives de chirurgie clinique*, 1893. L'auteur n'y rapporte pas moins de 22 cas de hernie de l'appendice qu'il a pu réunir dont 5 ont

trait à des hernies de l'appendice seul, les autres, étant compliqués de présence d'épiploon formant parfois la presque totalité de la tumeur. Ce travail est fort intéressant mais aboutit malheureusement à la négation d'un diagnostic possible.

Enfin signalons encore comme très récent le travail de M. Pollosson sur l'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal et son traitement inséré dans le *Lyon médical* du 23 mai 1891.

Tels sont les principaux travaux qui ont rapport à la question comme on le verra en consultant notre article bibliographique, nous ne les avons pas mentionnés tous, nous réservant de les citer au fur et à mesure que nous étudierons quelque point particulier de ces hernies.

Mais dès maintenant nous pouvons dire que les éléments nécessaires sont réunis pour constituer l'histoire de ces hernies, et que jeune encore ce point particulier de la chirurgie abdominale peut être considéré comme en très grande partie élucidé.





ANATOMIE

COECUM.

Sans avoir la prétention de refaire ici l'anatomie du cœcum, nous devons cependant insister sur les points les plus importants qui nous permettent d'expliquer sa présence dans les hernies, renvoyant pour les détails aux livres classiques d'anatomie descriptive et surtout à la description topographique qu'en a donnée M. Tillaux dans la septième édition de son livre.

C'est la région latérale inférieure droite des neuf régions abdominales qu'occupe le cœcum, c'est-à-dire la fosse iliaque droite qu'il envahit tout entière à l'état de distension, refoulant alors vers la ligne médiane l'intestin grêle, qui, dans l'état de vacuité de la portion d'intestin qui nous occupe, s'insinue entre la paroi-abdominale et le cœcum, si bien que sur le cadavre, à moins de développement exagéré des gaz intestinaux par putréfaction,

il faut en général écarter quelques anses grêles pour l'aborder.

Est-il besoin de rappeler que météorisé dans la fièvre typhoïde, distendu dans l'étranglement portant sur le gros intestin, il se révèle dans le premier cas par la douleur et la sonorité ; dans le second il peut même venir s'accoler à la paroi et devenir un notable relief sur la peau.

Pendant longtemps on avait pensé qu'il était fixé dans cette position par le péritoine, qui passant au devant de lui sans lui former de mésocœcum, permettait en somme de reconnaître à l'organe deux régions : une interne, péritonéale, recouverte de la séreuse ; une externe, juxta-iliaque, dépourvue de séreuse et en contact direct avec le tissu cellulaire lâche de la région. De là à réunir par un lien étroit la typhlite et la pérityphlite par propagation de l'inflammation intestinale, il n'y avait qu'un pas. Mais en ce qui nous concerne on en tirait une conclusion plus importante encore : le cœcum pouvait, disait-on, glisser *au-dessous* du péritoine jusqu'à venir se mettre en contact avec la paroi abdominale et finalement se hernier à travers le canal inguinal sans qu'il y eût à proprement parler de sac péritonéal. Cette opinion était courante, et il semble que de pareils faits ont pu être constatés bien, qu'avec M. Tillaux nous pensions que « le sujet devait être revu de près ».

Mais les cas ne sont pas rares aussi où le cœcum hernié a refoulé au devant de lui le péritoine, et

de même que les hernies ombilicales qu'on avait crues dépourvues de sac péritonéal, parce qu'il est mince ou effondré en possèdent toujours un au moins au début, de même nous croyons que la hernie du cœcum avec sac, doit être de beaucoup la plus fréquente.

M. Tillaux dans son *Traité d'anatomie chirurgicale* (page 737, septième édition), en rapporte un bel exemple opéré par M. Richet dans le service de Denonvilliers.

Depuis les recherches de Trèves et de Tuffier qui ont eu un grand retentissement, il est admis que la soi-disant intimité du cœcum et du tissu conjonctif iliaque n'est qu'apparente, et qu'en réalité le gros intestin est à ce niveau enveloppé par le péritoine qui lui forme une gaine complète et même des ligaments de puissance variable qui contribuent à le maintenir en position.

Il faut donc lui reconnaître une enveloppe péritonéale complète avec un méso, plus ou moins développé. Cette tunique péritonéale ajoute-t-elle à sa fixité ? Nous ne le pensons pas, et il est plus facile dès lors d'imaginer avec cette conception nouvelle de l'enveloppe péritonéale, que le cœcum puisse se hernier, c'est-à-dire se déplacer si l'on réfléchit que loin d'avoir à repousser au-devant de lui le tissu cellulaire en décollant le péritoine qui le recouvre, le glissement se fait entre deux feuillets séreux. La pathogénie des hernies du cœcum rentre donc dans la classe des divers modes patho-

géniques invoqués par les hernies vulgaires, celles de l'S iliaque par exemple qui ne sont pas rares. Que l'un des ligaments se relâche, ou que le cœcum adhère, le résultat est le même : l'élongation de l'organe dans un cas par traction de bas en haut ; dans l'autre sa chute par manque de soutien permettent le contact avec la paroi et ses anneaux où l'engage la poussée péritonéale pendant la marche et les efforts.

Il est presque inutile d'ajouter qu'ici encore nous devons rencontrer les deux variétés pathogéniques classiques : 1° La hernie de force qui résulte de la rencontre du cœcum avec une paroi abdominale, jeune, résistante, de tonicité normale si l'on peut dire : l'effort joue alors le principal rôle pour engager l'intestin ; 2° la hernie de faiblesse survenant à un âge plus avancé, où l'effondrement sénile et acquis, non plus seulement de l'anneau, mais de toute la paroi inguinale, favorise la saillie de l'intestin. Dans l'un comme dans l'autre cas, d'ailleurs, le relâchement des liens suspenseurs du cœcum reste le fait primitif ; il coïncide souvent avec la perte de tonicité et d'élasticité des tissus de la paroi.

APPENDICE ILÉO-COECAL.

Nous rappellerons avec un peu plus de détails diverses particularités de l'anatomie de l'appen-

dice iléo-cœcal, vermiculaire ou vermiforme. Non-seulement ce chapitre est nécessairement placé au début de l'étude des hernies de l'organe, mais il doit encore être complété par quelques considérations sur les anomalies de l'organe.

Nous trouvons les éléments classiques de sa description dans les ouvrages de Cruveilhier, Sappey, Tillaux, mais outre ces traités classiques, il est encore nécessaire de consulter les descriptions récentes et détaillées de divers auteurs qui ont complété l'anatomie descriptive et topographique de l'organe.

Ainsi Fergusson G. dans l'*American Journal of the medical. S. C.* (janvier 1891), étudie l'anatomie de l'appendice d'après la dissection de 200 de ces organes.

Lockwood dans le *Journal of Anatomy* d'octobre 1892, publie un mémoire complet sur les fossettes péri-cœcales et la position de l'appendice vermiforme : il en déduit les rapports avec la hernie rétro-péritonéale.

M. Clado publie, en janvier 1892, à la Société de biologie, un travail d'ensemble très complet, auquel nous ferons des emprunts et qu'il intitule « *L'Appendice cœcal. Anatomie. Embryologie. Anatomie comparée. Bactériologie normale et pathologique.* Ribbert publie en 1893 dans les *Archives für pathologischen Anatomie und Physiologie*, un mémoire intitulé : *Contribution à l'anatomie normale et pathologique de l'ap-*

pendice vermiforme. Si nous nous en rapportons à la très courte description de M. Sappey, cet appendice « souvent fluxueux présente beaucoup de variété dans sa direction et sa situation. On le trouve, dit-il, quelquefois accolé à la face postérieure du cœcum, et il peut même comme dans un cas, remonter jusque sur le foie et contracter des rapports avec la vésicule biliaire. Ou bien il se porte en bas vers le détroit supérieur du bassin. Plus souvent il s'applique, ou s'enroule autour de la partie terminale de l'iléon, sa base répond à la partie postérieure et interne du cul-de-sac du cœcum ».

M. Tillaux n'insiste pas longuement sur sa situation : « Il présente, dit-il, des différences individuelles nombreuses quant à sa longueur et à sa direction ».

M. Clado en rapporte la première description à Bérenger de Carpi (1524), mais comme il le fait remarquer, les anatomistes du xvi^e siècle, Columbus, Vésali (1543), Fallope (1561), Vioux Vidus (1561), Laurenstien ne donnent point une description précise.

Au xvii^e siècle, Beaulieu (1605), Philippe Verluga (1693), ajoutent quelque peu à son étude en recherchant sa signification morphologique.

En 1724 Santorini s'occupe déjà des variétés de situation.

En 1791, Sabatier décrit le méso-appendice, les follicules muqueuses, et fait remarquer qu'il « est

à proportion plus gros chez le fœtus que chez l'adulte ».

Au XIX siècle, survient une période de doute sur les véritables fonctions de l'appendice. Boyer (1810), le localise à la partie gauche du cœcum contre laquelle il est replié et fixé par un petit mésentère particulier. Il ne peut se prononcer sur son rôle physiologique. Marjolin (1815), n'en dit pas davantage. Enfin Richard (1823), résume les connaissances acquises en disant (1) :

« L'appendice vermiforme, cylindrique, offre la grosseur d'un médiocre tuyau de plume à écrire ; une longueur variable, mais qui ne va guère au delà de 2 pouces 1/2 à 3 pouces. Libre dans presque toute sa circonférence, il est replié sur lui-même et assujéti à gauche contre le cœcum par un repli péritonéal qui lui est propre. Sa surface antérieure est lisse, polie, blanchâtre, parsemée de vaisseaux sanguins formés par l'artère iléo colique. Terminé supérieurement au cœcum, il finit en bas par un cul-de-sac arrondi. Cet appendice est creux dans toute sa longueur, mais sa cavité qui n'a guère que deux lignes de diamètre, est disproportionnée à l'épaisseur des parois qui la forment, épaisseur égale à celle des intestins. Un fluide muqueux remplit habituellement cette cavité ouverte en haut dans le cœcum. On trouve dans l'appendice la même organisation intime que dans

1. Cité par Clado, *loc. cit.*

les intestins. Le péritoine lui forme une tunique séreuse au-dessous de laquelle on observe une tunique musculuse fort épaisse, composée presque en entier de fibres longitudinales. La membrane muqueuse du cœcum se prolonge dans la cavité et la tapisse en entier.

On voit que l'appendice peut être considéré comme un petit intestin accessoire. Quels sont ses usages? On l'ignore, et tout ce que l'inspection prouve, c'est qu'il verse habituellement dans le cœcum une grande quantité de fluide muqueux ; mais son extirpation tentée quelquefois sur les animaux, n'a pas paru apporter de troubles sensibles dans la suite des phénomènes digestifs.

En ce qui concerne la question du développement de l'organe, Oken paraît s'être trompé en disant que l'appendice n'était qu'un vestige du canal qui faisait communiquer chez l'embryon l'allantoïde et l'intestin. On sait aujourd'hui, surtout d'après les travaux de Meckel, que c'est plus haut sur l'intestin grêle qu'a lieu cette communication.

Coste et Goldschmidt ont démontré qu'il n'apparaissait que vers la dixième semaine, tandis que déjà vers la cinquième ou sixième le cœcum était développé.

Nous avons déjà signalé les travaux les plus récents et les meilleurs.

En ce qui a rapport à l'anatomie proprement dite de l'organe que nous ne pouvons que résu-

mer, renvoyant pour les détails au mémoire de M. Clado, nous insisterons surtout sur sa situation, ses moyens de fixité et sa longueur, trois facteurs qui doivent intervenir bien évidemment dans leurs formes anormales pour produire ou permettre la hernie de l'organe.

Et d'abord où est-il situé par rapport au cœcum ? Si nous en croyons Fergusson, dont les observations portent sur 200 cas et ont par conséquent une valeur incontestable, cet auteur a constaté que :

90	fois	l'appendice	était	à	droite.
41		—			au-dessous
75		—			en dedans
18		—			en avant

Ses recherches ne concordent donc pas avec les recherches anciennes qui tendaient à le placer presque constamment à la face postérieure du cœcum et en font un organe abdominal, c'est-à-dire situé au-dessus du détroit supérieur.

Mariage le croit généralement couché (chez l'enfant) derrière la fin de l'iléon et derrière un mé-sentère, il siégeait en arrière du cœcum. Quant à ses situations anormales, elles sont, dit-il, fort diverses et peuvent l'amener en contact avec le rectum, l'S iliaque, l'utérus, les trompes et l'ovaire (Richelot), le réservoir urinaire.

Benoît adopte l'opinion de M. Sappey sui-

vant laquelle l'appendice s'enroule ordinairement autour de la partie terminale de l'iléon ; la rareté de l'étranglement par striction de l'intestin grêle tendrait à infirmer cette opinion.

L'opinion de M. Clado est particulière, car cet auteur en fait plutôt un organe pelvien ou de la zone, limité entre le pelvis et l'abdomen. Il nous faut citer entièrement la page qu'il consacre à cette étude.

« L'appendice cœcal est un organe de la petite cavité pelvienne ou des régions limitrophes (détroit supérieur). Il suffit de connaître les récents travaux sur la direction du cœcum pour se rendre compte de cette situation qui est presque constante surtout chez la femme. En effet, l'appendice qui naît au niveau du cœcum, au voisinage du détroit supérieur, se porte en bas et en dedans et vient se loger dans la cavité pelvienne. Il croise de la sorte les vaisseaux iliaques externes, l'uretère et le plexus utéro-ovarien droit.

Ainsi donc normalement, il faut lui assigner la situation iliaque interne.

Dans ces trois cas, il occupe la fosse iliaque (situation iliaque externe), et peut aller, comme on l'a dit, jusqu'à l'arcade crurale. Enfin, une fois sur dix environ, on le trouve replié de bas en haut, et couché sous la face postérieure du cœcum en dehors de son ligament supérieur comme la queue d'un chien sous son ventre.

Dans ces circonstances, il existe assez souvent,

dans la fosse iliaque, une sorte d'excavation limitée en dehors par le ligament supérieur du cœcum anormalement prolongé.

Cette situation rétro-cœcale, si commune, n'est que la persistance de celle qu'occupe l'appendice chez l'embryon et au début de la vie fœtale.

Caché derrière le cœcum, il peut ne pas se dérouler de haut en bas et donner naissance à la situation rétro-cœcale.

Je ne saurais trop insister sur cette situation anormale, qui je pense a dû donner lieu à des erreurs de diagnostic. En effet, au cas d'appendicite, l'organe tuméfié a pu faire croire à une typhlite ou une pérityphlite suppurée.

La tuméfaction dans des circonstances se développe aux dépens de la cavité cœcale refoulée en avant. J'ajouterai que, pour moi, cette situation anormale de l'appendice iléo-cœcal crée un danger permanent en amenant une obstruction, par coudure de l'orifice appendiculaire.

Par sa face profonde, l'appendice est en rapport avec le péritoine qui la sépare du détroit supérieur du bassin (garni par le psoas) et des parois de la cavité pelvienne. Il croise donc les vaisseaux iliaques, l'uretère et les vaisseaux utéro-ovariens au voisinage du détroit supérieur.

Par sa face superficielle, il est en rapport avec les anses de l'intestin grêle ou plus rarement avec le cœcum, lorsque cet organe, considérablement dilaté et mobile, vient recouvrir l'appendice sans

que ce dernier ait quitté sa situation normale.

En dehors, l'appendice vermiforme répond à la partie terminale du cœcum ; en haut, à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle.

Lorsque l'on procède à la recherche de l'appendice sur le cadavre ou sur le vivant, on a de la peine à écarter les anses intestinales et à le découvrir.

Le moyen que je conseille consiste à prendre pour point de repère le détroit supérieur en se tenant à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure.

En explorant avec le doigt, à travers l'incision abdominale, on reconnaît facilement l'organe à sa forme et à sa consistance. S'il échappe, il faut reporter le doigt un peu en dehors du détroit. On est alors arrêté par la saillie du cœcum. En parcourant la face interne de cet organe on finit par retrouver le point où il donne naissance à l'appendice.

Nous avons, d'autre part, fait quelques recherches sur la situation de l'appendice, et les circonstances ne nous ont pas permis de les faire porter sur plus de 15 cas, dont 8 hommes et 7 femmes.

Dans 7 cas, il était nettement en arrière du cœcum, deux fois il descendait vers le pelvis ; trois fois seulement il s'enroulait autour de la partie terminale de l'intestin grêle, et quatre fois, il était flexueux et replié sur lui-même, adhérent au

bord interne du cœcum : chez un des sujets, il y avait des traces de pelvi-péritonite, et c'est précisément dans ce cas que l'appendice descendait jusqu'au petit bassin. Si bien que, tout en regrettant que notre statistique se borne à des chiffres si limités, nous croyons en pouvoir conclure que c'est surtout en arrière du cœcum, qu'anatomiquement se trouve l'appendice, mais que son ectopie est fréquente, physiologique pour ainsi dire, sans qu'il en découle aucun signe pathologique, tant que l'organe est sain, non altéré ou ne comprime aucun organe voisin.

On a cherché à assigner à l'appendice un siège précis, pour ainsi dire invariable, et nous voyons qu'il n'en est rien. Plusieurs auteurs ont été plus loin encore et se sont proposés le problème suivant. Est-il possible de délimiter sur la paroi abdominale le point précis qui correspond à l'appendice iléo-cœcal.

M. Clado pense y être arrivé de la façon suivante.

« On peut considérer le procédé suivant comme suffisamment exact : une ligne verticale étant tracée sur le bord externe du muscle droit, on abaisse sur cette ligne une perpendiculaire partant de l'épine iliaque antéro-supérieure ou un peu au-dessous. Le point où la perpendiculaire rencontre la ligne verticale répond à l'origine de l'appendice. Le reste de l'organe se trouve au-dessous et en dedans. Ainsi donc sur le cadavre la meilleure incision est celle qui répond au bord externe du

muscle droit, mi-partie au dessus, mi-partie au dessous du point établi ».

C'est d'ailleurs la même construction géométrique qui détermine le point de même siège appelé à l'étranger point de Mac Burney, et c'est sans doute la voie qu'avait suivie la baïonnette dont parle Althoffer (Thèse de Lyon, 1889-1890) et qui perfora l'appendice.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'exactitude du procédé, et dans cinq de nos recherches, nous avons pu sur dix sujets intacts, l'employer pour rechercher l'appendice. Or, on ne peut nier qu'il mène presque certainement vers l'extrémité inféro-interne du cœcum et par suite à l'appendice, mais si dans trois cas le procédé nous a permis d'aborder facilement l'organe, dans les deux autres il s'est trouvé ne pas concorder avec la situation de l'appendice déjeté à droite.

De ce que nous avons dit plus haut en résumant l'opinion des auteurs compétents, nous pensons que la grande mobilité de l'organe en rapport avec le plus ou moins de développement de son méso-cœcum, ses anomalies de situation si fréquentes qu'elles ne méritent pas à proprement parler le nom d'anomalie, ne permettent pas de donner au point de Mac Burney, une infailibilité qu'il ne peut avoir, et nous serions tentés avec M. le professeur Farabeuf de dire que la dermatographie de l'appendice vermiculaire « organe

essentiellement voyageur » ne semble point possible à fixer aussi précisément.

Quoi qu'il en soit de cette mobilité, l'appendice est retenu par quelques moyens de fixité que nous ne ferons que passer en revue.

I. — C'est d'abord sa continuité avec le cœcum : primitivement il est possible que comme le figure M. Tillaux l'appendice fasse directement suite au cul-de-sac cœcal : cet auteur fait remarquer que chez l'adulte c'est surtout sur la partie postérieure et interne de l'extrémité du cœcum qu'il s'implante : peut-être y faut-il voir une dilatation plus grande de la partie antérieure de la tunique du cœcum faisant ampoule à ce niveau et finissant par masquer le point d'implantation de l'appendice.

II. — Le méso-appendice est plus ou moins long : tantôt il semble occuper la moitié supérieure du processus vermiformis, parfois seulement son $\frac{1}{3}$ supérieur. M. Clado affirme que toute la longueur de l'organe est enveloppée par le méso qui peut même en dépasser la pointe, et que l'examen histologique des coupes en révèle toujours la présence jusqu'à la portion distale de l'appendice.

De là, le méso appendice « s'attache par son bord supéro-externe sur le cœcum, depuis l'origine de l'appendice, jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle. Son bord supérieur est fixé sur la jame mésentérique sous-iléale dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. Enfin, son bord interne est libre, falciforme, à concavité interne, et contient

l'artère appendiculaire » (Clado), *loc. cit.*, page 9.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce moyen de fixité qui se complique encore d'un repli péritonéal implanté à angle droit sur sa face antérieure : c'est le repli iléo-cœcal de Valdeyer Nèves et Tuffier, dont l'étude a été reprise par Jamesco sous le nom nouveau de *repli iléo-appendiculaire*.

Tels sont les deux principales attaches du processus vermiforme : cependant chez la femme, il y faut ajouter le repli péritonéal ou ligament appendiculo-ovarien dont Clado a donné la description : « En relevant l'appendice cœcal on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal qui part de son méso pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large à concavité supérieure. Il est falciforme, sa partie moyenne la moins haute répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 ou 2 centimètres de hauteur.

La présence de ce ligament chez la femme, dont au dire du même auteur il existe aussi des vestiges chez l'homme, n'est pas sans intérêt pour le point particulier qui nous occupe.

Qu'il s'agisse bien là d'un véritable ligament appendiculo-ovarien ou encore d'adhérences fréquentes, toujours est-il que la chute de l'appendice vers le pelvis est « annoncée » et que son déplacement sera d'autant plus facile qu'il est sollicité par en bas : existe-t-il un sac préformé

par inoblitération du canal vagino-péritonéal, la hernie est presque constituée.

La longueur de l'appendice cœcal a été très diversement estimée et cela résulte de ce qu'elle est elle-même fort variable. Sappey indique 6 à 10 centimètres ; Mariage (Th. de Paris) lui accorde de 5 à 6 centimètres, chiffre évidemment trop faible. Benoit se rallie à l'opinion de M. Sappey. Les appendices très courtes de 2 à 3 centimètres sont rares et nous n'en n'avons pas rencontré qui fussent aussi réduites ; d'après ce que nous avons vu, nous adopterions volontiers les conclusions de M. Sappey. Mais à côté de ces appendices types, il en est qui en dehors de tout état pathologique, ont acquis des dimensions extrêmes : ceux de 15 centimètres ne sont pas fort rares ; M. Lannelongue, cité par Clado, en a rencontré qui dépassaient 20 centimètres.

Henle a cité des cas où l'appendice mesurait 22 centimètres.

M. Thiéry sur le vivant en a réséqué un de 17 centimètres.

En résumé, à côté d'une anatomie normale type, le processus vermiforme présente des variétés tellement nombreuses et fréquentes qu'on ne peut les appeler anomalies qu'avec quelques restrictions. Anomalies de situation, de fixité et de longueur sont celles qui nous intéressent le plus et que nous ne pouvons passer sous silence.

ANOMALIES.

Nous ne reviendrons guère sur les anomalies de longueur : nous avons déjà dit que la longueur de l'organe pouvait varier de 2 à 3 centimètres, chiffre minimum, d'ailleurs fort rarement observé à 22 centimètres et plus encore. On n'en peut induire, ce nous semble, que les variations des limites du mésocœcum soient en relations avec celles de l'appendice et encore qu'il puisse exister histologiquement ; il faut bien admettre que l'absence clinique de ce méso-appendice au niveau de ces très longs appendices, soit avec la longueur même une cause pathogénique importante de la hernie isolée de l'organe.

La forme droite ou recourbée de l'appendice, n'est pas, elle aussi, sans jouer un certain rôle : si l'appendice est court, sa forme importe peu : on peut voir dans ces cas, comme le signale Clado, le méso-appendice dépasser les limites terminales du processus vermiformis et aller se placer de champ entre l'appendice et la fosse iliaque.

Mais, si l'appendice est rectiligne et long, il peut, au lieu de se placer comme dans la majorité des cas en position rétro-cœcale, occuper une situation variable : c'est ainsi qu'on l'a observé derrière le colon ascendant ; adhérent à la face antérieure du rein, au duodénum et même jusqu'au foie (Trèves, Sappey, Haller).

M. Clado, que nous ne pouvons suivre dans son intéressante description émet l'hypothèse, que beaucoup de ces adhérences, qu'on peut appeler supérieures, sont des anomalies de développement dues à la migration du cœcum.

Il n'en est plus de même des adhérences inférieures qui fréquentent, sollicitent l'organe, par en bas. Sans parler à nouveau du ligament appendiculo-ovarien où quelques auteurs avant Clado n'ont voulu voir qu'une adhérence fortuite, il existe souvent des adhérences d'ordre inflammatoire à l'intestin grêle, l'S iliaque, la vessie, le ligament large, les adhérences au rectum encore sont assez fréquemment signalées.

M. Clado a résumé ces connexions en disant : les situations normales ou anormales de l'appendice vermiforme peuvent être rapportées à trois variétés : 1° pelvienne ; 2° iliaque ; 3° lombaire, ou si l'on veut inférieure, moyenne, supérieure, et pour le sujet qui nous occupe, la variété inférieure est celle qui a évidemment le plus d'intérêt pour nous. Or, il est à remarquer que cette variété ne constitue pas une rareté anatomique bien qu'elle doive être considérée en général comme une anomalie.

Mais nous trouvons encore dans le développement de l'organe, un fait anatomique des plus importants. Déjà développé au milieu du troisième mois, le cœcum et son appendice sont situés sous le foie, l'appendice étant en arrière, et ce n'est

qu'au sixième mois qu'il gagne la fosse iliaque.

Dans sa migration il rencontre donc le testicule et même l'ovaire avec lesquels il peut contracter des adhérences.

Celles-ci deviennent-elles solides et ne se laissent-elles pas étirées ; il en résulte une connexion étroite entre le testicule et l'appendice, que le testicule peut même entraîner dans sa migration : M. le D^r Lyot, cité dans le travail de M. Clado, a opéré dans ces conditions une hernie dans le sac de laquelle il trouva l'appendice adhérent au testicule. C'est donc une véritable variété congénitale dont il faut tenir compte en pathogénie.

STRUCTURE DE L'APPENDICE.

Il n'est point de très grand intérêt pour nous d'étudier la structure histologique de l'appendice et de son méso : l'organe est formé de quatre couches : 1^o muqueuse ; 2^o conjonctive ; 3^o musculaire ; 4^o péritonéale, c'est-à-dire qu'il présente à peu près la stratification des anses intestinales à l'épaisseur près.

Mais nous devons mentionner la présence dans son intérieur, d'une cavité, véritable diverticule intestinal, séparé de la cavité cœcale par l'hypothétique valvule de Gerluch, dont le rôle doit être bien minime si tant est que sa présence soit cons-

tante : pour nous, nous ne l'avons pas trouvée une seule fois large et bien développée, et nous croyons qu'il en a été de même dans les recherches de M. Clado.

Mais la présence dans l'appendice d'une cavité centrale, offre à notre point de vue spécial une importance grande.

Comme l'a bien fait remarquer M. Clado, il existe une flore bactérienne constante dans cette cavité : c'est surtout le bacille coli-communis qui y pullule, parfois, et le plus souvent seul, parfois en association bactérienne avec d'autres espèces s'il y a lésion primitive de l'appendice. Les inoculations pleuro-péritonéales du liquide de l'appendice sont d'une virulence extrême, et les désordres de l'appendicite avec perforation en étaient, même avant l'expérience, un témoignage.

Chaque fois donc que l'appendice est sectionné, soit chirurgicalement dans la résection de l'organe par appendicite ou hernie, soit spontanément à la suite de corps étranger, sphacèle ou étranglement, il y a danger d'irruption au dehors du liquide appendiculaire ; on pourrait facilement établir une comparaison avec ce qui se passe dans la section du pédicule des kystes ovariens ou des salpinx, section qui intéresse la trompe. Aussi voit-on dès maintenant l'indication opératoire importante qui en résulte : si l'on résèque l'appendice, il faut ou ne pas réduire ou réduire, mais dans ce cas non sans avoir pris les précautions minutieuses que

nous indiquerons au chapitre du traitement pour assurer l'asepsie de la surface de section.

Le mémoire inséré par M. Thiéry, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, nous montre encore l'importance de la présence de la cavité appendiculaire : il intervint pour une hernie étranglée de l'appendice : il y avait perforation et infection du sac avec présence de gaz : le chirurgien dut réséquer très haut l'appendice pour pouvoir le réduire, mais le sac infecté suppura et la guérison fut un peu retardée de ce fait, malgré les lavages énergiques au chlorure de zinc faits au moment de l'opération.





DIVISION

Nous avons déjà laissé pressentir que la hernie de l'appendice vermiforme peut se rencontrer dans plusieurs catégories de cas.

Dans le premier cas, le plus fréquent, elle n'existe pas au point de vue clinique, et constitue seulement une particularité accessoire et presque fatale de la hernie du cœcum. C'est la *hernie cœco-appendiculaire* qui n'offre pas d'autre intérêt que celui des hernies cœcales. Nous en parlerons accidentellement, les travaux d'ensemble étant déjà nombreux sur ce sujet.

Dans le deuxième cas, la hernie appendiculaire nous apparaît comme consécutive à la hernie d'un autre organe auquel l'appendice adhère : c'est donc encore une *hernie secondaire*, mais les adhérences elles-mêmes peuvent être primitives, *congénitales* (testicule ovaire), ou purement *accidentelles* (inflammatoires à l'S iliaque, par exemple).

Ces hernies offrent déjà plus d'intérêt puisqu'elles peuvent (congénitales) avoir lieu dans un sac préformé comme la hernie inguinale, congénitale, vulgaire, ou coexister avec la hernie acquise d'un autre organe. Le traitement de la hernie de l'organe primitivement déplacé se complique alors de la question du *quid agendum* à l'égard de l'appendice adhérent et co-déplacé.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits plus rares, mais moins rares qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, et dont la fréquence augmente avec celle des opérations (travail récent de Brieger plusieurs fois cité au cours de cette étude), il faut placer les faits où l'appendice seul et indépendamment de tout autre organe est contenu dans le sac de la hernie.

Ce sont les hernies que M. Thiéry propose d'appeler *essentielles*. Avec lui nous croyons donc que l'on peut classer les hernies cœco-appendiculaires de la façon suivante :

1° D'APRÈS LE CONTENU DE LA HERNIE :

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|--|
| A | | appendiculaires essentielles, | | |
| B | | cœco-appendiculaires, | | |
| C | | appendiculo-cœcales, | | |
| D | | appendiculo | { | viscérales (entéro-appendiculaires), |
| | | | { | génitales (congénitales) ou même génito-appendiculaires. |
| E | | hernies complexes. | | |

2° D'APRÈS LEUR DÉVELOPPEMENT (1)

A	primitives	appendiculaires essentielles	(simples	compliquées	étranglement
B	secondaires	génito-appendiculaires,	entéro-appendiculaires,	cœco-appendiculaires.	épiploon
C	associées.				appendicite.

3° D'APRÈS LEUR SIÈGE

A	droites	inguinales,
B	ectopiques.	ombilicales ou adombilicales.

Mais pour justifier cette classification, il est besoin de quelques explications sur la terminologie que nous avons adoptée :

1° D'après le contenu de la hernie :

A. — *Hernies appendiculaires essentielles.*

— Ce sont celles dans lesquelles la hernie et toute la hernie est exclusivement formée par un sac contenant le seul appendice iléo-cœcal ordinairement de longueur inaccoutumée et en partie seulement engagé dans le sac herniaire, celui-ci préformé (congénitales) ou non.

B. — *Hernies cœco-appendiculaires.* — Nous appelons ainsi les hernies cœcales proprement

1. Il y faut joindre la variété pathogénique *congénitale* par persistance du canal vagino-péritonéal qui doit être très fréquente.

dites dans lesquelles l'appendice est accessoirement contenu. Il est bien évident que toute hernie cœcale, si elle est tant soit peu volumineuse, doit contenir l'appendice : ceci devient le fait accessoire et nécessaire sans que la présence de l'appendice dans ces cas ait une autre importance.

C. — *Les hernies appendiculo-cœcales* sont tout autres : ici le fait primitif c'est l'habitation du sac herniaire par le seul appendice : mais sous l'influence de la traction exercée par le processus vermiforme à la suite d'adhérences par exemple ou par suite de poussées nouvelles, l'*extrémité* de l'ampoule cœcale s'engage peu à peu : ce qui les distingue des précédentes c'est donc la succession des phénomènes caractérisés par l'engagement *primitif* de la hernie et la présence de la portion terminale du cœcum seulement.

D. — Dans *les hernies appendiculo-viscérales* ou *génitales*, l'appendice ne s'est engagé que secondairement, attiré par un organe primitivement hernié et accidentellement ou congénitalement adhérent à l'appendice : 1° s'il s'agit d'intestin grêle c'est la hernie entéro-appendiculaire et les adhérences sont toujours d'ordre accidentel et inflammatoire.

2° S'il s'agit du testicule ou de l'ovaire, la hernie doit être dite alors génito-appendiculaire et les adhérences se sont formées pendant la vie embryonnaire, avec le testicule par exemple, et il s'agit d'une véritable malformation congénitale

(hernie orchi-appendiculaire congénitale) (1), ou s'il s'agit de l'ovaire, la hernie ovarique primitive a pu déterminer la hernie appendiculaire par traction sur l'organe par l'intermédiaire, soit d'adhérences anormales, soit du ligament appendiculo-ovarien.

E. — Enfin sous le non de *hernies complexes* nous rangerons les hernies qui ne peuvent répondre à aucun type pathogénique défini, mais qui empruntant aux unes et aux autres des variétés précédentes, contiennent à la fois plusieurs organes : il s'agit le plus souvent d'oschéocèles volumineuses.

2° D'après leur développement, d'après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre ce qu'il faut entendre par hernies primitives et secondaires.

A. — *Hernies primitives*. — Dans les premières l'appendice s'engage, forme un certain laps de temps le seul contenu de la hernie, puis plus tard il peut attirer un autre organe : mais la hernie du processus reste toujours la cause de la hernie secondaire.

B. — *Hernies secondaires*. — Dans le second groupe il faut placer toutes les hernies primitivement formées d'un viscère autre que l'appendice

1. Mais il y a lieu de ne pas confondre cette dénomination avec le fait du développement d'une hernie dans un canal vagino-péritonéal inoblitéré : ici la malformation congénitale atteint le sac et non le contenu de la hernie.

et qui attire secondairement le processus dans le sac herniaire.

D'après leur évolution et surtout leurs complications, les hernies primitives figurent à notre tableau comme pouvant donner les variétés *complication par étranglement*, adhérences ou présence d'épiploon adhérent ou non, c'est-à-dire complications étrangères à la pathologie de l'appendice considéré en lui-même.

Mais l'appendice y contenu, peut être lui-même malade et peut, comme dans le cas de Schmidt, renfermer un corps étranger ou comme dans celui de Gangolphe être atteint d'appendicite.

C. — Enfin il est nécessaire de catégoriser à côté des variétés précédentes, les hernies que l'on peut dire *associées*, analogues à celles dont M. le professeur Delorme a bien voulu nous autoriser à publier la relation et dans lesquelles plusieurs sacs développés concomitaument, soutiennent l'un le processus vermiforme, l'autre une portion quelconque d'intestin ou d'épiploon.

3° D'après leur siège :

Bien que la variété *inguinale* soit d'après nos recherches la plus fréquente, nous ne pouvons cependant omettre de mentionner la possibilité des hernies *crurales*, comme en témoigne le cas de Schwartz publié par lui dans la *Revue générale de clinique*. Enfin citons la possibilité des hernies, *ombilicales*, mais en ajoutant qu'à notre connaissance du moins il n'existe pas jusqu'à présent

d'observation de hernie appendiculaire essentielle dans un sac ombilical ou adombilical ; la hernie appendiculaire n'entre dès lors que comme fait accessoire dans la formation d'une hernie ombilico-cœcale. C'est ce qu'on observe dans un cas présenté en 1893 à la Société anatomique.

B. — Au premier abord il peut paraître étonnant de rencontrer les hernies appendiculaires ou cœco-appendiculaires, ailleurs qu'au voisinage de la région inguino-crurale droite. Cependant Huguier avait déjà autrefois noté la mobilité assez grande du cœcum principalement comme il avait noté le déplacement possible à droite de l'S iliaque, principalement chez l'enfant. Des faits incontestables montrent, fait qui n'est pas sans quelque intérêt au point de vue du diagnostic, que la hernie cœcale et partant la hernie appendiculaire peut se faire à *gauche* ; nous rapprocherons de cette assertion l'observation de Jossierand relative à une tumeur de l'appendice vermiforme développée dans un sac herniaire inguinal gauche, contenant le cœcum, et le fait de Hedrich qui concerne une hernie du cœcum à gauche.

Telle est la classification qui paraît tenir le mieux compte de la multiplicité des faits qui peuvent s'offrir à l'opérateur : sans doute on pourrait multiplier encore les divisions, mais nous désirons nous en tenir à ce tableau synthétique qui a au moins le mérite de la simplicité.



HERNIES COECO-APPENDICULAIRES

ET APPENDICULO-COECALES.

Nous avons déjà défini les hernies cœco-appendiculaires, hernies dans lesquelles le cœcum, organe hernié principalement, entraîne dans sa chute la hernie de l'appendice iléo-cœcal, tandis que sous le nom de hernies appendiculo-cœcales nous intervertissons la désignation pour bien montrer que la hernie de l'appendice est *primitive* et que le processus hernié attire *secondairement* le cœcum.

Ces dernières constituent peut-être un degré extrême de la hernie appendiculaire, mais on ne peut dire si toute hernie primitivement appendiculaire devient appendiculo-cœcale, la chose est possible, probable même, puisque la voie créée par la hernie appendiculaire reste ouverte et que le cœcum a tendance à s'y engager.

Quoiqu'il en soit de la succession d'apparition dans le sac des organes herniés, il arrive un mo-

ment où le sac contient à la fois le cœcum et l'appendice, et il est alors difficile de se prononcer sur le mode de production.

Le diagnostic et la symptomatologie des hernies cœcales a fait l'objet de mémoires importants et de diverses publications, telles que celles de Lockwood, Gangolphe, Jamesco-Rubino, Merizot de Treigny, et leurs symptômes ne sont point cependant encore très régulièrement établis.

Très rarement (cas de Josserand, de Hedrich), la hernie a pu être observée à gauche, et dans ces cas l'erreur de diagnostic est à peu près fatale.

Plus souvent, on peut dire toujours la hernie siège à droite ; justice est faite surtout depuis les travaux de Treves et Tuffier, de la soi-disant hernie sous-péritonéale du cœcum dépourvue de sac, il y a toujours sac herniaire : la hernie renferme, tantôt le cœcum et l'appendice seuls, tantôt des organes voisins, l'intestin grêle, par exemple, ou l'épiploon.

La hernie est le plus souvent inguinale, mais elle a été rencontrée crurale. Elle est de volume variable : ordinairement assez volumineuse si elle est ancienne et développée chez un sujet âgé ; elle offre les signes de la hernie vulgaire et entéroccèle, réductibilité, gargouillement, sonorité. Elle est fréquemment le point de départ de coliques cœcales et les faits se multiplient tous les jours où la hernie est compliquée d'inflammation et d'étranglement.

Nous n'insisterons pas davantage, d'autant qu'il serait hasardeux de vouloir préciser des signes qui n'existent guère. Cependant la présence d'un cordon dur, sensible, terminé en cul-de-sac sans confusion avec l'épididyme coexistant avec la hernie sonore et gazeuse de l'intestin, doit faire présumer la présence de l'appendice et par suite donner comme probabilité la hernie du cœcum. L'observation de Chipault, prise comme type, est d'ailleurs intéressante à lire et nous montre l'aspect un peu diffus que peut prendre la symptomatologie de semblables hernies.

Leur pathogénie et leur traitement ne diffèrent pas sensiblement de ceux des autres hernies et nous dispensent d'insister, disons seulement que la coprostase y paraît particulièrement fréquente et avec elle les complications qu'elle engendre, et qu'il y a peu de temps encore on désignait sous le nom collectif d'engouement herniaire.





HERNIES APPENDICULAIRES

ÉTIOLOGIE. — SIÈGE. — FRÉQUENCE.

Ce sont celles que M. Thiéry a désignées sous le nom *d'appendicocèle* pure dans lesquels l'appendice en totalité ou en partie constitue seul la hernie.

Longtemps méconnues, comme nous l'avons dit, elles semblent en somme d'après les dernières monographies publiées sur ce sujet, beaucoup plus fréquentes qu'on ne pourrait le penser.

Elles ont été observées chez l'homme et chez la femme mais plus souvent chez l'homme. Chez l'enfant leurs relations avec le testicule, comme dans le cas de Lyot et de Brun-Clarke font qu'elles ont pu aussi être observées.

La statistique allemande de Brieger à laquelle nous renvoyons et qui porte sur 5 cas d'appendicocèle pure et 22 cas d'appendicocèle combinée à la présence d'autres organes, nous montre que les

différents types inguinal, crural ont été observés.

Au type *inguinal* se rapportent les observations de A. Bui, Josserand, Rubino, Brieger, Brun-Clarke, Delorme, etc...

Au type *crural* celles de Schwartz, Brieger, les trois observations de Pollosson, etc...

Enfin nous n'avons trouvé mentionné qu'une fois le siège ombilical de l'appendice hernié et encore faisait-il partie d'une hernie iléo-cœcale.

Quant aux causes proprement dites, elles sont celles des hernies vulgaires de l'intestin : on peut, à cet égard, diviser les hernies en hernies de force et hernies de faiblesse. S'il était possible d'appuyer une étiologie sur une bibliographie encore peu abondante, nous dirions volontiers que la hernie de faiblesse répond surtout au type iléo-cœco-appendiculaire : l'appendicocèle pure représente la hernie de force, produite d'emblée complètement et brusquement comme dans le cas inédit de Delorme dont nous donnons plus loin la relation complète (voir page 96).

Nous avons déjà dit plus haut à propos des notions anatomiques, que nous avons rappelées sur la topographie cœco-appendiculaire, quelles étaient les causes anatomiques du prolapsus appendiculaire : la division en congénitale (dont deux variétés, l'une par persistance du canal vagino-péritonéal, l'autre par adhérences congénitales au testicule), et acquise (hernies de force ou

de faiblesse), existe pour expliquer toutes les modalités de la pathogénie.

S'il en fallait résumer les caractères étiologiques, je dirais que la hernie appendiculaire pure est surtout une hernie de force de l'âge adulte, de type inguinal droit; tels sont nos principales particularités.

Brieger fait aussi jouer un grand rôle au testicule « migrant », et à la persistance du canal vagino-péritonéal (hernies congénitales), à la longueur excessive du méso-appendice, à la situation trop basse du cœcum.

SYMPTOMES.

Avec Brieger nous devons reconnaître notre impuissance à tracer des symptômes bien définis de la hernie appendiculaire pure : c'est plutôt un ensemble de présomptions dont la réunion peut mener au diagnostic sans que chacun de ces signes ait à proprement parler une valeur indiscutable.

Ordinairement la hernie siège à droite, bien que dans les cas de Josserand et de Hedrich, où l'appendice, il est vrai, n'était pas seul hernié, la tumeur siégeait à gauche, et il faudrait, en effet, admettre une longueur inaccoutumée du processus vermiforme, pour que celui-ci puisse être engagé notablement dans un sac herniaire gauche sans que le cœcum fût déplacé.

Tantôt de type inguinal, tantôt de type crural, la hernie est le plus souvent petite, parfois inaccessible à la vue, et même au toucher si l'appendice est partiellement hernié et si le siège est crural.

Pris dans leur ensemble, les signes participent à la fois de ceux de l'entérocele et de ceux de l'épiplocèle : ils se rapprochent surtout de ces derniers, l'impulsion à la toux est faible, la réductibilité incomplète, la tumeur est mate, souvent douloureuse, même en l'absence de complication proprement dite.

Ordinairement comme dans l'observation de Delorme, le canal déférent est situé en arrière, mais une palpation méthodique fait percevoir un organe mobilisable ferme, du volume d'un crayon ou moins dont la pression est douloureuse : il se perd en haut au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, rarement très élargi ; en bas il faut le suivre lentement jusqu'au point où il se termine : on constate alors qu'il se termine brusquement par une extrémité arrondie, et n'offre pas de continuité avec les organes sous-jacents, épidi-dyme par exemple.

La toux et les efforts augmentent par le volume de la hernie : elle peut devenir réductible, mais soit dans la position de Vendelenburg, soit dans la position génu-pectorale : en tout cas elle est rarement spontanément et complètement réductible.

Dans le cas où l'anneau est large le sac peut être

habité, tantôt par l'appendice vermiculaire, tantôt par l'intestin ou l'épiploon. Cette variété de signes rend, on le conçoit, le diagnostic impossible.

En somme, on le voit, il n'existe aucun signe bien net, tant que la hernie est à l'état d'appendicocèle pure non compliquée : aussi la hernie n'est-elle bien souvent à ce stade qu'une trouvaille opératoire tandis que comme nous allons le voir en étudiant les complications, l'étranglement de la hernie appendiculaire peut présenter des signes de probabilité suffisants pour établir un diagnostic de l'étranglement appendiculaire.

Brieger divise encore ces hernies en *réductibles* rares et impossibles à diagnostiquer et en *irréductibles* et étranglées dont le diagnostic est également difficile.

COMPLICATIONS.

On peut dire que les complications constituent une véritable manière d'être des hernies appendiculaires. Nous avons déjà à plusieurs reprises mentionné ce fait que l'absence de diagnostic, et surtout la pathologie spéciale de l'appendice même non hernié constituent deux conditions favorables à l'explosion d'accidents graves qui survenant dans un sac herniaire doivent tantôt être considérés comme une véritable complication de la hernie (tumeur-appendicite, corps étranger), tantôt

comme une circonstance favorable (perforation dans un sac herniaire où la péritonite peut se localiser). Il est donc curieux de constater que tantôt l'idiosyncrasie pathologique de l'appendice intervient du côté de la hernie pour l'aggraver, et tantôt le fait de la hernie intervient pour améliorer le diagnostic de la lésion appendiculaire.

Nous ne ferons que mentionner les complications d'ordre général qui peuvent survenir : elles n'ont aucun caractère propre qui appartienne à la hernie de l'appendice, et pourraient, ce nous semble, tout aussi bien être rapportées à toute autre hernie. Cependant, nous ne pouvons pour être complet passer sous silence le fait de Fenser où cet auteur rapporte nettement des *crises d'éclampsie* à la présence d'une hernie inguinale cœco-appendiculaire chez l'enfant.

Quant aux complications d'ordre local, il est nécessaire de les classer en deux catégories suivant qu'elles appartiennent directement à la pathologie de la hernie ou bien à celle de l'appendice.

Parmi les premières il faut citer par ordre de fréquence : 1° l'irréductibilité ; 2° les adhérences ; 3° l'étranglement ; 4° la contusion herniaire.

Parmi les secondes : 1° l'appendicite ; 2° la présence de corps étrangers ; 3° les tumeurs de l'appendice.

1° *Irréductibilité*. — Elle est des plus fréquentes, et elle se trouve si souvent signalée dans les observations publiées que nous pouvons la consi-

dérer comme presque inévitable si la hernie est de date ancienne. Que les adhérences soient dues à l'appendice lui-même et à l'inflammation secondaire de son méso, peu importe : elles créent l'irréductibilité.

Mais en dehors même de ces adhérences nous avons vu en étudiant les signes que la hernie appendiculaire en l'absence de toute complication est difficile et parfois impossible à réduire à cause du peu de volume de l'organe, du peu de prise qu'il offre au taxis et de l'absence de dilatation par les gaz (1).

2° *Adhèresces*. — Celles-ci sont nombreuses et fréquentes et on les constate dans presque toute vieille hernie opérée : elles peuvent provenir de trois sources : l'appendice, le sac et les organes contenus concomitamment dans la hernie : il est presque inutile d'insister longuement sur chacune de ces causes : l'inflammation de l'appendice, les diverses causes d'appendicite avec ou sans corps étranger aboutit au retentissement sur la tunique séreuse de l'appendice et de son méso-péritonéo-viscéral qui bientôt contracte des adhérences de voisinage avec le sac, péritonéo-pariétal : lâches et friables ces adhérences se condensent bientôt et peuvent même for-

1. « Cliniquement, dit Brieger, il n'y eut jamais aucun accident particulier, aucun indice permettant de soupçonner la présence de l'appendice cœcal. On conçoit d'ailleurs qu'ainsi déplacé et adhérent, il soit exposé aux accidents inflammatoires. »

mer une masse au milieu de laquelle l'appendice peut être difficile à retrouver.

Les adhérences peuvent être d'autre part d'origine pariétale, et provoquer l'inflammation primitive du sac avec adhérences secondaires à l'appendice : le résultat est le même dans les deux cas, mais cette dernière catégorie d'accidents que l'on a longtemps désigné sous le nom de péritonite herniaire sont ici d'une fréquence telle qu'il y a lieu de se demander si le rapport n'est pas inverse et si presque toujours ce n'est pas l'appendice, organe essentiel soumis à l'inflammation, qui devient le point de départ des adhérences suivant les particularités que nous venons d'étudier.

Enfin dans certains cas où *l'épiploon* (1) était contenu dans le sac herniaire appendiculaire il faut reconnaître que les adhérences peuvent être consécutives à l'épiploïte. Ainsi donc inflammation primitive de l'appendice, ou inflammation primitive du sac, épiploïte herniaire concomitante, tels sont les trois facteurs principaux de la production des adhérences : le premier cas doit être de beaucoup le plus fréquent. On désigne ordinairement dans les observations l'ensemble de ces accidents sous le nom collectif d'inflammation de la hernie et c'est ainsi qu'il faut comprendre la plupart des complications désignées sous

1. Hernies appendiculo-épiploïques de Brieger.

cette rubrique sans qu'il y ait étranglement proprement dit.

Ainsi par exemple l'observation de A. Bui, qu'il désigne sous le nom de hernie inguinale enflammée contenant l'appendice vermiforme.

Quant aux adhérences de l'appendice aux organes voisins, au testicule par exemple, et comme dans les observations de Brun Clarke, de Lyot, elles sont tantôt d'origine inflammatoire et tantôt d'origine congénitale mais ces dernières mêmes peuvent constituer une véritable complication puisqu'elles ont pu dans un cas nécessiter le sacrifice du testicule.

3^e *Etranglement* (1). — Il est fréquent, comme en témoignent les nombreuses observations citées, et si l'on réfléchit que l'étranglement est plus ou moins étroitement lié aux poussées successives d'inflammation, on ne sera pas étonné de le voir signalé si fréquemment. Le cas de Thiéry est typique. Pollosson dans son travail récent n'en cite pas moins de trois cas (type crural) et avant lui Schwartz l'avait aussi observé. Brieger en cite aussi plusieurs exemples.

Il serait intéressant de pouvoir dire quel est l'agent d'étranglement, et dans le type inguinal il ne nous semble guère douteux que ce soit l'orifice

1. Brieger n'en rapporte pas moins de 15 cas avec rougeur, tension, sensibilité de la tumeur herniaire, constipation, nausées et vomissements. D'après lui la traction exercée sur l'intestin par l'appendice étranglé peut entraîner un arrêt complet des matières par coudure.

péritonéal du canal inguinal, l'orifice externe offrant des dimensions telles qu'elles assurent la circulation appendiculaire à ce niveau ; mais les poussées inflammatoires qui font doubler ou tripler de volume l'appendice, provoquent des exsudats, des adhérences et peut-être la migration microbienne à travers le processus vermiforme par le mécanisme déjà décrit en 1891 par MM. Verneuil et Clado au Congrès de Chirurgie pour les hernies en général, doivent contribuer pour une large part dans la production de cet étranglement.

Quoiqu'il en soit cet étranglement est fréquent : il provoque des lésions graves précoces et peut aboutir à la perforation de l'appendice, non-seulement au niveau de la striction de la base de l'appendice, mais notablement au-dessous du point étranglé, comme Darier l'avait déjà noté dans les perforations consécutives à la présence de corps étrangers et où la perforation ne siège pas nécessairement au niveau du lieu d'obstruction. Ce fait est explicitement rapporté dans les cas de Thiéry ou bien qu'une longue portion de l'appendice fût étranglée, la perforation s'était faite à la partie terminale de l'organe et était complète.

Nous insisterons encore sur un fait de symptomatologie bien important que ce chirurgien a signalé, et qu'ont signalé depuis plusieurs auteurs : les signes d'étranglement, douleur, vomissements existent, et sont presque au complet (1) ; mais ils

1. Brieger tend à ne pas admettre comme fréquente la symptoma-

peuvent être atténués, et en particulier si le cours des matières est ordinairement interrompu, le passage des gaz existe le plus souvent, signe bien évident d'obstruction incomplète, qui peut mettre sur la voie du diagnostic. C'est là un des signes les plus probables dont la connaissance puisse faire présumer la nature du contenu de la hernie.

4° *La contusion herniaire*, complication bien délaissée, et dont Thiéry vient de publier un curieux exemple recueilli dans le service du professeur Verneuil, peut ici et mieux qu'ailleurs exister : nous ne faisons que la signaler car elle n'a pas été que nous sachions signalée : cependant il est facile d'admettre que à la suite d'un gros traumatisme par exemple le passage de roue d'une voiture, comme dans le cas auquel nous venons de faire allusion, la section totale ou partielle de l'appendice puisse avoir lieu avec toutes les graves conséquences qu'elle comporte.

B. — *Les complications d'origine appendiculaire* et particulières à la pathologie de cet organe sont au nombre de trois bien que les deux premières soient souvent corrélatives, nous voulons dire l'appendicite et les corps étrangers.

1° *L'appendicite* d'un processus vermiforme hernié peut exister sans qu'il y ait ou sans qu'on ait du moins contesté la présence d'un corps étranger.

tologie incomplète du syndrome herniaire de l'étranglement dans ces cas.

C'est ce qui résulte d'une des premières observations publiées à ce sujet et qui est due à Gangolphe de Lyon (1892) qui observa l'appendicite dans un sac herniaire. Il en existe aussi un cas dans les 68 cas d'appendicite relevés par Barling, et c'est évidemment à des faits de ce genre que Brieger fait allusion quand il conclut : Les hernies de l'appendice sont graves en ce sens que l'appendice hernié est souvent le siège de modifications pathologiques (c'est-à-dire, pensons-nous, appendicite, corps étrangers et tumeurs) constituant une complication sérieuse par elle-même. Mais l'appendicite dans un sac herniaire peut devenir un bienfait si elle prévient la rupture de l'organe dans le péritoine, parfois même si elle conduit à l'intervention d'une hernie appendiculaire ignorée. Dans ces cas on peut se demander s'il y a lieu, le diagnostic étant fait, d'opérer pendant la période aiguë ou d'attendre pour opérer à froid qu'elle soit passée. Nous n'hésitons pas à répondre qu'il faut opérer : le diagnostic de l'appendicite herniaire et du sub-étranglement appendiculaire est chose trop délicate pour qu'il n'y ait pas intérêt à trancher le diagnostic par l'opération.

2° Ce que nous avons dit de l'appendicite s'applique également à l'étude *des corps étrangers* qui en sont souvent la cause reconnue ou ignorée. Ils sont mentionnés par nombre d'auteurs : il existait peut-être dans le cas de A. Bui et a pu n'être pas retrouvé, mais il est expressément signalé dans

celui de Schmidt, et en pareille occurrence on conçoit combien il peut être difficile de diagnostiquer le sub-étranglement herniaire de la colique appendiculaire, qui d'ailleurs peut, comme dans le cas de Schwartz, publié à la Société de Chirurgie, nécessiter l'intervention qui serait également à proposer si l'appendice malade était hernié.

La perforation de l'appendice est intimement liée à la présence des corps étrangers, elle n'offre d'ailleurs rien de particulier si ce n'est qu'elle est infiniment moins dangereuse lorsqu'elle a lieu dans le sac herniaire, la hernie étant ordinairement adhérente et que ses signes se confondent avec ceux de la péritonite herniaire et de l'étranglement.

3° Nous devons signaler maintenant la curieuse coïncidence. A la présence dans un sac herniaire d'une hernie appendiculaire avec une *tumeur adappendiculaire ou épiappendiculaire*.

Le fait avait déjà été signalé comme une curiosité par Noyé Josserand qui en janvier 1892 signalait la présence d'un lipome.

Richelot a publié aussi un cas analogue où l'appendice fut trouvé hernié et un kyste qu'il présentait étranglé.

Kœrlé a relaté l'observation d'un malade qu'on peut rapprocher de la précédente par plus d'un point commun et où il y avait aussi un kyste appendiculaire iléo-cœcal.

Enfin Lafforgue étudiant dans sa thèse inaugu-

rale les tumeurs primitives de l'appendice, réunit les trois cas précédents et insiste sur ce point que l'appendice atteint de kyste peut se hernier et que dans ce cas les symptômes simulent l'étranglement herniaire.

Telles sont les complications nombreuses qui offrent quelque particularité digne d'intérêt et non communes aux autres hernies : en y réfléchissant on voit que, outre qu'elles aggravent le pronostic, elles tendent, par une symptomatologie commune ou si peu dissemblable qu'il serait puéril de vouloir la différencier, à jeter le trouble dans l'esprit du clinicien et que le diagnostic différentiel de la péritonite herniaire, de l'épiploïte, de l'appendicite, de la colique appendiculaire, de l'étranglement, voire même de la perforation, est en somme bien hypothétique. Fort heureusement la thérapeutique y est commune et impose presque toujours l'intervention.

DIAGNOSTIC.

L'absence de signes bien nets et caractéristiques fait prévoir d'emblée que le diagnostic doit offrir des grandes difficultés.

Il y a lieu de diviser l'étude de ce diagnostic en deux parties : suivant que l'appendicocèle est simple, sans complications, ou qu'il y a phénomènes d'étranglement ou d'inflammation.

Hernie simple de l'appendice sans complications. — On peut dire que celui-là seul pourra faire le diagnostic de cette hernie non étranglée qui aura toujours l'attention attirée de ce côté en cas de hernie droite. Sans doute, il est des cas où l'appendice a été trouvé hernié à gauche comme dans ceux de Josserand et de Heidrich, mais c'est là, on le conçoit, une occurrence tout à fait rare et le diagnostic est alors à peu près impossible.

Au contraire, si la hernie siège à droite, on peut sinon faire un diagnostic complet, au moins la soupçonner.

Tout d'abord s'il y a hernie reconnue du cœcum (voir sur ce sujet les mémoires spéciaux) on pourra en inférer presque toujours que l'appendice y est contenu surtout, lorsque après réduction de la hernie, il restera dans le sac un cordon, dur, arrondi, *douloureux*, à la pression exagérée, qui sera reconnu n'être pas le canal déférent.

Il faut donc résoudre deux questions : 1° Y a-t-il hernie ; 2° l'appendice fait-il partie ou constitue-t-il la hernie.

Nous n'avons pas l'intention de répondre à la première question qui ne fait pas partie de notre sujet. Cependant disons dès maintenant que si l'appendice est seul dans le sac herniaire, cette question de l'existence d'une hernie peut être fort obscure puisque les signes primordiaux de sonorité, réductibilité, gargouillement, font défaut de même souvent que l'impulsion par la toux.

Cependant c'est toujours au toucher direct qu'il faudra s'adresser et pour ce faire, coiffant le doigt du scrotum, le chirurgien ira droit à l'anneau : il tâchera d'abord de reconnaître pour ne pas s'y méprendre le canal déférent et les groupes veineux, et saisissant alors entre le pouce et l'index le sac prolabé il cherchera à en délimiter le contenu.

L'épiplocèle est d'un diagnostic assez délicat et peut maintes fois simuler la hernie de l'appendice dont il présente assez souvent la consistance, la matité et l'irréductibilité. Cependant l'épiplocèle est constitué par une masse ordinairement plus volumineuse, plus empâtée, *plus lobulée*, n'offrant pas la sensibilité spéciale de l'appendice : l'épiplocèle non enflammé est plus indolent que l'appendicocèle et provoque plus rarement des coliques irradiées qu'accuse fréquemment le malade porteur d'une hernie de l'appendice.

Le *lipome préherniaire* peut lui aussi simuler comme l'épiplocèle la hernie de l'appendice : mais outre que le sac peut être fort peu développé il ne présente pas la consistance ferme, la régularité de calibre de l'appendicocèle dont on peut parfois sentir l'extrémité inférieure, résistante et ferme, mais toujours régulière et *non pédiculée* comme le lipome herniaire : cependant il faut bien l'avouer à la sensibilité, le diagnostic peut parfois être fort difficile.

Un varicocèle situé à droite peut aussi deve-

nir une cause d'erreur ou compliquer le diagnostic. Faut-il rappeler que le varicocèle, d'ailleurs très rare à droite où il est assez souvent (Guyon) lié à une tumeur du rein, est facilement réductible par la seule situation déclive, par le relèvement des bourses au devant de l'abdomen, enfin qu'une fois réduit il se reproduit malgré l'introduction du doigt dans l'orifice du canal inguinal. D'ailleurs la palpation qui donne la sensation classique de vers enchevêtrés ne rappelle guère la sensation que donne l'appendice et nous n'insisterons pas davantage.

Un canal déférent volumineux par altérations anciennes ou *un cordon kystique* pourrait aussi peut-être induire en erreur. Bien que nous ne connaissions pas d'erreur de ce genre, nous croyons utile d'en signaler la possibilité : une palpation méthodique fera bien reconnaître la continuité du canal déférent, organe principal du cordon avec la queue de l'épididyme : la traction sur le testicule tendra rigide la corde formée par ces organes, tandis que même adhérent au testicule l'appendice reste le plus souvent nettement délimitable et distinct de l'épididyme.

Telles sont les erreurs qui peuvent être le plus fréquemment commises, et comme il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique pour les éviter, il en faut conclure que l'expérience, la délicatesse du tact chirurgical en doivent le plus souvent faire les frais.

Ce n'est pas tout encore : la hernie de l'appendice étant reconnue, le clinicien consommé devrait encore nous renseigner sur les points suivants :

a. — Y a-t-il de l'épiploon dans le sac ? question ordinairement assez facile puisque c'est le diagnostic bien connu de l'épiplocèle. On ne méconnaîtra guère l'épiploon tandis qu'il sera facile de méconnaître l'appendice caché par l'épiploon.

b. — Y a-t-il entéroccèle concomitante : il faudra rechercher la sonorité, le gargouillement, l'impulsion créée par la toux et les efforts et l'absence de réductibilité *totale* qui nous indiquera que la portion solide et mate restante après la réduction ne peut être que l'épiploon ou l'appendice.

c. — La hernie est-elle inguinale ou crurale ? Nous avons vu que les cas de hernie crurale (Schwartz, Brieger, Polosson, etc...) ne sont pas rares. Quand à la hernie ombilicale nous n'en parlerons même pas. Le diagnostic entre les deux variétés n'offre rien de particulier puisque c'est celui des hernies vulgaires inguinales et crurales, mais par la profondeur même de son siège, le diagnostic exact de la hernie crurale non enflammée devient bien hypothétique en dehors de l'incision de la cure radicale.

d. — Le diagnostic des adhérences soit au sac soit au testicule devient possible la hernie étant une fois reconnue.

Sans doute très souvent la hernie est difficilement réductible en dehors même d'adhérences

constituées, mais l'appendice est toujours facilement *mobilisable* dans le sac. On peut même s'il n'est pas adhérent le réduire complètement en plaçant le sujet dans la position tête déclive si heureusement utilisée pour produire le retrait de la masse intestinale vers le diaphragme et élargir le champ opératoire dans la laparatomie pour tumeurs pélviques suppurées.

Par le palper uni à la mobilisation du testicule, on reconnaîtra l'indépendance des deux organes.

II. — Si le diagnostic de la hernie de l'appendice vermiculaire non compliquée est le plus souvent difficile, la hernie étranglée ou enflammée du même organe offre un diagnostic, en général, plus simple, bien que encore toujours délicat. Brieger dit que ces hernies sont impossibles à diagnostiquer d'une façon certaine : il y faut songer, dit-il, dans les hernies inguinales et crurales étranglées du *côté droit*, quand les phénomènes d'étranglement ne sont pas très accusés.

C'est là, en effet, un point important : Thiéry a largement insisté dans sa communication à la Société anatomique sur ce fait, que l'étranglement appendiculaire se comporte au point de vue des signes comme les étranglements para-intestinaux (appendices épiploïques), ou comme les pincements latéraux de l'entéroccèle, c'est-à-dire que les signes péritonéaux existent parfois même accusés, mais que les signes fonctionnels, absence de gaz et de matières sont rarement au complet.

On peut donc dire que dans une hernie droite inguinale ou crurale étranglée, chaque fois que le syndrome herniaire n'est pas étranglé, en particulier lorsque l'arrêt des gaz n'est pas complet, il faut rechercher ou présumer, faute de mieux, l'étranglement appendiculaire.

Sans doute l'épiploïte, l'appendicite sans étranglement, mais qui offre quelques signes propres, la seule colique appendiculaire encore, peuvent simuler l'étranglement appendiculaire, mais ces affections n'offrent pas comme lui et à un si haut degré, la similitude avec l'étranglement herniaire vrai, à l'exception de la perméabilité intestinale partielle.

Cependant il est encore une affection qui peut simuler l'étranglement appendiculaire : c'est la funiculite et l'adénite aiguë suppurée crurale. La funiculite peut être confondue avec la variété inguinale de l'appendicocèle, l'adénite surtout avec la variété crurale. Dans les deux, les phénomènes aigus du début, l'inflammation limitée, la forme de la tumeur, la douleur, parfois les phénomènes de péritonisme qui accompagnent la funite grave (nous pourrions en rapprocher l'étranglement inguinal du testicule ectopié en état d'orchite), peuvent amener la confusion, c'est donc aux commémoratifs d'une part (étiologie de la funite et de l'adénite, état du testicule, etc.), aux signes intestinaux d'autre part qu'il faudra s'adresser.

Enfin l'étranglement reconnu, il est peut-être

possible si l'on a constaté antérieurement la présence de l'appendice, de savoir à quel degré en est l'évolution de l'étranglement : y a-t-il du liquide dans le sac, de la sonorité, des gaz, c'est qu'il y a eu perforation : si l'on est *absolument certain* que l'appendice seul est étranglé, il serait possible encore de rechercher à la seringue de Pravaz quelle est la nature microbienne du contenu : mais ordinairement l'intervention s'impose alors avec les multiples précautions que nous indiquerons plus loin et elle devient le meilleur moyen d'exploration.

Disons cependant qu'au bout de trois jours d'étranglement, si les phénomènes ont été continus et alarmants, il y a beaucoup de probabilité en faveur du sphacèle et de la rupture prochaine ou déjà effectuée de l'organe.

PRONOSTIC.

Le pronostic des hernies appendiculaires est fort variable et ne peut être envisagé dans l'ensemble des cas : la multitude des variétés que nous avons reconnues dans notre tableau synoptique (voir page 37) pourrait déjà le faire prévoir. Nous ne pouvons cependant envisager chaque cas en particulier et nous ne parlerons que des variétés les plus importantes.

Le pronostic des hernies cœco-appendiculaires

n'est autre que celui des hernies cœcales et nous pouvons renvoyer le lecteur aux traités spéciaux qui se sont longuement étendus sur l'étude de ces hernies particulières. Les hernies du cœcum sont choses graves car outre les complications qui leur sont communes avec la plupart des autres hernies, elles sont soumises encore du fait de la coprostase fréquente à une multitude de complications spéciales aboutissant au subétrangement et à la péritonite herniaire qui y sont particulièrement fréquentes. Elles peuvent de ce fait nécessiter des opérations parfois excessivement graves et dans la séance du 12 mai de la Société de Chirurgie de Londres, Brun Clarke rapportait l'observation d'un garçon chez lequel il dut exciser le cœcum et deux pouces d'intestin au cours d'une opération pour hernie congénitale irréductible. Le testicule adhérait fortement à l'appendice vermiculaire comme dans le cas de Lyot auquel nous avons déjà fait allusion : il fallut coucher le sujet : la résection de cette portion importante d'intestin fut suivie d'entérorrhaphie et la guérison eut lieu sans complication ; un an après elle ne s'était pas démentie.

Et c'est précisément cette irréductibilité qui fait la gravité des hernies appendiculaires proprement dites : dans la plupart des cas elles deviennent rapidement adhérentes, et il faut, comme nous le verrons, réséquer l'appendice et par suite ouvrir son canal central, c'est-à-dire la cavité intestinale septique et habitée par le *bacillus coli communis*.

De plus ces hernies essentielles longtemps petites et méconnues peuvent rester longtemps sans éveiller l'attention du malade ou du médecin, et ce n'est pas un de leurs moindres inconvénients ; disons plus, c'est un facteur de gravité sérieuse d'autant que tout moyen palliatif, tel que le port d'un bandage au niveau d'une hernie sur la réductibilité de laquelle le malade ne peut avoir que de vagues notions, ne peut qu'aggraver encore la situation. Ainsi donc absence de diagnostic, irréductibilité précoce font que le pronostic doit être fort réservé en absence de tout accident immédiat, de toute complication du côté de la hernie, de toute tare pathologique propre à l'appendice lui-même.

Si le pronostic est sérieux dans ces conditions et s'il ne devient bien souvent que celui de l'opération qui a pour but d'y remédier, quel ne doit-il pas être lorsqu'il y a complication. La présence de l'épiploon qui rapidement s'enflamme et provoque des adhérences multiples appendiculo-épiploïques et épiploo-pariétales est aussi en ligne de compte.

L'étranglement complet ou incomplet, comme le montrent de nombreuses observations, n'est pas absolument rare et souvent il s'accompagne de lésions du côté de l'appendice qui aboutissent à la rupture de celui-ci et de l'infection du sac, comme dans le cas de Thiéry que nous rapportons *in extenso* : souvent alors l'embaras du chi-

urgien est grand pour savoir s'il y a lieu de réduire le processus hernié et rupturé qui baignait dans le liquide fétide du sac.

Enfin en dehors de ces faits communs avec une précocité variable à la plupart des hernies, il existe une catégorie de complications que nous avons signalées et qui donnent à la pathologie de l'appendice hernié une allure spéciale : le cas de Schmidt où l'appendice hernié contenait un corps étranger, celui de Gangolphe où l'organe hernié offrait les altérations de l'appendicite, celui de Jossierand très complexe et d'un diagnostic presque impossible, puisque non-seulement le cœcum et l'appendice étaient contenus dans un sac herniaire gauche mais encore étaient le siège d'un néoplasme, font foi de la gravité du pronostic de ces hernies compliquées.

Le retard de l'intervention provoqué par des phénomènes d'obstruction incomplète lorsque le seul appendice est étranglé, charge encore dans une certaine mesure les suites opératoires, et assimile souvent la hernie du processus étranglé avec la hernie de l'intestin grêle déjà en voie de sphacèle.

En ce qui a rapport à la gradation du pronostic suivant le siège de la hernie, nous n'avons encore que peu de renseignements, les cas de hernie crurale étant d'une rareté assez grande : cependant, nous pensons que pour une partie des raisons précédentes jointes au siège profond de la tumeur, il

faut assigner à la hernie crurale de l'appendice, surtout lors d'étranglement, un pronostic plus sérieux que pour la même hernie de siège inguinal.

Prises donc en général, les hernies appendiculaires proprement dites sont graves : elles ne sont guère susceptibles de guérir par les moyens palliatifs et les bandages. Compliquées d'étranglements, elles offrent un maximum de gravité que lève heureusement l'opération bien conduite.

TRAITEMENT.

Ce que nous venons de dire en parlant du pronostic peut faire déjà présager qu'il n'y a pas lieu, le diagnostic supposé fait, de s'arrêter au traitement palliatif, c'est-à-dire par les bandages.

Examinons cependant ce que peuvent faire ceux-ci en admettant que le sujet est reconnu porteur d'une hernie appendiculaire pure. Après des tentatives de réduction qui échouent la plupart du temps, ou qui n'aboutissent qu'à refouler une portion d'épiploon dans l'abdomen, le chirurgien applique un bandage. Supposons même qu'il ait pu réduire la hernie du processus ; on ne peut espérer que le malade saura ou pourra faire tous les jours un taxis assez soigneux pour obtenir le même résultat : il faudrait donc admettre qu'il devra garder éternellement jour et nuit son bandage : et s'il le quitte, la hernie étant souvent petite,

parfois inappréciable même à un toucher exercé, il en viendra fatalement à cette pratique si dangereuse de l'application d'un bandage sur une hernie procidente, c'est-à-dire qu'il y aura compression douloureuse, qui forcera le malade négligent de la clientèle hospitalière à délaisser son bandage, ou le malade obstiné à le porter toujours, et quand même, d'où contusion chronique si l'on peut dire de l'appendice hernié, poussées de péritonite locale ou d'appendicite, et finalement irréductibilité qui amènera un jour ou l'autre des accidents qui hâteront l'opération.

Il ne faut donc guère compter sur l'application des bandages, et nous ne souscrivons pas à la conclusion de Brieger qui conseille d'intervenir de bonne heure quand des phénomènes alarmants apparaissent du côté de l'appendice. Sans doute, dans ces cas il faut intervenir de bonne heure, mais il est mieux encore de ne point attendre et de faire aussitôt le diagnostic porté, la cure radicale, en prévision des accidents possibles et qui menacent à tout moment.

Cure radicale. — La cure radicale est donc à notre avis le traitement de choix des hernies de l'appendice. Disons encore que nous la croyons le traitement de choix des hernies du cœcum, car celles-ci exposent aussi le malade à un danger particulier du fait de la présence fréquente de l'appendice dans le sac. La hernie cœcale est assez volumineuse ; le médecin la réduit et applique un

bandage. Le malade réduit aussi sa hernie et se déclare satisfait lorsqu'il a perçu par la sensation bien connue la rentrée de l'intestin dans l'abdomen : mais à ce moment même l'application du bandage est encore dangereuse car si l'appendice a une longueur anormale ce qui n'est pas rare, s'il a contracté des adhérences avec le sac, il reste prolabé après réduction de la presque totalité de la hernie et le port du bandage devient nuisible et dangereux comme dans le cas précédent.

Il n'est point d'ailleurs besoin d'insister ; la voie nouvelle dans laquelle est actuellement entrée la cure radicale des hernies avec sa mortalité à peu près nulle, beaucoup plus faible en tout cas que celle des hernies non traitées, commande plus que pour toute autre hernie le traitement opératoire des hernies de l'appendice.

Dès lors la cure radicale de ces hernies n'a plus comme contre-indications que celles d'ordre général applicable aux autres hernies, telles que âge trop avancé du sujet, présence d'une hernie volumineuse (si le cœcum y est contenu et que la réduction sanglante soit de possibilité douteuse), existence d'une tare organique ou d'une diathèse (diabète, etc...), qui assombrit le pronostic opératoire. Chez les très jeunes enfants cependant on peut espérer *après une* réduction exacte et complète dans un cas encore très hypothétique, on peut espérer obtenir la guérison sans intervention. Mais chez eux aussi les adhérences fréquentes au

testicule rendent souvent le taxis illusoire et peut être le mieux est-il encore d'opérer dès qu'il est bien avéré que la hernie est rebelle ou simplement difficile à réduire, et ce doit être le cas le plus fréquent.

Le procédé opératoire applicable à la cure radicale des hernies appendiculaires ou appendicocœcales (nous ne parlons plus des volumineuses hernies cœcales parfois difficiles à opérer) ne diffère pas très sensiblement de la cure radicale d'une hernie vulgaire. Supposons une hernie appendiculaire inguinale sans complication d'étranglement, il faut inciser le sac, et pour y parvenir l'incision parallèle au cordon spermatique partant au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal et se prolongeant plus ou moins bas sur le scrotum constitue la méthode de choix.

Le sac ouvert il faut en examiner avec soin le contenu : s'il y a épiploon il faut après en avoir dégagé les adhérences fréquentes le réséquer sur la plus grande étendue possible comme l'a recommandé Lucas-Championnière et pour ce faire l'attirer longuement par une traction modérée, lente mais continue : après ligature en chaîne, nœud de Tait ou de Felizet on sectionne le pédicule épiploïque qui remonte dans l'abdomen.

C'est alors qu'intervient une question délicate : que faut-il faire de l'appendice. Bien entendu nous supposons les cas où il est tout à fait normal. Faut-il le réduire ou le réséquer.

Il est évident que l'on peut donner pour ou contre des arguments divers : en faveur de la résection on invoquera la grande longueur de l'organe, la récurrence possible, les accidents qu'il peut provoquer après réduction telle que la torsion ou même l'appendicite.

Contre la résection, les partisans de l'abstention feront valoir que par la simple réduction on n'aura pas la cavité intestinale, que la cure est donc simple à proprement parler et qu'il n'y a pas à craindre l'infection péritonéale par la surface de section qui met au contact du péritoine la muqueuse septique de l'organe.

La question est délicate : si l'appendice est tout à fait sain, de longueur normale ou courte, si l'on procède à une résection totale du sac en fendant au besoin le canal inguinal suivant la méthode aujourd'hui classique de Bassini, on pourra éviter la résection de l'appendice qui demande la connaissance et la pratique d'une technique spéciale.

Mais, si l'appendice offre une grande longueur, s'il offre quelque trace d'inflammation même ancienne, des adhérences par exemple, s'il adhère au testicule ou si la paroi inguinale est lâche et si le chirurgien garde quelque doute sur la reconstitution intégrale parfaite des orifices inguinaux, il sera préférable de la réséquer.

En somme, la tendance actuelle porte les chirurgiens à la résection du pédicule (1), mais il ne

1. Opérer de bonne heure, lever l'étranglement, réséquer l'appen-

faut en aucun cas oublier que l'on crée ainsi par la section de son calibre une surface infectée et que la réduction du moignon d'appendice sans plus de précautions serait une faute.

Nous développerons plus loin, en parlant de la résection de l'appendice malade ou étranglé, la technique qu'il convient de suivre. Brieger admet que l'appendice tout-à-fait sain peut être réduit. L'appendice réséqué, on termine l'opération comme toute cure radicale de hernie par dissection minutieuse du sac pour éviter le cordon en général situé en arrière ; on pédiculise le collet que l'on a débarrassé de ses adhérences pour attirer largement le péritoine : on applique un nœud de soie solide suivant un des procédés précédemment indiqués pour la ligature du pédicule épiploïque et on résèque.

Il reste alors à reconstituer le canal inguinal s'il a été (et cela vaut mieux) débridé pour aborder plus haut le collet de la hernie ; on rétrécit par quelques points passés sur les piliers l'orifice inférieur du canal, et après hémostase soigné et antisepsie de la région et des pédicules on suture avec ou sans drainage suivant le tempérament chirurgical.

dice : telle est la conduite conseillée par Brieger. Cette intervention a fourni neuf guérisons complètes sur quinze cas : il y eut dans un cas persistance de fistule stercorale ; un résultat inconnu et quatre morts complètent le total : on peut s'étonner de ce chiffre élevé de décès : sans doute l'intervention a été tardive.

Il est bien entendu qu'on ne sacrifiera le testicule dans le cas d'adhérences appendiculo-génitales qu'à la dernière extrémité.

Hernie compliquée d'étranglement ou d'appendicite. — Dans ces cas la discussion n'est même pas possible, l'appendicite vraie d'un appendice hernié étant à peu près impossible à diagnostiquer cliniquement de l'étranglement appendiculaire, le chirurgien n'a même pas le loisir d'attendre pour opérer « à froid » entre deux poussées d'appendicite.

Non-seulement l'opération est de rigueur, mais il faut opérer très tôt, hâtivement, en se souvenant bien que l'étranglement appendiculaire offre comme la plupart des étranglements incomplets (pincement de brides épiploïques, pincement latéral) de ne s'accompagner que de phénomènes subaigus d'étranglement avec persistance du passage de quelques matières souvent, et des gaz presque toujours. C'est là un point sur lequel Thiéry a beaucoup insisté dans sa communication à la Société anatomique. S'il y a obstruction incomplète de l'intestin, et il ne saurait en être autrement dans l'étranglement appendiculaire pur, la rétention des matières et des gaz n'est point nécessaire pour faire porter le diagnostic d'étranglement puisqu'elle reconnaît alors pour cause bien plutôt l'atonie intestinale que l'effacement du calibre de l'intestin puisque celui-ci est partiel.

L'opération, nous le répétons, doit donc être hâtive : elle doit prévenir, si faire se peut, la perforation appendiculaire qui est précoce.

Le chirurgien est-il intervenu trop tard, y a-t-il déjà dans le sac un liquide séreux louche, ou même franchement fétide, fécal et même parfois gazeux, il faut se souvenir du précepte donné par M. Verneuil et ne pas aller plus loin, se bien garder de mobiliser l'appendice au point d'étranglement avant d'avoir fait une antiseptie du sac.

Dans ces cas, nous croyons avec M. Thiéry, que le sublimé et l'acide phénique surtout, si le contenu du sac est fétide, sont insuffisants. C'est au chlorure de zinc, auquel a eu recours ce chirurgien, qu'il faut donner la préférence et ne pas craindre de fouiller les moindres recoins du sac herniaire avec des tampons imbibés d'une solution très forte de cet antiseptique à 1/20 et même 1/10. C'est dans ces cas surtout qu'il sera prudent de drainer après l'opération.

Comment, l'antiseptie du sac une fois faite, faut-il se comporter à l'égard de l'appendice ; il faut d'abord l'attirer légèrement afin de constater son état au niveau du point étranglé, mais il faut se rappeler que souvent ce n'est pas au niveau du collet de la hernie que siège la perforation. Elle peut, comme dans le cas de Thiéry, être située beaucoup plus bas, parfois même au niveau de l'extrémité terminale de l'appendice, et ce n'est pas

un des faits les moins curieux de l'évolution de l'étranglement de cet organe.

Cette constatation faite, ou bien l'étranglement était récent et l'appendice peut être regardé comme à peu près sain, ou bien il est nettement malade, soit perforé, soit sphacélé et feuille morte au-dessous du point étranglé, ou bien encore en état d'appendicite, violet ou vascularisé. Dans la seconde occurrence il n'y a pas d'hésitation possible, il faut le réséquer. S'il est supposé sain nous pensons encore qu'il faut se comporter de même : l'appendice est un véritable *locus minoris resistentiae* et toute altération de structure même légère peut retentir plus tard profondément sur son fonctionnement : mieux vaut donc le réséquer. Ainsi nous admettons que la plus légère lésion même au début commande la résection de l'appendice dans la cure d'une hernie non compliquée ; après étranglement même en dehors du sphacèle et de la perforation la résection devient pour nous la règle.

Il nous reste donc à étudier où doit porter la résection, comment elle doit être faite ; ce qu'il faut faire du moignon l'appendice une fois réséqué !

Où doit porter la résection de l'appendice ? Il y a lieu de distinguer, pour répondre à cette question, les cas où la cure radicale est faite pour hernie non étranglée et ceux où il y a étranglement.

Dans le premier cas nous avons vu quelles

devaient être les indications de la résection de l'appendice. Si l'on se décide à le réséquer il y a avantage à le réséquer largement car c'est se prémunir contre la récurrence possible surtout si l'appendice offre une grande longueur : on supprime d'ailleurs du coup un organe dont le rôle pathologique, même lorsqu'il ne quitte pas la cavité abdominale, est beaucoup plus important que les fonctions physiologiques.

On pourra donc attirer par une traction lente et soutenue le processus vermiforme jusqu'au moment où il ne pourra plus se mobiliser : si l'on a le choix et que l'on puisse apercevoir le cul-de-sac cœcal, c'est à 3 ou 4 centimètres du point d'implantation de l'appendice qu'il faudra opérer la section.

Si l'appendice est étranglé et qu'il n'y ait pas de doute sur les avantages de la résection c'est le lieu d'étranglement qui guidera le chirurgien : c'est toujours au-dessus et de préférence notablement au-dessus du niveau de l'étranglement que l'appendice sera réséqué ; à 3 ou 4 centimètres de l'extrémité cœcale si cela est possible ; en un point plus rapproché encore si le niveau de l'étranglement nécessite cette dérogation à la règle du choix du lieu de section.

Dans son observation M. Thiéry dit, qu'attirant peu à peu l'appendice, il s'est laissé entraîner à le réséquer au ras même du cul-de-sac cœcal : comme il le reconnaît lui-même, il y a quelque

inconvenient à pratiquer si haut la résection : le fil de ligature peut ne pas tenir ; la paroi plus mince de l'appendice peut être sectionnée par les fils ou encore la distension cœcale peut favoriser la perforation : il y a donc lieu de songer à ces complications possibles, et de s'en tenir à la résection partielle mais toujours pratiquée largement.

La résection de l'appendice doit, cela va de soi, être accompagnée de la recherche de corps étrangers s'il y a lieu et d'exploration minutieuse du sac.

Comment doit être faite cette résection ? Nous répondrons : avec toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses, et sans oublier ce fait que la section porte sur la cavité appendiculaire même, et par suite peut provoquer l'infection des parties voisines par contact avec la muqueuse elle-même infectée.

Divers procédés ont pour but de remédier à ce danger, et nous ne pourrions mieux les comparer qu'à ceux que l'on a publiés pour traiter antiseptiquement le moignon du pédicule toujours infecté par la présence de la cavité de la trompe, dans l'extirpation des salpingites.

Le procédé suivant nous paraît à l'abri de tout reproche : placer deux fils de soie solide, le premier *mollement serré* parce qu'il ne coupe pas au niveau du point où sera faite la section. Sectionner alors et traiter la coupe de l'appendice, soit par le thermo-cautère, comme si on voulait faire pénétrer la pointe de l'instrument dans la cavité

de l'organe, ou bien en l'absence du thermo, désinfecter le moignon à l'aide d'attouchements au chlorure de zinc 1/10.

Certains auteurs, et Pollosson adopte cette opinion, ont conseillé de joindre à ces précautions, la suture à deux étages de la surface de coupe de l'appendice : un plan muco-muqueux et un séro-séreux : cela est bien délicat et prolonge l'opération peut-être sans grand bénéfice, si bien que nous pensons que l'on peut supprimer ce dernier temps opératoire si le thermo-cautère a été bien manié (1).

Ce n'est pas tout encore : l'appendice étant réséqué, que faut-il faire du moignon ? Les uns craignant la chute du fil ou la perforation de l'organe, conseillent de le fixer à l'orifice du canal inguinal, pour rendre extra-péritonéale, si elle se produit, la perforation ; la plupart des auteurs conseillent la réintégration dans l'abdomen.

Il faut être éclectique : si l'appendice était sain, si le moignon a été bien désinfecté, il faut réduire ; mais si le moignon d'appendice restant peut être

1. Brieger recommande pour la résection de l'appendice le procédé manchette de Mikulicz, sectionner les tuniques séreuses et muqueuses et en dégager une manchette de 1/2 centimètre, puis inciser la muqueuse : faire ensuite deux plans de suture à la fois réunissant d'abord la muqueuse, puis la manchette séro-musculaire. L'occlusion serait ainsi plus parfaite que par la réunion simple ou la ligature.

considéré comme suspect, si surtout l'on a attiré dans le sac une portion saine d'appendice mais qui pendant les manœuvres de la résection, a pu baigner dans les liquides d'un sac contaminé par la perforation consécutive à l'étranglement, on peut, il vaut même mieux ne pas trop compter sur la désinfection au chlorure de zinc, bien que celle-ci soit possible et se résoudre à ne pas refouler le processus dans la cavité abdominale. Tout en enfreignant ce précepte, M. Thiéry a pu obtenir un beau succès : le sac préalablement infecté suppura mais l'appendice réduit dans l'abdomen resta aseptique, ceci prouve que rien n'est absolu et que nous ne pouvons que donner des indications générales que le chirurgien peut modifier à son gré suivant ses besoins, et faut-il l'avouer aussi, un peu suivant son tempérament chirurgical.

Nous nous sommes déjà étendus sur le drainage de la plaie extérieure en matière de scrotum, l'hématome pariétal est toujours possible si l'hémostase n'est pas rigoureusement parfaite ; il est donc prudent de mettre un drain, c'est encore une affaire de tendance et d'hémostase, mais ce drain qui restait facultatif en cas de hernie non compliquée, devient forcément indiqué s'il y avait phénomènes septiques du sac, sérosité louche, pus fécal ou gazeux au moment de l'opération.

Les éléments d'appréciation manquent encore pour juger sainement avec vastes statistiques à l'appui les résultats de l'intervention. Cependant,

de la lecture des observations, il résulte que les suites sont ordinairement favorables et simples. Je sais bien que les auteurs ont plus de tendance à conclure une observation par guérison, « Recovery » qu'à la publier lorsqu'elle a été défavorable, mais comme il n'y a pas de raisons pour que cette cure radicale soit plus grave que celle d'une autre hernie que le seul motif qui puisse être invoqué pour aggraver le pronostic opératoire, soit l'infection par le moignon de l'appendice, nous pensons que toute opération bien conduite doit être suivie de guérison.

Les observations que nous avons pu consulter nous confirment dans cette opinion. A ne considérer que les plus récentes, c'est-à-dire celles qui datent de la période antiseptique, nous relevons les faits de Bui, Schmidt, Schwartz, Pollosson, Zdekauer, Delorme, Thiéry, Lyot, qui ont exclusivement rapport aux hernies de l'appendice seul, soit en tout quinze observations certaines d'appendicocèle pure dans lesquelles le résultat de l'intervention a été favorable, et si l'on réfléchit que dans plusieurs de ces cas la hernie, d'abord méconnue ou négligée, n'a été opérée qu'à la suite d'accidents d'étranglement ou d'inflammation comme dans les cas de Bui (inflammation) et de Thiéry (étranglement avec perforation), qui peuvent être considérés comme des types, on ne peut que reconnaître l'efficacité de l'intervention avant ou pendant les accidents, parfois même après lors-

qu'une première poussée inflammatoire a été suivie de la production d'adhérences.

Cependant, les quatre morts signalées par Brieger à la suite de quinze interventions infirment la bénignité du pronostic : c'est qu'il intervient toujours une condition essentielle de succès : opérer de bonne heure.

Il en est de même des résultats thérapeutiques et des succès opératoires lorsque la hernie est, soit iléo-appendiculaire, soit cœco-appendiculaire, comme dans le cas compliqué de tumeur relaté par Jossierand, dans celui de Chipault, celui du *Traité de chirurgie*, ceux de Hedrich, de Snow, Rubino dont plusieurs font partie des 22 cas relatés par Brieger : la guérison est constante et les seuls accidents relatés disparaissent comme dus à des fautes d'antisepsie.

En résumé et pour clore ce chapitre de traitement avec Brieger, avec Pollosson, dont nous ignorons le travail récent (23 mai 1893), avant d'écrire ces lignes, nous croyons que la hernie appendiculaire est justiciable de la seule cure radicale qu'il faut, non plus accorder, mais conseiller au malade.

Avec ou sans résection de l'appendice si celui-ci est court et sain, avec sa résection s'il est long, adhérent, ou que l'appendicocèle ait donné lieu à des poussées inflammatoires, l'opération sera toujours suivie de succès opératoire et de résultat thérapeutique complet, c'est-à-dire sans port ultérieur

de bandage si le sujet est jeune et la paroi abdominale résistante ; dans quelques cas cependant comme dans un de ceux réunis par Brieger il pourra y avoir fistule stercorale consécutive qu'il faudra ultérieurement traiter.





CONCLUSIONS

Anatomie. — Les causes anatomiques du prolapsus herniaire de l'appendice résultent surtout : 1° de son manque de fixité ; 2° de ses anomalies de situation ; 3° de ses anomalies de longueur, en ce qui concerne les hernies essentielles ; et 4° de ses adhérences normales ou accidentelles avec les organes voisins, en ce qui concerne ses hernies secondaires ; 5° enfin de la persistance du canal vagino-péritonéal.

Etiologie. — Ces hernies sont plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'alors, et il est à présumer que beaucoup restent méconnues faute de symptômes d'étranglement. Elles sont le plus souvent inguinales, parfois crurales, rarement scrotales.

Signes et diagnostic. — Les signes en sont peu nets et sont surtout tirés des complications. En dehors de l'étranglement elles peuvent être méconnues ; cependant la présence dans un sac de her-

nie présumé d'un cordon dur, arrondi, douloureux qui n'est pas le cordon, doit y faire songer.

S'il y a étranglement il faut toujours y songer chaque fois que dans une hernie inguinale ou crurale droite, étranglée, les phénomènes d'étranglement ne sont pas très accusés.

On les confondra surtout avec l'épiploïte et les funiculites, ou même des adéno-phlegmons suppurés : elles peuvent passer inaperçues au milieu d'une volumineuse épiplocèle.

Complications. — Elles peuvent se compliquer outre la présence d'un autre organe :

A. — D'adhérences fréquentes (au sac, au testicule, à l'ovaire, etc.), et d'épiploïte.

B. — D'irréductibilité.

C. — D'étranglement.

D. — D'appendicite et de présence de corps étrangers.

E. — De phénomènes généraux, tels que l'éclampsie.

Pronostic. — Ce sont des hernies graves à cause de la fréquence des lésions de l'appendice hernié, appendicite, etc. Elles sont d'autant plus graves qu'elles sont plus longtemps méconnues.

Traitement. — 1° Le port d'un bandage est la plupart du temps illusoire et même dangereux ;

2° L'opération de choix est la cure radicale ;

3° S'il y a étranglement il faut opérer *de bonne heure* sous peine de perforation de l'appendice et d'infection précoce du sac ;

4° Il faut encore opérer au plus tôt chaque fois que sans étranglement proprement dit il y a lésion primitive de l'appendice indépendante de la hernie appendicite ou présence de corps étranger ;

5° La cure radicale donne un succès thérapeutique parfait.

Manuel opératoire. — A. — La cure radicale de l'appendicite doit être conduite comme dans le cas d'entérocele vulgaire. L'opération comprendra la résection de l'appendice si celui-ci est fort long ou altéré.

B. — S'il y a étranglement vrai il sera toujours prudent : 1° de procéder à une antiseptie soignée du sac au chlorure de zinc ; 2° de réséquer l'appendice à 3 centimètres au moins de son point d'implantation cœcale.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Communiquée par M. Thiéry.

Des cas d'obstruction incomplète par pincement latéral dont l'étude anatomo-clinique et la symptomatologie offrent quelques particularités, il faut rapprocher ceux où un diverticule naturel de l'intestin, l'appendice iléo-cœcal, se déplace et vient constituer la hernie.

Ces cas sont-ils fréquents ? Nous ne le pensons pas. Nous avons déjà opéré et vu opérer bien des hernies étranglées ou non ; nous avons interrogé M. Lucas-Championnière dont on connaît la grande expérience en cette matière ; nous n'avons jamais vu, il n'a jamais rencontré l'appendice iléo-cœcal isolé dans un sac de hernie.

Sans doute des recherches bibliographiques très étendues pourraient montrer que le cas n'est pas unique, il est néanmoins fort rare et il est facile de comprendre qu'il en doit être ainsi ; l'appendice doit alors présenter une longueur inaccoutumée et doit être presque infailliblement suivi par le cœcum. Or, dans le

cas que nous venons d'opérer récemment, nous insistons sur ce fait :

1° Que l'appendice était seul hernié ; 2° que le cœcum n'avait jamais pu franchir l'orifice inguinal tellement étroit qu'il produisit l'étranglement de l'appendice.

Nous ne rapprochons pas et à dessein de ce cas rare ceux où l'appendice hernié faisait partie d'une hernie cœcale. M. Reclus, dans la séance du 15 juin 1892, en présentait un exemple à la Société de Chirurgie.

« L'appendice faisait partie d'une hernie douloureuse. J'ai fait la cure radicale et la résection de l'appendice qui était volumineux, comme en érection et contenait deux corps étrangers. »

Nous trouvons dans le travail récent et complet de M. Clado sur l'appendice cœcal l'indication d'une hernie opérée par le Dr Lyot ; l'appendice était adhérent au testicule. Ce cas se rapproche un peu du nôtre ; nous ne savons si le cœcum était dans les bourses (cela est probable), ni si l'appendice fut réséqué.

Voici maintenant notre observation à laquelle nous donnons le titre « appendicocèle », néologisme que l'on pourra nous reprocher, mais qui a le mérite de bien indiquer la nature de la hernie composée en totalité par le seul appendice cœcal.

Z..., sujet russe, propriétaire de restaurant, âgé de 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Verneuil, le 17 avril 1892. Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 8 mois, il remarque dans la région inguinale droite, l'apparition d'une petite tumeur dure qu'il prend d'abord pour un ganglion. Elle est indolente, réductible, dit-il, à ce moment. On lui conseilla le port d'un bandage.

Il y a trois jours, il est réveillé brusquement la nuit et se lève en toute hâte sans prendre la précaution d'appliquer son bandage.

Immédiatement douleur poignante dans toute la région inguinale apparue au moment où il sautait du lit, la tumeur de l'aîne devient douloureuse ; une compression énergique fait disparaître la tumeur, mais au moment où le malade va à la selle, elle apparaît de nouveau et reste cette fois irréductible. Un médecin appelé prescrit des bains, tente un léger taxis. Les vomissements, les nausées surviennent, et après avoir appelé un chirurgien en consultation, on décide d'envoyer le malade à l'hôpital, où je le vois aussitôt.

Pas d'algidité, assez bon état en général, mais éructations fréquentes ; cependant il a été à la selle encore hier, dit-il, et peu avant d'entrer à l'hôpital il a rendu des gaz.

Dans l'aîne droite, tumeur du volume du poing, dure, tendue, douloureuse, chaude et enflammée ; c'est une des plus volumineuses hernies étranglées que j'aie vues dans cette région. La question du *quid agendum* se présentait et ne laissait pas d'être quelque peu délicate en présence de ces signes d'obstruction subaiguë avec persistance du cours des matières. D'autre part, quel pouvait donc être le contenu d'une hernie aussi volumineuse, si ce n'était l'intestin, et comment expliquer la persistance de l'évacuation des selles et des gaz, puisque nous ajoutons peu de foi à l'évacuation du bout inférieur, toujours possible mais fort rare en clinique. Et d'ailleurs, n'y avait-il pas à craindre les dangers d'une expectation en présence d'une hernie, quelle qu'elle fût, étranglée depuis trois jours.

Aussi, éclairé déjà par quelque expérience antérieure de ces étranglements à symptomatologie incomplète, je n'hésitai pas à opérer la volumineuse tumeur.

Tout d'abord mon étonnement est grand : je m'attendais à trouver un sac volumineux avec péritonite herniaire, adhérences, etc. ; je rencontre des couches infiltrées, brunâtres, puis grisâtres, et stratifiées que je décortique à la manière d'une hémato-

cèle; je procède couche par couche; je résèque ainsi cinq ou six plis de tissus infiltrés, friables, comme fibrineux; le volume de la tumeur se réduit considérablement et au dernier moment je me demande ce qu'il restera pour constituer le sac, lorsque la sonde cannelée perforant un dernier plan sphacélé fait sourdre un liquide odorant, évidemment fécal, formé de sérosité péritonéale mélangée de matières et de gaz; j'agrandis alors l'incision qui me mène dans le sac infecté au milieu duquel je reconnais un faisceau filamenteux, sphacélé, putride, que je cherche à fixer par une pince, songeant alors à la présence possible de l'appendice cœcal. Avant d'aller plus loin je fais une antiseptie très soignée du sac, à l'acide phénique puis au chlorure de zinc, je taille et je résèque tout ce que je peux des tuniques infiltrées du scrotum en ménageant le canal déférent et j'excise du même coup le fourreau péritonéal allongé mais non spacieux qui entourait l'appendice.

Portant alors mon doigt vers le collet de la hernie je constate qu'il y a étranglement à l'anneau: je débride et M. Vassilief qui m'assiste, exerçant alors une traction sur le cordon filamenteux incarcéré, attire de l'abdomen et développe un long appendice cœcal: au moment où le cœcum est attiré ou cesse la traction; j'applique alors un fil de soie à la base de l'appendice, très près du cœcum (trop près du cœcum ainsi que je le remarquai depuis) et je fis la résection de l'appendice en totalité. Celui-ci mesurait près de 20 centimètres il était sain dans ses $\frac{2}{3}$ supérieurs, nettement étranglé par l'orifice inguinal à l'union du $\frac{1}{3}$ inférieur et du $\frac{1}{3}$ moyen, sphacélé au-dessous de l'étranglement et perforé à son extrémité, comme j'ai pu m'en assurer sur la pièce que je présente.

L'appendice réséqué, comment devais-je traiter son pédicule? J'ai dit que j'avais placé la ligature trop près du cœcum; à la rigueur, j'aurais pu réséquer l'appendice cœcal dans sa continuité,

puisque mon aide avait attiré de l'abdomen les 2/3 supérieurs absolument sains, peu importe d'ailleurs, mais devais-je le réintégrer dans l'abdomen, ou le fixer à la plaie scrotale dans la crainte d'une fistule stercorale ?

Ce dernier parti devait paraître le plus sage, cependant, désireux d'obtenir la cure idéale, sûr de l'antisepsie du moignon de résection, je réintérai dans l'abdomen après avoir assuré une simple ligature à la soie et sans cautérisation au thermo du moignon de l'appendice.

La plaie scrotale fut réunie par des sutures profondes au fil de Florence dont quelques-unes fixèrent des débris cellulaires à l'orifice inguinal, mais en prévision d'une antisepsie incomplète je laissai un drain dans la plaie. Pansement sec iodoformé. Les jours suivants, le malade va bien : alimentation liquide, toute douleur disparaît, régularisation des fonctions gastro-intestinales ; le malade s'alimente exclusivement avec du thé ; il en prenait dans son pays jusqu'à 30 et 40 tasses par jour. Cinq jours après, sa température monte un peu, je lève un peu le pansement ; il est complètement souillé d'un pus grisâtre, très abondant, que je prends au premier abord pour du liquide intestinal ; cependant il n'a pas d'odeur ; je supprime alors les points de suture sur toute l'étendue de la plaie cutanée dont je fais l'abstersion complète ; j'y trouve de nombreux lambeaux de tissu cellulaire sphacélé encore adhérent, mais ne puis déterminer s'il y a ou non communication intestinale ; c'est alors que je regrette d'avoir pratiqué l'excision de l'appendice aussi près de l'ampoule cœcale. Deux jours après, le pansement est fait de nouveau, aucune suppuration spéciale, la plaie est dans des conditions parfaites de réunion par seconde intention. Quelques lambeaux de tissu cellulaire s'éliminent encore, mais la plaie est belle et granuleuse, et il est certain qu'il n'y a pas eu fistule stercorale ; l'antisepsie de la plaie scrotale, presque impossible dans ces tissus phlegmoneux et infiltrés, avait été incom-

plète. Dès lors, l'observation peut être close ; la plaie granule rapidement sous l'influence du Vigo dont je me sers toujours pour provoquer l'épidermisation des plaies, et 20 à 25 jours après l'opération le malade quittait le service en état général et local parfaits.

Cette observation offre plusieurs points intéressants : elle démontre une fois de plus combien est pleine de surprises la kélotomie, à tel point qu'on a pu dire qu'une opération de hernie étranglée était toujours différente d'une autre. Outre les variations inhérentes à chaque cas clinique, elle démontre qu'on y peut rencontrer les organes les plus inattendus, et que le volume, le siège ou la nature de la tumeur ne donnent pas toujours des renseignements très précis.

Reichel (21^e congrès de la Société allemande de chirurgie, 1891), ne sectionna-t-il pas dernièrement, en opérant une hernie, un uretère prolabé dont il dut faire la suture ?

En ce qui concerne la hernie isolée de l'appendice, il faut reconnaître qu'elle doit être rare, à plus forte raison un étranglement. Le nôtre offrait une longueur inaccoutumée ; M. Clado cite cependant, sur l'affirmation de M. Lannelongue, des appendices de plus de 20 centimètres.

Que faut-il penser de sa situation dans le scrotum ? Était-il simplement prolabé ou adhérent au testicule comme dans le cas de M. Lyot. Cette dernière hypothèse est bien impossible si l'on réflé-

chit que la hernie était de date relativement récente.

Quelle était dès lors la cause de son passage à travers un orifice inguinal très étroit. Était-ce l'appendice, organe « éminemment voyageur » de notre maître, M. Farabeuf, ou l'organe assez étroitement fixé auquel M. Clado a assigné dernièrement dans son intéressant mémoire une place fixe dans l'abdomen, point de repère précieux pour sa recherche au milieu des adhérences.

Enfin ne peut-on penser que l'appendice de notre malade était pourvu d'un méso bien court et presque rudimentaire relativement à sa longueur considérable ?

Ce n'est pas tout encore : il était intéressant de constater la perforation de l'organe qui a donné lieu à l'infection du sac : or, celle-ci siégeait non au collet d'étranglement, mais à l'extrémité même de l'appendice ; ce fait confirme donc la remarque faite par M. Darier à la Société de Biologie (séance du 29 avril 1892) quand il dit avoir vu des cas d'oblitération calculeuse avec ulcération, celle-ci siégeant au-dessous de l'oblitération. Dans notre cas nous n'avons pas trouvé, et sans doute il n'y avait pas de corps étranger.

En ce qui concerne le traitement, nous ferons remarquer l'excellent résultat que nous avons retiré de la ligature simple quoique faite très près du cœcum et de la réduction totale : n'avons-nous pas eu aussi à nous louer de notre prudent drainage qui a permis à la suppuration et au sphacèle

de ne pas fuser vers le péritoine, mais de se faire jour dans le pansement ?

OBSERVATION II (Delorme).

D... F..., 2^e soldat de la 22^e section d'infirmiers militaires, né à Lille, entré au service en 1890, est admis au Val-de-Grâce, service de M. le professeur Delorme, salle n^o 29, lit 36, le 14 mars 1893.

Il entre pour une plaie située au niveau de la tête du troisième métacarpien gauche, intéressant seulement la peau ; le tissu cellulaire sous-cutané et la gaine de l'extenseur.

L'histoire du malade se divise en deux parties : 1^o celle qui a rapport à la plaie pour laquelle il entre à l'hôpital et que nous ne ferons que résumer pour fournir une observation complète du malade ; 2^o celle qui a rapport à la hernie pour laquelle il a été opéré.

Première partie. — Le malade voulant ouvrir une fenêtre à la chambrée, fait un effort pendant lequel son pied glisse ; instinctivement, il porte sa main en avant pour se soutenir, mais la main passe à travers la vitre et il en résulte une plaie transversale de 1 cent. 1/2 environ, située au niveau de la tête du troisième métacarpien : il y a hémorragie notable : au fond de la plaie, le malade remarque lui-même un cordon blanchâtre sectionné qui n'est autre que le tendon : le doigt prend une position intermédiaire à la flexion et à l'extension.

Le 15 mars, à son entrée à l'hôpital, on constate que les mouvements d'extension existent mais qu'ils sont notablement affaiblis ; la plaie est débridée au bistouri ; elle siège au niveau de la tête du troisième métacarpien au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, elle intéresse la peau, le tissu cellulaire

sous-cutané et la gaine du tendon ; la section du tendon extenseur est incomplète et ne consiste qu'en une perte de substance superficielle.

La continuité du tendon étant évidente, il n'est pas besoin de faire de suture : M. Delorme procède au nettoyage antiseptique de la plaie avec lavage à la solution phéniquée forte ; la peau est suturée par trois points : pansement sec à la gaze iodoformée.

Nous n'insisterons pas autrement ; le premier pansement avec ablation de la suture est fait le 28 mars : le 10 avril, le malade est guéri et a recouvré la totalité des mouvements du doigt.

Mais M. Delorme remarque à ce moment qu'il est porteur d'une hernie inguinale droite justiciable de l'opération et le malade reste dans le service.

Deuxième partie. — Antécédents héréditaires. — Nuls : le malade est un enfant abandonné et n'a point connu ses parents.

Antécédents personnels. — Il n'accuse que la rougeole à l'âge de 10 ans, et depuis il a toujours joui d'une bonne santé. En 1890, il était soldat au 39^e de ligne et fut brusquement pris de coliques violentes qui nécessitèrent son admission à l'hôpital. Ces coliques durèrent deux ou trois jours, mais le malade n'a pu donner aucun renseignement sur le traitement qu'il a suivi.

Il est plus explicite sur les circonstances qui ont accompagné la production de cette hernie : étant de service à la buanderie, il fit il y a trois semaines un effort violent pour soulever une voiture chargée de linge. Brusquement, il ressentit une violente douleur au-dessous, dit-il, de l'hypochondre droit ; puis survinrent des coliques soudaines qui n'eurent point de durée.

Le malade continua cependant son travail, mais une heure après l'accident, il fut étonné de percevoir une douleur vive, par pression, sur l'abdomen d'une caisse de bois.

Le soir en se couchant il remarqua que la région de l'hypochondre droit était douloureuse lorsqu'il y exerçait une pression

avec la main ; les douleurs affectaient le type colique ; en même temps il percevait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur avait disparu le matin au réveil, mais après quelques minutes de station debout elle se reproduisait.

On prescrivit un bandage que le malade ne put supporter à cause des coliques assez vives qu'il provoquait.

Pendant quelques jours encore ce malade fit son service avec un bandage improvisé qu'il confectionna avec des chiffons, mais la tumeur restant douloureuse, principalement à la suite de la marche, de la fatigue, des efforts, cette tumeur augmentant parfois de volume le soir principalement, le malade demande une intervention bien que sa hernie se réduise spontanément lorsqu'il est couché.

Nous insisterons sur ce fait qu'il n'a présenté ni vomissements ni arrêt des matières : l'appétit reste excellent ; la digestion est normale et la constitution du sujet robuste.

Etat actuel. — Après avoir fait marcher quelques instants le malade pour rendre la hernie bien apparente nous constatons la présence d'une tumeur du côté droit, au dessus de l'arcade de Fallope, à 3 centimètres environ en dehors de l'orifice inguinal externe : elle est oblongue, présente un grand diamètre de 4 centimètres $1/2$ et un petit diamètre de 2 centimètres $1/2$.

Par les efforts de toux cette tumeur augmente un peu de volume et l'impulsion est nettement transmise au doigt.

En même temps toute la paroi antérieure du canal inguinal est soulevée et fait au moment de l'effort un relief très marqué au-dessus de l'arcade crurale.

La palpation est douloureuse et quand on explore minutieusement sa face antérieure on sent à ce niveau deux ou trois saillies linéaires obliquement dirigées en bas et en dedans : une de ces saillies est surtout nettement perceptible et donne au doigt la sensation d'une ficelle dure ; c'est le canal déférent qui démontre bien que les éléments du cordon sont situés en avant de la hernie.

L'orifice externe du canal inguinal admet facilement l'extrémité de l'index : cependant les piliers sont peu écartés : les dimensions de l'orifice sont surtout augmentées dans le sens de son plus grand diamètre.

La percussion de la tumeur révèle de la matité, mais si le malade fait un effort ou fournit une marche prolongée, la tumeur peut augmenter et devenir sonore.

L'état général étant parfait et rien ne contre-indiquant l'opération, celle-ci est pratiquée le 14 avril sous l'anesthésie chloroformique.

Après l'incision habituelle qui n'offre à mentionner que la forcipressure de nombreux vaisseaux, M. Delorme trouve en avant où l'on croyait avoir senti le cordon, un premier sac moniliforme, très adhérent, très épais, qui descend jusque vers le milieu du scrotum. En arrière et uni à lui se trouve un deuxième sac qui n'a plus comme le précédent les dimensions du petit doigt, mais qui à l'état de plénitude devait acquérir le volume d'une grosse noix.

En arrière de ce sac se trouvent le canal déférent et les vaisseaux du cordon.

La décortication du premier sac est faite au doigt : elle est longue et difficile mais possible. A l'ouverture de ce sac, on trouve dans son intérieur un organe moniliforme, à surface lisse, des dimensions d'un porte-plume, très adhérent en certains points à la paroi du sac ; en certains autres présentant seulement quelques fractures adhérentes ; M. Delorme reconnaît l'appendice iléo-cæcal, long de 15 centimètres que l'on peut libérer péniblement de ses adhérences jusqu'au-delà des limites du sac, jusque dans la cavité péritonéale.

J'en excise après ligature double et suture du pédicule, 10 centimètres et je réduis dans l'abdomen les 5 centimètres restant. La première ligature simple assez étroitement serrée, par-

taut à 3 centimètres au-dessous de la surface de suture. Après cautérisation de la muqueuse au thermo plongé profondément dans la lumière même du moignon d'appendice je fis une suture en surjet de ce moignon et malgré l'affrontement très exact des surfaces déjà avivées par le thermo-cautère, on place par précaution une deuxième ligature peu serrée à un travers de doigt de l'extrémité sectionnée.

M. Delorme constate une dernière fois que toutes les adhérences de l'appendice sont bien détruites, et il réduit l'appendice sans avoir pu attirer le cœcum.

Quant au second sac, nettement séparé du premier et dans lequel on trouve à la partie interne une masse épiploïque très épaissie et très adhérente, il fut traité par résection.

On libère les adhérences de la masse épiploïque que l'on réduit dans l'abdomen : sa vascularisation remarquable engage M. Delorme à ne pas la réséquer, mais avant réduction, elle est largement libérée de ses adhérences. L'artère épigastrique embrasse dans son anse ce deuxième sac.

Le doigt introduit dans le sac perçoit contre sa paroi postérieure les battements de l'artère iliaque externe.

En résumé, il y avait deux sacs : l'un externe, oblique externe, congénital, contenant l'appendice adhérent ; l'autre interne, surajouté, contenant de l'épiploon adhérent.

La paroi est réunie suivant la méthode de Lucas-Championnière : M. Delorme place 8 points de suture perdus sur les piliers de l'anneau qui est tellement rétréci qu'il devient imperceptible.

Suture superficielle, pansement iodoformé.

Suites simples : les selles sont normales : l'appétit reste excellent ; le malade ne souffre plus ; les fils de suture sont encore en place le 8 mai et le malade sort guéri.

OBSERVATION III (Le Dentu).

M. Le Dentu publie l'observation suivante dans ses *Cliniques chirurgicales* de 1892.

Mathurin Bast., homme de 33 ans, dit avoir toujours eu le testicule droit au niveau de l'aîne en même temps qu'une hernie devenue peu à peu de volume d'un œuf et mal contenue par un bandage. Depuis cinq ans le testicule est descendu au-dessous du pubis. Depuis vingt-quatre heures, la hernie s'est étranglée dans un effort. Elle est du volume d'un gros poing, très tendue, à pédicule allongé ; le testicule est isolable à sa partie inférieure.

La kélotomie pratiquée par M. Le Dentu, fit constater nettement la disposition suivante : Après incision des couches cutanées, on ouvre une enveloppe fibreuse épaisse, c'est la cavité vaginale contenant un peu de liquide, le testicule se voit à sa partie inférieure, elle remonte par son feuillet pariétal jusqu'au niveau du canal inguinal, et là elle se réfléchit sur la masse herniée qu'elle enveloppe complètement, sauf en arrière où elle forme à la hernie une sorte de méso, qui n'existe qu'un peu au-dessous de l'orifice inguinal. Ce second feuillet de la vaginale est incisé et on tombe directement sur les fibres musculaires de l'intestin.

Cette voie est aussitôt abandonnée par M. Le Dentu, et l'incision reportée un peu en dedans, ouvre le péritoine. La hernie apparaît constituée par *le cæcum et son appendice*. Or, le cæcum n'est pas entièrement revêtu du péritoine dans toute sa hauteur, la séreuse fait défaut en avant, et là il se trouve précisément adossé au feuillet réfléchi de la vaginale.

A part quelques difficultés de réduction, rien de particulier dans les suites opératoires.

OBSERVATION IV (Le Dentu)

L'observation suivante est aussi tirée des cliniques de M. Le Dentu (1892).

Il s'agit cette fois d'un enfant de quatre mois. La mère s'est aperçue trois jours avant de la présence d'une tumeur au pli de l'aîne de son enfant. Depuis il n'est plus allé à la selle et vomit immédiatement ses tétés. Il n'y a pas eu de taxis.

L'enfant est bien constitué, il n'y a que le testicule gauche dans les bourses. Le ventre est modérément ballonné.

Dans la région inguinale droite il existe une petite tumeur dure comme une bille, adhérente profondément. Elle est douloureuse, la peau est rouge à son niveau. A l'incision on découvre le testicule et l'épididyme absolument noirs. Ils sont surmontés d'une petite tumeur également noire, qui paraît être un hématome du cordon. En outre, un méso, très court que l'on voit partir du péritoine pariétal au niveau de l'anneau, le réunit à un petit prolongement mousse qui est vraisemblablement *l'extrémité de l'appendice vermiculaire*. Les deux tumeurs formées par le testicule et l'hématome sont enlevées après ligature de leur pédicule de l'appendice auquel ils étaient rattachés, réduit dans la cavité abdominale.

Suites régulières ; l'enfant immédiatement après l'opération a tété et est allé abondamment dans ses langes.

A la coupe, le testicule et l'épididyme sont infiltrés de sang, il y a une véritable injection interstitielle.



BIBLIOGRAPHIE

ANATOMIE

(La première partie de cette bibliographie est empruntée au travail de M. Clado).

Bérenger de Carpi (1524).

C. Estienne (1545).

Vésale (1543).

Vidus Vidius (1561).

Fallope (1561).

Laurentius. Constantinus.

Baulieu. — Anatomia corporis humani, 1605.

Verluyen. — Anatomia anatomia corporis humani, 1693.

Santorini. — Observationus anatomicæ (1724).

Morgagni. — Recherches anatomiques.

Mestivin. — Journal de médecine et de chirurgie, t. X (1759).

Salquey. — Journal de médecine et de chirurgie, t. XXXVI
(1774).

Portal. — Histoire de l'anatomie et de la chirurgie, 1773.

Sabatier. — Traité complet d'anatomie, 1691.

Ruffon, Masso, J. Hunter, Hallès, Currée.

Ovien. — Anatomie und physiologie (1806).

- Boyer.** — Traité d'anatomie (1810).
Marjolin. — Manuel d'anatomie (1815).
Bichat. — Anatomie descriptive (1823).
Longu Villermay. — Arch. gén. de méd., 1824.
Cloquet. — Traité d'anat. descriptive (1831).
Blandin. — Anatomie descriptive, 1838.
Malgaigne. — Anatomie chirurgicale (1838).
Galedschmidt. Nannigna. — Dissert. inaug. de fabrica et
funct. processus vermiformis cœcis. Grauninge (1840).
Coste. — Histoire ou développement des corps organisés.
Neckel. — Manuel d'anatomie descriptive.
Milne Edwardz. — Leçons de physiologie et d'anatomie com-
parées (1860).
Cruveilhier. — Anatomie descriptive.
Debierre. — Traité d'anat. descriptive (1891).
Richet. — Anatomie chirurgicale.
Duplay. — Archives gén. de méd. (1876).
Tillaux. — Anatomie topographique.
Trèves. — Anatomy of the intestinal canal and perit. Londres,
1885. Brit. méd. journal (1887-1890).
Tuffier. — Etude sur le cœcum et ses hernies (Arch. gén. de
méd. 1887).
Kaffit. — Revue méd. de la Suisse Romande (1888).
Maurice. — Thèse inaug. Paris, 1890.
J. Fergusson. — 200 dissections d'appendice. Th. interne.
Journ. of med. soc., janv. 1891.
Benoît. — Thèse inaug. Paris 1891.
Lockwood. — Les fossettes péricœcales ; position de l'appen-
dice vermiforme. Rapports avec la hernie rétro-périto-
néale. Journ. of anat. octobre 1892.
Clado. — Anatomie et embryol., etc., de l'appendice cœcal.
Soc. de Biol. Janvier 1892.

- Merling.** — Anatomie pathol. de l'appendice cœcal. Journal de l'expérience, t. I (1838).
- Luska.** — Archives f. pathol. Anat. und physiolog. (1861).
- Tuffier.** — Etude sur le cœcum et ses hernies. Arch. gén. des méd. 1887.
- Jonnesco.** — Hernies rétro-péritonéales. Th. de Paris, 1890.
- A. Bui.** — Hernie iléo-cœcale contenant l'appendice vermiforme. Opération. Guérison. Deutsche med. Wochen. 23 p. 543, 1892.
- H. Schmidt.** — Appendice vermiforme renfermant un corps étranger et contenu dans un sac herniaire (Münch. med. Woch., 17 p. 288).
- E. Schwartz.** — Hernie crurale étranglée et enflammée de l'appendice iléo-cœcal (Rev. gén. de chir., 20 p. 313).
- Gangolphe.** — Contribution à l'étude des hernies du gros intestin. Appendicite dans le sac herniaire (Lyon méd., 17 janv. 1892).
- Josserand.** — Tumeur de l'appendice vermiforme développée dans un sac herniaire inguinal gauche contenant le cœcum. Lyon méd., 3 janv. 1892.
- Chipault.** — Hernie du cœcum. Soc. anat. mai 1892. Traité de chirurgie. Hernie congénitale du cœcum et de l'appendice. T. VI, page 711.
- Medrich.** — Hernie du cœcum à gauche. Gaz. méd. de Strasbourg, 1889, XLVIII, 121-133.
- Zdekauer.** — Hernie de l'appendice vermiforme (Prager med. Woch., 2 juill. 1894).
- Jonnesco.** — Hernies internes rétro-péritonéales (et y compris hernies dans les fossettes péricœcales, 1 cas de mort de hernie iléo-appendiculaire). Th. de Paris 1890.
- A. Rubino.** — Un cas rare de hernie inguinale congénitale du cœcum et de l'appendice vermiforme. Kélotomie et

considér. anat. pathol. Sicilia medica, 1889, n. 11 et 12, p. 963.

Thiéry (Paul). — Appendicocèle inguinale.

— Bull. de soc. anatomique, 1891.

Lyot. — Observat. citée in trav. de Clado, 1892.

Reclus. — Société de chirurgie, 15 juin 1892.

— Hernie ombilicale iléo-cœcale. Bull. soc. anat., mars 1893, fascicule 8.

Le Dentu. — Cliniques de 1892.

Ribbert. — Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmforsatzes. Arch. f. pathol. Anat. und physiolog. CXXXII, 1893.

Feurer. — Eclampsie provoquée par une hernie inguinale du cœcum chez un enfant.

— Corresp. Bl. f. Schw aerzte. 1^{er} mai 1893.

Brun-Clarke. — Soc. chir. de Londres, 12 mai 1893.

Brieger. — Hernies de l'appendice vermiculaire. Arch. für. Klin. Chir., 1893. Bd. XLV, p. 892.

Pollosson. — Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal et son traitement. Lyon méd., 23 mai 1893.

Lafforgue. — Tumeurs primitives de l'appendice. Th. de Lyon, 1893 contenant les observations de Richelot-Kœrlé. Nové-Josserand.

Vulynack. — Contribution to the pathology of the vermiforme appendice. In-8°, X, 223 p. Londres, 1893.

Vu : le Président de la thèse,
DUPLAY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Historique.....	11
Anatomie normale du cœcum.....	14
Anatomie de l'appendice. Anatomie normale.....	17
Anomalies.....	31
Structure.....	33
Division des hernies de l'appendice.....	36
Hernies cœco-appendiculaires.....	43
Hernies appendiculaires proprement dites.....	46
Etiologie.....	46
Signes.....	48
Complications.....	50
Diagnostic. — A. des hernies non-étranglées.....	59
B. des hernies étranglées.....	60
Pronostic.....	66
Traitement palliatif.....	70
Cure radicale des hernies non étranglées.....	71
Kélotomie par étranglement.....	76
Son manuel opératoire.....	77
Résultats opératoires.....	83
Conclusions.....	86
Observations.....	89
Index bibliographique. — A. pour l'anatomie.....	103
B. pour la pathologie.....	103

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.