DE
L'APPENDICITE HERNIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 mai 1905

PAR

M. Louis PILLEBOUE

Né à Montpellier, le 13 janvier 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.	MM. JEANBRAU, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

AGRÉGÉ DE L'UNIVERSITÉ

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

L. PILLEBOUE.

INTRODUCTION

Le moyen de fixation le plus important de l'appendice iléo-cœcal dans la cavité abdominale est sa continuation avec l'intestin. Maintenu en place par un organe aussi mobile, on ne doit pas s'étonner de rencontrer l'appendice à tous les orifices naturels ou accidentels, qui peuvent donner passage à un sac herniaire.

Aussi, Rivet, dans sa thèse statistique, publiée en 1898 dans la *Gazette des Hôpitaux*, a-t-il pu réunir 94 observations de hernies appendiculaires. En les classant suivant leurs variétés diverses, il a obtenu la proportion suivante :

Hernies inguinales	63
Hernies crurales	28
Hernie obturatrice	1
Hernie ombilicale	1

Les 82 observations, recueillies et publiées par Naquet dans son travail inaugural, ont donné des résultats analogues :

Hernies inguinales.....	57
Hernies crurales	25

Les hernies inguinales se rencontrent donc deux fois plus souvent que les hernies crurales ; et Tuffier a montré qu'elles siégeaient généralement à droite, contrairement à l'opinion de Cruveilhier (*Anat. descriptive*, 5e édit., p. 151), pour qui l'appendice se trouverait avec une fréquence égale dans les

hernies inguinales gauches. Hedrich, dans 20 pour 100 des cas seulement, a rencontré des hernies gauches contenant l'appendice ou le cœcum.

Il arrive fréquemment que, soit pendant sa descente, soit surtout hors de la cavité abdominale, le froid, les traumatismes, le taxis, les bandages, la compression ou l'étranglement du sac herniaire exercent sur l'appendice une action fâcheuse et provoquent dans cet organe, mis par son déplacement en état de *minoris resistentiæ*, des phénomènes inflammatoires qui donneront naissance à une appendicite.

C'est le sujet de notre thèse. Elle nous a été inspirée par un cas d'appendicite herniaire opéré avec succès dans le service de notre maître M. le professeur Forgue, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous soit permis de le remercier tout particulièrement et de lui transmettre ici l'expression de notre reconnaissance très respectueuse.

Que M. le professeur Estor reçoive aussi l'assurance de nos meilleurs sentiments pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous ne saurions oublier également tous ceux qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, et, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine, qui nous ont instruit et guidé avec une bienveillance extrême pendant tout le cours de nos études.

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

ANATOMIE

Nous croyons utile, en commençant ce travail, de rappeler, aussi brièvement que possible, quelques notions sur l'anatomie de l'appendice.

L'appendice cœcal se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique plus ou moins flexueux qui s'implante sur la partie inférieure du cœcum. Sa longueur varie beaucoup, elle est en moyenne de 8 à 10 centimètres ; sa largeur, qui peut atteindre le volume du petit doigt, mesure généralement de 6 à 8 centimètres.

Chez le fœtus, l'appendice vermiforme s'implante sur le sommet de l'ampoule cœcale, mais par suite du développement considérable que prend la paroi externe du cœcum, le fond de l'ampoule se trouve entièrement formé par cette paroi à la fin de la période embryonnaire ; et de ce fait le point d'implantation de l'appendice se trouve reporté en haut et en dedans.

Situation. — On le rencontre le plus souvent dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, au niveau environ du détroit supérieur. Il est maintenu en position par un repli du péritoine qui lui forme une sorte de mésentère, et de ce fait a reçu le nom de mèso-appendice. Il n'est en réalité qu'une dépendance du feuillet inférieur du mésentère.

Direction. — La direction de l'appendice cœcal est très variable, suivant les cas où on le voit se diriger en haut, en bas, en dedans ou en dehors. Quand il est ascendant, il s'applique à la face postérieure du cœcum ; descendant, il croise le psoas-iliaque et s'engage dans le petit bassin où il se met en rapport avec les organes qui y sont contenus. Externe, il se couche sur la portion du fascia iliaque qui recouvre le muscle iliaque ; interne, il se dirige du côté de l'abdomen, vers les anses de l'intestin grêle.

D'après les observations de Lafforgue, élève de M. Testut, qui a soigneusement examiné l'appendice cœcal sur 200 sujets de tout âge, on trouve que le type descendant s'observe avec une proportion de 41,5 pour 100, le type ascendant dans la proportion de 13 pour 100, les types latéraux internes et externes avec celles de 26 et de 17 pour 100.

Comme on le voit, le type descendant est le plus fréquent, puis les variétés latérales internes, externes, et enfin le type ascendant qui constitue la disposition la plus rare.

Rapports du péritoine et de l'appendice. — Le péritoine se comporte au niveau de cet organe, absolument comme sur une anse d'intestin grêle, il l'entoure sur la plus grande partie de son pourtour, et s'adossant à lui-même au niveau d'un de ses bords, il forme un véritable méso, le méso-appendice,

qui rattache l'organe en question au cœcum, suivant une ligne qui s'étend de la base de l'appendice à l'angle iléo-cœcal. Plus haut, au-delà de cet angle, le méso-appendice se confond, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, avec le feuillet inférieur du mésentère, dont il n'est qu'une dépendance. Son sommet répondrait dans tous les cas, d'après Clado, au sommet même de l'appendice. Sur certains sujets cependant, le méso ne s'étend pas jusqu'à l'extrémité de cet organe ; cette extrémité est complètement enveloppée par la séreuse, et mesure de 1 à 15 millimètres. De ses deux bords, le bord cœcal adhère au bord supérieur de l'appendice, le bord libre concave et flottant dans la cavité abdominale répond à l'artère appendiculaire. Ce méso-appendice forme la paroi postérieure de la fossette cœcale inférieure. Comme tous les replis péritonéaux, il est quelquefois mince et transparent ; mais cette disposition est rare chez l'adulte, le plus souvent il est enveloppé par la graisse, qui, en se déposant entre les feuillets, le rend lourd et opaque.

Le repli iléo-appendiculaire est un ligament quadrangulaire, déterminé par l'artère récurrente iléale et par des faisceaux musculaires qui passent de la base de l'appendice sur le bord libre de l'iléon. Son bord supérieur s'insère sur le bord libre de l'iléon, souvent sur une assez grande étendue. Son bord inférieur s'insère sur la racine de l'appendice et la face antérieure du méso-appendice ; le bord droit (cœcal) s'insère sur la paroi interne du cœcum, entre l'angle iléal et la racine de l'appendice ; enfin, le bord interne gauche, libre et falciforme, se perd sur le méso-appendice, déterminant avec la paroi iléale, l'ouverture de la fossette iléo-appendiculaire de Luska.

Ces deux ligaments sont tout à fait impuissants à maintenir l'appendice immobile dans la cavité abdominale, leur lon-

gueur et leur laxité sont telles qu'elles lui permettent des déplacements dans tous les sens. Aussi, comme nous l'avons dit au début de notre travail, les véritables moyens de fixité de l'appendice sont-ils représentés par l'intestin lui-même ; sa mobilité, ses déplacements sont directement dépendants de l'intestin. C'est là l'explication la plus rationnelle de ses migrations lointaines et de ses changements imprévus de rapport, de situation et de direction.

HISTORIQUE

L'histoire des hernies de l'appendice est de date récente, et elle se confond presque entièrement avec celle des hernies du cœcum.

Morgagni est le premier, à notre connaissance, qui ait, vers 1750, signalé la présence de l'appendice dans une hernie. Scarpa, en 1812, dans son Traité, étudie cette question et fait admettre sans conteste, en France, que la hernie du cœcum et la hernie de l'appendice sont des hernies sans sac.

C'est aussi l'opinion de Cabaret qui, en 1842, publie dans le *Journal des connaissances médicales* une observation de hernie crurale de l'appendice.

Merling (1) groupe dans son ouvrage toutes les observations publiées avant lui sur les anomalies et les maladies de l'appendice iléo-cœcal. Parmi les observations qu'il a recueillies lui-même, il cite deux cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie. Dans le premier cas, la malade fut opérée et guérit ; dans le second, l'exiguïté de la tumeur qui ne faisait pas saillie à l'extérieur empêcha de reconnaître la cause des symptômes, et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva l'appendice gangréné dans le canal inguinal.

---

(1) Dissertatio inauguralis medica sisteno processus vermiformis anatomiam pathologicam autore.

Merling MCD Heidelberg, 1836.

Tammarelli (1), en 1833, opère avec succès, à l'hôpital de Milan, une hernie inguinale droite étranglée survenue chez une servante âgée de 78 ans, et qui était formée exclusivement par l'appendice cœcal.

Cependant, jusqu'aux travaux de Tuffier, aucun point particulièrement intéressant n'est à signaler dans l'histoire des hernies de l'appendice enflammé.

C'est au mois de juin 1886 que cet auteur fit sa remarquable communication à la Société anatomique antérieurement à Trèves, qui ne fit la sienne qu'au mois d'octobre à la Société pathogénique de Londres. Un an après, en juin 1887, Tuffier fit paraître, dans les *Archives générales de médecine*, son mémoire original sur les hernies du cœcum, où il démontra péremptoirement que la hernie de cet organe et de son appendice n'est pas une hernie sans sac ; la hernie sans sac est une exception, elle est due à une malformation congénitale.

Leménicier, élève de Tuffier, fit paraître, la même année, une thèse sur l'anatomie et le mécanisme des hernies accompagnée d'un certain nombre d'observations qui lui avaient été communiquées par M. Tuffier.

M. Berger, dans son *Traité de chirurgie*, fait remarquer « que l'appendice vermiculaire, quand il fait partie d'une hernie devient parfois le siège d'inflammation qui se communique au sac herniaire, d'appendicite qui se termine, soit par perforation, soit par suppuration, soit par la production d'adhérences qui fixent définitivement l'appendice cœcal dans la situation anormale qu'il occupe ».

---

(1) Annali unniversali di medicine, septembre 1833.

Mérignot de Treigny fait une place, dans sa thèse sur les hernies du gros intestin, pour celles de l'appendice iléo-cœcal. Davies Colley apporte un certain nombre de faits personnels, à l'aide desquels il démontre que l'appendice à lui seul peut constituer une hernie. M. Jonesco (1890) signale ces hernies dans sa thèse. Quelques cas intéressants d'appendicite herniaire sont signalés par M. Pollasson en 1887.

En 1892, la question est étudiée de plus près et fait l'objet de travaux et de monographies. On cherche à relier les cas et à établir des données d'ensemble. M. le professeur Le Dentu (1892) lui consacre plusieurs cliniques et en relate deux observations très détaillées. Nous citerons, pour mémoire, les travaux de M. Brie (1892), Lyst (1892), professeur Verneuil (1892), Reclus (1893).

C'est seulement à cette époque que le premier travail d'ensemble sur la question de l'appendicite herniaire fut publié par Brieger. Cet auteur a réuni toutes les observations, au nombre de 28, parues depuis le mémoire de Klein (1868).

Peu après, paraissent les études de Richelot et de Nicaise.

A partir de cette époque, les travaux se sont multipliés sur ce sujet. En 1894 paraissent à quelques jours de distance les trois thèses d'Alti, de Sauvage et de Rivet.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Avant de commencer l'étude de l'appendicite herniaire, nous allons essayer de rechercher quelles sont les causes qui ont pu entraîner l'appendice aussi loin de sa situation normale et par quel mécanisme la hernie a pu se constituer.

Comme toutes les hernies en général, celles de l'appendice reconnaissent des causes prédisposantes et des causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous distinguerons surtout le sexe et l'âge. L'influence du sexe paraît importante ; les hernies de l'appendice seraient, en effet, d'après les statistiques, deux fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. L'âge : la hernie appendiculaire apparaît à toutes les époques de la vie, mais principalement à partir de 30 ans. Une remarque importante est la fréquence relative de cette variété de hernie chez l'enfant ; elle est très commune dans le premier âge au-dessous de la dixième année, ainsi qu'en témoignent les tableaux suivants empruntés à la thèse de Rivet :

1 cas chez un enfant nouveau-né.
1 cas chez un enfant de deux jours.
1 cas chez un enfant de dix semaines.
3 cas chez des enfants au-dessous d'un an.
7 cas chez des enfants de 7 à 13 ans.

6 cas de 19 à 30 ans.
5 cas de 30 à 40 ans.
10 cas de de 40 à 50 ans.
13 cas de 50 à 60 ans.
9 cas de 60 ans et au-dessus.

Sauvage donne des chiffres sensiblement analogues :

1 cas chez un enfant de 1 an.
1 cas chez un enfant de 5 ans.
2 cas de 10 à 20 ans.
3 cas de 30 à 40 ans.
4 cas de 40 à 50 ans.
7 cas de 50 à 60 ans.
11 cas de 60 à 70 ans.

Les causes occasionnelles semblent être les mêmes que pour les autres variétés de hernies.

Les hernies de force se produisent quelquefois, un certain nombre d'observations ne permettent pas de mettre en doute leur existence, mais elles sont rares, même exceptionnelles. On comprend facilement qu'un organe aussi haut situé, de dimensions aussi restreintes, d'une mobilité extrême et presque sans rigidité, puisse difficilement refouler devant lui le péritoine pour faire hernie au dehors, à travers un orifice naturel ou accidentel de la paroi abdominale.

En revanche, les hernies congénitales sont assez fréquentes, plus fréquentes même que pourraient le faire croire les statistiques, la plupart des adultes mentionnés dans ces tableaux étant en effet porteurs de leur hernie depuis de longues années ; dans quelques cas même, son apparition remontait aux premiers mois après la naissance.

L'étude de la migration du cœcum et de l'appendice, pendant la période embryonnaire, dans la cavité abdominale, nous permettra de saisir d'une manière satisfaisante le mode

de production de ces hernies. Vers le sixième mois de la vie intra-utérine, l'appendice et le cœcum sont situés sous le foie, en rapport immédiat avec les glandes génitales. Que des adhérences, pour des raisons encore mal connues, viennent à s'établir entre ces glandes et l'appendice, nous le verrons alors suivre le testicule dans sa migration à travers le canal péritonéo-vaginal, et, chez l'adulte, nous pourrons trouver l'appendice, soit dans le canal inguinal, soit même dans le scrotum, s'il y a eu persistance du trajet vagino-péritonéal. En un mot, la majorité des hernies inguinales isolées de l'appendice sont des hernies congénitales, qui se sont faites à travers un orifice naturel dans un sac préformé pendant la descente du testicule auquel le reliait des adhérences.

Pour les hernies acquises, il faut invoquer d'autres causes, chercher un autre mécanisme. Chez les vieillards où elle est la plus fréquente, on doit surtout faire intervenir la ptose générale des viscères, le relâchement des parois abdominales permettant à cet organe très mobile de glisser au dehors. Chez les obèses, la surcharge graisseuse de l'organe et de son méso peut également contribuer à sa production.

Trèves incrimine l'excès de longueur du méso-appendice. Comme lui, Tuffier et Jonnesco pensent que le méso peut en se relâchant permettre à l'appendice des mouvements plus étendus et contribuer ainsi dans un grand nombre de cas à la production d'une hernie.

Le premier rôle revient dans d'autres cas aux proportions exagérées que peut présenter cet organe. Dans un certain nombre de hernies appendiculaires, on l'a rencontré mesurant le triple ou le quadruple de sa longueur normale. L'appendice peut alors, grâce à son allongement, s'engager sans trop de difficultés dans le canal crural ou le canal inguinal, parfois même il franchit la ligne médiane et vient faire hernie de l'au-

tre côté de la cavité abdominale (Observation de Charyan, Nantes, 1837).

Mais le facteur le plus important dans la production de ces hernies est la formation d'adhérences entre l'appendice et l'épiploon sous l'influence de poussées inflammatoires antérieures.

Inclus dans un sac herniaire, l'appendice peut y demeurer aussi normal que s'il n'avait pas quitté l'abdomen. Ces cas échappent, bien entendu, à tout diagnostic et constituent une curiosité pathologique sans intérêt pratique. Mais il arrive le plus souvent que le processus vermiculaire s'enflamme en réalisant le tableau clinique si saisissant de l'appendicite. Les travaux de ces dernières années ont bien mis en lumière cette nouvelle forme d'inflammation appendiculaire, entrée aujourd'hui dans le domaine de la nosologie, sous la dénomination d'appendicite herniaire. Nous allons examiner maintenant les causes qui peuvent influer sur la destinée ultérieure de l'appendice et nuire à cet organe sorti de la cavité abdominale et mis ainsi en état de moindre résistance.

Les causes déterminantes de l'appendicite herniaire sont celles de l'appendicite abdominale, en tenant compte toutefois que cette situation anormale crée pour l'appendice une cause d'inflammation plus facile. Très connues, nous ne les étudierons pas dans notre thèse.

Le froid, le taxis, les bandages et les corps étrangers comptent parmi les causes occasionnelles auxquelles beaucoup d'auteurs attachent une importance considérable dans l'inflammation de l'appendice hernié.

Malgaigne, dans son *Mémoire sur les étranglements*, comparait les hernies à de véritables baromètres et faisait jouer au froid un rôle capital dans l'inflammation herniaire. Son action est aujourd'hui bien contestée ; peut-être, dans des circonstances particulières, le froid peut-il soustraire un instant

à l'appendice une partie de ses moyens de défense, mais c'est là, semble-t-il, tout son rôle, et on voit qu'il est peu important.

Les traumatismes, et parmi eux les plus fréquents interviennent comme moyens thérapeutiques des hernies en général : le taxis et l'application de bandages sont les facteurs les plus importants dans l'inflammation vermiculaire. On comprend facilement quel peut être le résultat du taxis, de ce refoulement intempestif pratiqué non sur une hernie contenant l'appendice sain, mais sur une hernie irréductible renfermant l'appendicite en voie d'évolution, et quelle doit être l'aggravation consécutive de la phlegmasie. L'irréductibilité qui est la règle est généralement la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendice, rendu ainsi adhérent aux organes contenus dans le sac ou le sac lui-même.

La compression continuelle exercée par la pelote sur le processus vermiculaire qui ne peut se réduire par suite de ses adhérences, constitue d'autre part une cause de danger permanente.

Quant aux corps étrangers, ils n'interviennent, semble-t-il, qu'en lésant la muqueuse appendiculaire. La plus petite éraillure de cet organe si riche en tissu lymphoïde est une porte d'entrée ouverte aux microbes pathogènes qui peuvent exercer leur virulence sur cet organe, d'autant plus facilement qu'il a été traumatisé, et que son déplacement l'a privé d'une partie de ses moyens de défense physiologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement les enveloppes de la hernie, son contenu et l'état de l'appendice.

Enveloppes de la hernie. — Dans la constitution de la hernie appendiculaire, un fait attire tout d'abord notre attention : le sac peut être incomplet ou même faire complètement défaut. Déjà, en 1842, Cabaret avait, dans une observation célèbre, minutieusement décrit cette malformation.

« On sait, dit Tuffier, que le tube intestinal, cœcum et appendice, se développent au-dessous de la séreuse péritonéale. Si, sous une influence pathologique, le cœcum et l'appendice oublient de se recouvrir de cette enveloppe, l'intestin cheminera dans le tissu cellulaire iliaque, et pourra descendre toujours au-dessous du péritoine dans un des anneaux naturels d'où il sortira sans intéresser la séreuse ». Mais ces faits sont si exceptionnels que sur plus de 300 examens cadavériques tirés des statistiques de Bardleben, Trèves et Tuffier, on ne trouve qu'un seul exemple de ce développement extra-péritonéal.

Contenu de la hernie. — Le sac herniaire peut contenir seulement l'appendice iléo-cœcal. Il peut renfermer avec lui de l'épiploon en quantité variable. On peut y trouver enfin

une partie plus ou moins étendue du tube intestinal ; ce dernier cas étant en dehors du cadre de notre thèse, nous ne le mentionnons ici que pour mémoire.

Des adhérences de nature diverse et d'origine bien distincte unissent souvent la hernie aux organes voisins. Parfois l'on rencontre l'appendice adhérent par des liens fibreux non inflammatoires, dont l'origine remonte à la vie intra-utérine, au testicule ou à l'épididyme, qui l'ont entraîné dans leur descente. A côté de ces formations fibreuses résistantes, datant de la période embryonnaire, se forment avec une remarquable fréquence des adhérences glutineuses d'origine nettement inflammatoire qui rendent si difficiles, au cours d'une opération, la dissection des éléments de la hernie. Dans une observation du docteur Chapus, la hernie présentait des adhérences si intimes avec les vaisseaux fémoraux, que suivant l'énergique expression de l'auteur, pour les isoler il fallut sculpter pour ainsi dire les tissus.

Etat de l'appendice.— Ainsi enfermé dans une cavité anormale, placé dans des conditions nouvelles et généralement fâcheuses, l'appendice a pu cependant être rencontré quelquefois absolument sain, non modifié et tel qu'on eût pu le trouver dans la fosse iliaque, mais dans la majorité des cas il présente des altérations intéressantes.

Les inflammations dont l'appendice hernié peut devenir le siège, n'ont pas toutes la même gravité, aussi les examens opératoires et les études d'autopsie l'ont-ils montré atteint de façons bien différentes par la phlegmasie.

Une inflammation tout à fait subaiguë se traduit seulement par des adhérences immobilisant l'appendice au fond du sac et rendant impossible toute réduction sans l'aide du bistouri.

L'inflammation peut être plus prononcée, mais sans retra-

cer complètement le tableau anatomo-pathologique de l'appendicite proprement dite. On trouve un peu de congestion, l'appendice œdématié présente une consistance anormale, il offre au toucher une sensation de fluctuation vague, de rénitence. A la vue, l'organe est bosselé, contourné sur lui-même, de couleur rougeâtre, indiquant que dominent l'hyperhémie et la stase sanguine. Parfois l'appendice ne communique plus avec le cœcum que par un orifice rétréci constituant une prédisposition à la cavité close. Si le mucus des glandes appendiculaires, dont la sécrétion est exagérée par la congestion de l'organe, ne peut s'écouler aussi facilement au dehors par le fait du rétrécissement de l'orifice, il se produira une dilatation progressive du canal intra-appendiculaire. Carlo Javamelli, *Annali universelli d'Osmondi*, a trouvé l'appendice augmenté de volume, au point d'égaler les dimensions d'un segment d'intestin grêle.

Mais il arrive le plus souvent que la phlegmasie ne s'arrête pas à un stade aussi peu avance de l'inflammation appendiculaire, on a alors sous les yeux les altérations anatomo-pathologique de l'appendicite vraie.

Elles sont surtout caractérisées par les altérations du système lymphatique, les lésions de tous les autres éléments de l'appendice peuvent être considérées comme secondaires. L'inflammation folliculaire aboutit, dans la moyenne des cas, à la suppuration. Ces abcès, qui gagnent de proche en proche, détruisent devant eux les tissus et finissent par s'ouvrir, soit dans la cavité de l'appendice qu'ils transforment en une poche purulente, soit dans la cavité même de le hernie, qui se présente alors avec les apparences d'un véritable phlegmon. Le pus peut chercher à se faire jour au dehors, il se produira une ulcération s'il se propage vers le péritoine, il pourra donner lieu à une péritonite enkystée ou à une péritonite foudroyante, suivant la virulence microbienne et la résistance

organique. Après que la nécrobiose a envahi le tissu cellulaire environnant, et a abouti en dernière analyse à l'ulcération des téguments, il peut arriver que la continuation directe du canal appendiculaire resté ouvert avec le cœcum donne naissance à une fistule appendiculaire. Michaux en a signalé un cas, en 1896, à la Société de chirurgie.

SYMPTOMATOLOGIE

L'évolution de la phlegmasie, qui aboutit aux différentes formes anatomo-pathologiques que nous venons de décrire, fait revêtir à l'appendicite herniaire des modalités très différentes. Un malade se présente avec les symptômes d'une hernie étranglée ou d'un phlegmon scrotal. L'opération est nénécessaire, une intervention s'impose, le chirurgien la pratique, croyant avoir affaire à un cas des plus classiques, et il est tout étonné de ne pas rencontrer sous son bistouri les éléments ordinaires de la hernie. Tantôt c'est l'appendice isolé, tantôt c'est l'appendice adhérent à une masse épiploïque plus ou moins volumineuse qu'il découvre dans la plaie.

L'appendicite herniaire reproduit, dans la plupart des cas, le tableau clinique d'une entérocèle étranglée, ou la symptomatologie d'un faux étranglement déterminé par un pincement latéral de l'intestin. Un malade, porteur généralement d'une vieille hernie, qu'il maintient à l'aide d'un bandage, ressent brusquement et sans cause apparente au niveau de sa hernie une douleur très vive, exaspérée par la presion et les mouvements. La hernie augmente de volume, elle descend, au point que le malade se trouve dans l'impossibilité absolue de la réduire. Elle est tendue, empâtée, donnant un son mat à la percussion, la peau s'œdématie et devient rouge et chaude.

Les vomissements, d'abord alimentaires, puis porracés, enfin fécaloïdes, peuvent se produire.

La thérapeutique ordinaire : repos, diète, application de glace sur la tumeur est impuissante. Les symptômes généraux s'aggravent, mais deviennent rarement alarmants. Le malade ne présente pas le faciès grippé, la constipation n'est pas absolue, il y a encore émission de gaz par l'anus. La douleur n'est pas limitée au collet même du sac, elle est étendue à toute la hernie. Jamais d'hypothermie, la température, parfois normale, peut s'élever jusqu'à 41°. Mais il arrive parfois que le praticien ne s'arrête pas à ces symptômes nets de diagnostic ; son malade a un étranglement herniaire ; il faut promptement intervenir afin d'éviter toute infection péritonéale. L'opération est pratiquée, et l'on trouve un appendice enflammé entouré d'épiploon auquel il adhère.

Dans d'autres cas, l'inflammation appendiculaire détermine la formation d'un de ces phlegmons gangréneux du scrotum qui, d'ordinaire, reconnaissent une autre cause à cet endroit, et dont la gravité peut être telle que le malade succombe à cette complication.

Si de bonne heure des adhérences protectrices ne se sont pas produites au niveau du trajet inguinal qui, en protégeant le péritoine, ont isolé l'infection et l'ont localisée dans le scrotum où elle peut librement étendre ses ravages, des phénomènes de péritonite peuvent survenir. Cette forme particulièrement grave est heureusement la plus rare des modalités cliniques de l'appendicite herniaire.

Il est difficile, on le voit, de donner une description générale pouvant s'adapter à tous les cas. Nous nous sommes contentés d'exposer, dans une rapide esquisse, ce qui se passe le plus communément, tout en indiquant les différentes formes qui nous ont paru les plus importantes. Tracer le tableau complet de chacune des variétés sous lesquelles elle peut se présenter au praticien eût été superflu, et nous eussions fort risqué de nous répéter.

Sous ces aspects divers, trois symptômes essentiels, pathognomoniques, permettent cependant de la reconnaître et de porter un diagnostic exact. L'un est un symptôme local : la douleur ; le deuxième est d'ordre fonctionnel : liberté relative de l'intestin, persistance du passage des matières ou des gaz par l'anus ; le troisième est en rapport avec l'état général du malade : le thermomètre accuse une hyperthermie très nette.

Douleur. — Elle est le premier signe qui éveille l'attention du malade. Elle est d'ordinaire très vive, pouvant arracher des cris au malade, lancinante, exaspérée par la pression et les mouvements. Elle se distingue de la douleur de l'étranglement herniaire vrai, en ce qu'il n'existe pas de zone où elle soit nettement circonscrite ; elle répond à toute la surface de la hernie, et ne siège pas seulement, comme dans l'entérocèle étranglée, au niveau du sillon de constriction. Les irradiations sont fréquentes, et suivant le siège de la tumeur se font dans des directions variables ; névralgies intercostales dans les hernies diaphragmatiques, lombaires et crurales dans les hernies inguinales et crurales.

Persistance des matières et des gaz.— Dans la très grande majorité des observations publiées, la constipation n'est pas absolue, et l'on constate au moins l'émission de gaz par l'anus. La coïncidence de l'appendicite herniaire avec l'arrêt des matières et des gaz est liée soit à un étranglement concomitant de l'intestin grêle, soit à un réflexe paralysant l'activité de cet organe. Mais ces faits sont exceptionnels et les malades conservent généralement la liberté à peu près complète de leur intestin.

Température. — Les symptômes généraux s'aggravent rapidement dans l'étranglement herniaire. Le malade présente en peu de temps le faciès péritonéal ; le visage est pâle, les traits tirés, les yeux excavés, le nez pincé, le visage couvert d'une sueur froide et visqueuse. L'hypothermie s'affirme de plus en plus, et si une intervention rapide ne vient pas mettre fin à cet impressionnant tableau, ces graves accidents se terminent par la mort. Le malade atteint d'appendicite herniaire présente rarement, au début, un état général aussi alarmant. La température, normale les premiers jours, s'élève lentement ; elle peut atteindre jusqu'à 41°, avec de légères rémissions matinales présentant les oscillations caractéristiques d'une inflammation viscérale. Cette élévation de la température, la fréquence ordinaire du pouls doivent faire penser à quelque complication inflammatoire de la hernie, à quelque épiploïte ou à l'appendicite herniaire.

Si l'appendicite évolue seule, sans complications d'aucune sorte, la crise pourra s'amender, les phénomènes infectieux disparaître, et le malade reviendra à la santé. Mais que de craintes doit-on avoir si des accidents graves tels que l'étranglement, la péritonite généralisée, l'infection purulente viennent à surgir et à modifier le tableau de l'infection vermiculaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite herniaire présente de telles difficultés, écrivait Sauvage en 1894, que pas une fois dans nos observations, la hernie de l'appendice n'a été diagnostiquée avant l'opération.

Aujourd'hui, l'attention ayant été attirée sur ce point, un examen minutieux permet d'arriver, sinon à une certitude absolue, du moins à une somme de probabilités suffisantes pour éviter une erreur.

La phlegmasie que l'on confond le plus fréquemment avec elle est l'entérocèle étranglée. Le tableau que Gosselin a tracé de cette dernière affection rappelle à peu près traits pour traits la marche et l'allure clinique de l'appendicite. « Un malade porte depuis un certain temps une épiplocèle réductible ou devenue irréductible à la suite d'épiploïte et par formation d'adhérence . Tout à coup la tumeur devient plus volumineuse, si elle était réductible, elle ne se réduit plus ; elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques ; parfois même des nausées et des vomissements, dans certains cas même, la constipation». Mais ici les vomissements sont fécaloïdes, avec arrêt complet des matières et des gaz, la douleur est limitée au niveau du collet du sac, le pouls est filiforme ; le malade présente de l'hypothermie et du collap-

sus, et une aggravation rapide de tous les symptômes généraux.

Avec l'épiploïte, le diagnostic n'est possible que par la constatation nette des signes de l'appendicite, et c'est seulement dans ce cas que l'on pourra se prononcer. Une infection des ganglions de l'aine, un phlegmon scrotal pourront faire songer à une appendicite herniaire ; mais la palpation permettra de sentir sous les doigts l'engorgement ganglionnaire et la présence des phénomènes généraux excessivement graves qui accompagnent toujours le phlegmon scrotal permettront de faire le diagnostic.

Les mêmes considérations permettront de ne pas la confondre avec un abcès de la région crurale due à une inflammation ganglionnaire.

L'absence de modifications de la paroi abdominale, la douleur bien limitée au trajet qui se montrera épaissi à la palpation, et souvent la connaissance d'une maladie antérieure : uréthrite, orchite, cause de la phlegmasie actuelle, la distingueront de la funiculite et feront songer à cette dernière.

Bien qu'il soit ainsi quelquefois possible de reconnaître, avant toute intervention, une inflammation de l'appendice hernié, il arrive souvent qu'ignorant de la part qui revient à cet organe dans le processus inflammatoire, mais amené à intervenir par l'aggravation de l'état général, le praticien ne pose son diagnostic qu'au cours de l'opération.

TRAITEMENT

« Lorsqu'une appendicite herniaire, dit M. le professeur Estor, est diagnostiquée, il faut opérer sans tarder. Assurément dans l'appendicite, la guérison spontanée est possible par résolution si l'inflammation appendiculaire est légère, par suppuration et fistule pyo-stercorale chez les malades plus gravement atteints. Mais même lorsqu'on est en présence de ces deux éventualités favorables, on ne doit pas oublier que les sujets momentanément soulagés devront être opérés dans la suite, soit à cause d'une récidive, soit pour tarir une fistule pyo-scrotale. Aussi, il nous paraît plus sage de ne pas compter sur ces guérisons fort précaires et fort rares, et nous pensons que dès que le diagnostic d'appendicite herniaire est nettement établi, il faut opérer. »

En présence d'une hernie étranglée, présentant en même temps des symptômes d'inflammation, le chirurgien ne perdra pas un temps précieux à pratiquer le taxis, il interviendra. Dans cette intervention, divers cas peuvent se présenter. M. Lejars a remarquablement traité la technique opératoire de cette affection dans son Traité *la Chirurgie d'urgence*, nous allons le résumer ici.

On fait la kélotomie suivant la technique courante : en incisant le sac, on le trouve souvent très épais, composé d'un nombre considérable de feuillets superposés, d'un gris rougeâtre ou jaunâtre, infiltré de pus ; quelquefois il faut tra-

verser une véritable nappe phlegmoneuse pour l'ouvrir. Ce sont déjà des prémisses suspectes.

Une fois dans le sac, une triple éventualité pourra se présenter :

1° Il ne contient rien qu'une quantité variable de liquide louche gris rougeâtre, fétide ou manifestement purulent ; pas d'intestin, pas d'épiploon, rien. Remontez au collet, d'où le liquide continue à sourdre ; votre doigt seul reconnaîtra parfois, dans la profondeur, un cordon cylindroïde et plein, débridez, vous tomberez alors dans un foyer d'appendicite bas situé « à la porte » du sac herniaire que vous venez d'ouvrir. L'excision de l'appendice, le drainage par le sac et la réunion partielle complètent l'opération.

2° Après avoir du mieux possible détergé le sac, il faut débrider suffisamment le collet, pour se créer un accès libre dans le foyer profond, et pouvoir attirer et libérer l'appendice jusqu'à son insertion cœcale. Parfois il se présente par sa partie moyenne, son corps rougeâtre, distendu, malaisé à reconnaître, qui seul, infléchi en anse, a glissé dans le sac, alors que le bout libre est resté dans le ventre, au-dessous de l'anneau inguinal, où parfois il est perforé. On se fera du jour, et doucement du doigt on suivra l'extrémité remontante pour la décoller et l'extraire. L'ablation de l'appendice sera pratiquée ensuite, suivant la technique habituelle. Si les accidents sont de date récente, s'il n'y a pas de perforation appendiculaire, pas de liquide fétide et suspect dans le sac, on pourra faire la cure radicale et la réunion totale ; dans la plupart des cas, le drainage s'impose.

3° Avec l'appendice on rencontre dans le sac un segment épiploïque, de dimensions variables, d'ordinaire très adhérent, sur lequel on tombe d'abord au cours de la kélotomie. C'est après avoir décollé et soulevé la nappe ou le paquet épi-

ploïque qu'on aperçoit, tout au fond, autre chose : l'appendice inclus d'une longueur variable dans le sac.

L'intervention est toute tracée et devra consister : dans la ligature et l'excision de l'épiplocèle, dans l'extraction et la résection de l'appendice, qu'un débridement permettra de suivre jusqu'à la hauteur convenable.

Tous ces faits que nous venons d'indiquer se présentent, en général, comme des surprises ; encore faut-il reconnaître que la tumeur herniaire revêt des apparences un peu anormales, un peu suspectes, qui doivent mettre en garde ; de plus, le contenu du sac, après quelques tâtonnements parfois, ne tardera pas à révéler la nature exacte des accidents. On fera purement et simplement l'opération de l'appendicite dans le sac herniaire débridé.

CONCLUSIONS

1° L'appendice iléo-cœcal constitue assez fréquemment à lui seul le contenu d'une hernie.

2° Le mécanisme des hernies de l'appendice est complexe. Chez l'enfant, on doit faire intervenir une malformation embryonnaire ; elle est due généralement chez le vieillard à la ptose des viscères ou à la longueur exagérée de cet organe.

3° L'appendicite, complication commune du processus vermiculaire hernié, est produite par des causes infectieuses agissant sur un organe enflammé dans sa descente par des traumatismes ; frottements ou pressions d'un bandage sur une hernie irréductible.

4° Les symptômes sont : la douleur étendue à toute la hernie, la liberté à peu près complète de l'intestin, une température normale quand il n'y a pas d'hypothermie.

5° Le traitement de l'appendicite est exclusivement opératoire, on ne doit pas essayer de pratiquer le taxis.

6° De préférence, on doit réséquer l'appendice dans la crainte de complications ultérieures. On suturera la surface de section et on drainera.

BIBLIOGRAPHIE

SCARPA. — Traité des Hernies, 1812.
MERLING. — Thèse d'Heidelberg, 1836.
CABARET. — Journal des Connaissances médico-chirurgicales, 1842.
CARLO JAVAMELLI. — Annali universali Omodei, t 75, p. 430. Archives générales de médecine, 2e série, t. X, 1836.
MALGAIGNE. — Mémoire sur les étranglements, 1841.
TAMMABELLI. — Annali universali di medicine, sept. 1833.
GUERSANT. — Gazette des Hôpitaux, 1841, p. 314.
PISTORY. — Deutsch Klin. Berlin , 1850, t. II, p. 416.
MORSE. — Wiener med , n° 15, 1862.
BEAUMETZ. - Gazette des Hôpitaux, 1859, p. 462.
STEIGER. — Corresp. Blatt. für Schw. Aertze, avril 1879.
CHARGAN. — Journal de la Soc. de méd. de Nantes, n° 53, p. 133.
PICH. — The Lancet, 1880, t. I, p. 801
THOMPSON. — The Lancet, mai 1880.
TUFFIER. — Archives gén. de méd., 1887.
EDWARD SWASEY. — The med. record, 1881.
THIERY. — Bulletin de la Soc. anat., 1892.
DAVIES-COLLEY. — Gr. Hosp. Report, p. 429.
MERIGNOT DE TREIGNY. — Hernies du gros intestin, th, de Paris, 1886-87.
JALAGUIER. — Congrès de chirurgie, 1888.
RUBINO. — Sicilia med., 1889.
MONKS. — Bost. med. and surg Journal, 1890, p. 543.
JONNESCO. — Thèse de Paris, 1890.
PERRIN. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1890.
LE DENTU. — Comptes rendus Soc. biol , janvier 1892 Cliniques chirurgicales, 1890-91, p. 269.

GANGOLPHE. — Lyon médical, juin 1892.
GOSSERAND. — Lyon médical, janvier 1892.
NICHÉ — Thèse de Munich, 1892.
RECLUS. — Soc. chir., juin 1892.
RECLUS. — Bull. Soc. anat., mars 1893.
LAFFORGUE. — Thèse de Lyon, 1893.
OTTO FLOEL. — Centralbl. für chirurg., 1892, n° 11.
BRIEGER. — Arch. für Klin. chir., 1893, t. XLV, p. 892.
MAYOL. — Leisters und Schenkelheminen Wiener Klin. Runs-hau, 1895, p. 2.
POLLOSSON. — Lyon médical, 23 mai 1893.
SCHMIDT. — Munch. med. Woch., 17, p. 288.
SAUVAGE. — Hernies de l'appendice vermiforme, 1893.
RIVET — Hernies de l'appendice, appendicite herniaire, 1894.
ROUTIER. — Soc. de Chirurgie, 1896.
PÉAN. — Cliniques chirurgicales, t. VII, p. 697 et 708.
PILLIET. — Bulletin Soc. anat., 1898, p. 352.
SCHWAZ. — Centralbl. für chirurg, 1898, n° 28, p. 748.
ZAHRADNICKY. — Wiener Klein. Rundschau, 1898, t. XII, p. 669.
POTHERAT. — Soc. de chir., juin 1896.
BRIANÇON. — Thèse de Paris. 1896-97.
LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence, p. 644.
ESTOR. — Hernie étranglée chez le nourrisson. Revue de chirurgie, 1903.

OBSERVATIONS

Observation Première

Inédite. — Due à l'obligeance de M. le docteur Riche, chef de clinique. — Appendicite herniaire dans une volumineuse épiplocèle crurale irréductible.

La malade est une femme de 46 ans, entrée le 13 février 1905 dans le service de mon maître, M. le professeur Forgue, où elle occupe le lit n° 6 de la salle Dubreuil.

C'est une femme mariée, qui a eu 8 enfants et un avortement, et ne présente rien de particulièrement intéressant comme antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels.

Il y a quatorze ans, la malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noix, siégeant à la racine de la cuisse droite, dans la région inguino-crurale. Cette tumeur était apparue sans efforts, sans douleur, très longtemps après une couche. De consistance molle et dépressible, elle ne se réduisait ni spontanément, ni à la pression, au dire de la malade.

Restée stationnaire pendant 2 ou 3 ans, elle est vue ensuite par un médecin qui ordonna le port d'un bandage. Mais ce bandage ne put jamais contenir la tumeur. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'y a rien là qui doive nous surprendre.

La tumeur, dont le volume est restée sensiblement le même pendant 12 ans, a commencé à grossir, il y a deux ans, et a atteint à peu près le volume d'un œuf de poule.

Enfin, il y a deux mois environ, elle est devenue le siège de phénomènes inflammatoires très marqués, à la suite desquels la malade a été obligée de laisser définitivement de côté son bandage inutile.

Son volume s'était considérablement accru et avait atteint en peu de jours la grosseur d'une tête d'enfant. Le médecin traitant rapporte qu'elle était devenue très douloureuse à la pression, fortement tendue, recouverte d'une peau rouge et chaude. L'absence complète de troubles gastro-intestinaux, à peine un léger état nauséeux, fit éliminer le diagnostic d'étranglement herniaire, auquel on avait d'abord pensé.

Au bout de quelques jours, les phénomènes inflammatoires rétrocèdent, la peau reprend son aspect normal, et la tumeur diminue de volume, en restant cependant à peu près grosse comme un poing d'adulte. Une ponction exploratrice faite par le médecin traitant a ramené un peu de sang et une faible quantité de liquide légèrement citrin.

Quoique ne ressentant absolument aucun trouble fonctionnel, autre qu'un peu de gêne de la marche, la malade se décide à entrer à l'hôpital pour se faire enlever la tumeur.

M. le professeur Forgue voit la malade le 17 février. C'est une femme robuste, quoique petite, assez fortement obèse, à paroi abdominale flasque et évidemment fatiguée par ses neuf grossesses.

Elle nous dit ne ressentir actuellement aucun trouble fonctionnel, pas la moindre colique, ni le moindre tiraillement douloureux dans le ventre. Elle vient seulement, sur les conseils de son médecin, pour se débarrasser de cette tumeur, qui la gêne quelque peu.

La région inguinale est occupée par une volumineuse tumeur, dont le grand axe est parallèle à l'arcade crurale. Du volume d'un œuf d'autruche, elle mesure environ 15 centimètres dans sa plus grande dimension, 6 à 8 centimètres dans le sens vertical.

Elle est tout entière située au-dessous de l'arcade crurale, au-devant de laquelle cependant la flaccidité de la paroi lui permet de retomber. La peau, d'aspect normal, est très souple et très mobile à la surface.

La tumeur est dure dans son ensemble, plutôt rénitente en un point voisin de son pôle externe, on a de la fluctuation nette, immédiatement sous la peau. La surface en est grenue, lobulée, donnant, par places, la sensation d'un réticulum à grosses travées délimitant des sortes d'alvéoles ; on fait asseoir la malade, et l'on constate qu'elle est absolument mobile sur le plan musculaire pariétal.

La palpation profonde est rendue difficile par la surcharge adipeuse de la région. Cependant l'entonnoir fémoro-vasculaire paraît libre, il n'est pas possible d'y sentir un pédicule. En revanche, la palpation de la fosse iliaque droite montre que le rebord supérieur de la tumeur se prolonge un peu sous forme de nappe résistante, plutôt que de corde épiploïque.

On porte le diagnostic de vieille épiplocèle inguinale adhérente en raison du siège et des caractères de la tumeur.

On élimine rapidement les tumeurs du ligament rond et les fibromes de la paroi abdominale, car ici la tumeur est franchement extrapariétale et ne s'immobilise pas avec la paroi.

On discute également pour la forme, et sans s'y attarder, l'hydrocèle du canal de Nück, rare et qui n'a pas cette consistance.

L'opération est faite le 20 février par M. le professeur Forgue. Anesthésie à l'appareil de Vernon-Harcourt (chloroforme). Incision longitudinale, parallèle au grand sagittal du

corps et coupant obliquement le grand axe de la tumeur, qui est assez facilement libérée des plans celluleux.

On arrive ainsi jusqu'à un pédicule volumineux, qui s'enfonce manifestement dans la partie interne du canal crural, quoique la tumeur ait paru située en entier au-dessus de l'arcade crurale.

On extirpe la tumeur en masse après une dissection minutieuse de son pédicule, au centre duquel on trouve l'appendice seul et paraissant sain.

Appendicectomie. Ligature en chaîne du pédicule épiploïque. Ligature du sac.

Une suture en bourse rétrécit l'orifice crural.

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 22 mars.

Observation

(Inédite. — Communiquée par M. le professeur Estor.)

L..., âgé de 12 ans, domicilié à Pérols.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Sujet à s'enrhumer.

Ne s'est aperçu de sa hernie il n'y a qu'un mois et demi. A ce moment, la tumeur est devenue douloureuse ; elle atteignait les dimensions d'un œuf de poule et descendait dans le scrotum. Toute la surface de la hernie était douloureuse et la peau était rouge et chaude. Pas de température. Persistance du passage des matières et des gaz par l'anus. L'état général est resté bon. Un médecin appelé auprès du malade essaya inutilement le taxis. Au bout de quelques jours, les phénomènes inflammatoires disparurent et, à son entrée à l'hôpital, le malade présentait une petite hernie inguinale droite sans aucun caractère distinctif.

20 avril 1905. — Opération par le procédé habituel des fils métalliques croisés.

L'appendice a été trouvé seul dans le sac. On l'a réséqué.

9 mai. — Le malade est en parfaite voie de guérison.

Appendicites inguinales

Observation II

Phlegmon grangréneux du scrotum par appendicite herniaire. Fistule stercorale persistante. Intervention. Guérison. M. Morestin. Société de chirurgie, mars 1902.

Il s'agit d'un homme de 72 ans, Alexandre L..., fumiste, entré le 21 juin à l'hôpital Saint-Louis. Depuis plus de dix ans, on avait constaté chez lui l'existence d'une hernie inguinale droite, réductible, pour laquelle il portait un bandage. Les médecins et bandagistes qui eurent à l'examiner, ne lui firent aucune remarque particulière au sujet de sa maladie, et, selon toute vraisemblance, on crut toujours à une hernie absolument banale. Lui-même avait toujours éprouvé un réel soulagement au port de son appareil et se préoccupait seulement de le faire renouveler quand il était usé, n'ayant eu pendant cette longue période aucun accident du côté de sa hernie. Or, un mois à peu près avant son entrée à l'hôpital, vers la fin mai, il se produit, sans cause apparente, un léger gonflement de la bourse droite. La région est douloureuse, mais modérément. L... met simplement de côté son bandage, dont la pression est pénible et continue son travail. Les phénomènes inflammatoires augmentent pendant quelques jours, puis

survient une régression. Mais, après une courte accalmie, nouvelle poussée beaucoup plus bruyante et beaucoup plus grave. Dur à lui-même, et aussi fort négligent, L... laisse aller les choses et voulant « finir sa semaine » s'occupe encore la veille de son arrivée à Saint-Louis. Son état est alors des plus tristes et des plus alarmants. Il a passé une nuit mauvaise, extrêmement agitée, la température est de 39° et le faciès donne immédiatement cette impression défavorable qu'on éprouve en présence des grands infectés.

Le scrotum est gros comme une tête d'enfant de un à deux ans ; dans presque toute son étendue, il est noirâtre, d'un rouge sombre vers sa partie supérieure.

En divers points, la surface noirâtre est sillonnée de fistules et de craquelures dont les bords offrent une teinte verdâtre ou gris sale. Par ces solutions de continuité coule un liquide gris jaunâtre, sorte de pus mal lié et d'odeur absolument infecte. La pression, même légère, est fort douloureuse dans la partie encore rouge, et comme il fallait s'y attendre, presque insensible au niveau de la plaque noirâtre, évidemment mortifiée. Cette exploration révèle un signe autrement important : une crépitation fine indiquant la présence de gaz dans toute l'étendue du scrotum. Nous nous trouvons en somme en présence d'un phlegmon gangréneux, gazeux et diffus des bourses.

Il était moins aisé d'en établir le point de départ. Il n'y avait aucune difficulté de la miction, le malade n'avait jamais rien eu du côté des voies urinaires, le périnée était parfaitement souple et indolent, la verge n'était point tuméfiée ; il ne s'agissait donc pas d'une infection d'origine urinaire.

Le commémoratif hernie faisait plutôt songer à un de ces terribles phlegmons consécutifs à la gangrène herniaire. Cependant, il n'y avait eu et il n'y avait encore aucun signe

d'étranglement, le malade expulsant par l'anus gaz et matières et n'ayant pas vomi une seule fois.

Toutefois, l'exploration de la région inguinale à droite permettait de sentir une sorte d'empâtement profond ; si vague que fût cette constatation, on arrivait néanmoins à établir qu'il y avait une différence entre ce que donnait la palpation de ce côté et du côté gauche. Je fus alors amené à faire les trois hypothèses suivantes : pincement latéral de l'intestin, hernie d'un diverticule de Meckel, hernie de l'appendice ; l'un quelconque de ces organes était étranglé, perforé et avait déterminé l'infection du tissu cellulaire scrotal. Naturellement, je m'arrêtais plus volontiers à l'idée d'une hernie de l'appendice, en raison même de la fréquence relative avec laquelle on rencontre l'appendice dans les hernies droites. Je fis, séance tenante, d'énormes et multiples incisions sur le scrotum prodigieusement tuméfié, de manière à établir des tranches limitées par des sections méridiennes. Par toutes ces brèches s'écoulèrent du pus infect, un liquide roussâtre et s'échappèrent des gaz qu'on voyait sourdre de partout sous les nappes liquides. Une des incisions ouvrit la vaginale, qui se vida d'un contenu purulent et laissa voir le testicule couvert de fausses membranes gris verdâtre. Au milieu des tissus sphacélés, je ne reconnus point l'appendice, que d'ailleurs je me gardai bien de chercher longuement. Le patient n'avait pas été anesthésié; il n'éprouva pour ainsi dire aucune souffrance et nous laissa faire, indifférent à ce qui se passait.

Traitées par les pulvérisations phéniquées, les applications de poudre de Championnière, les plaies commencèrent bientôt à se déterger : la mauvaise odeur diminua, une grande partie du scrotum s'élimina par lambeaux, tandis que la fièvre tombait graduellement et que l'état général s'améliorait. On put enfin constater le déchet : la moitié droite des bourses était pour ainsi dire détruite ; de ce côté, le testicule restait

exposé. Il s'était couvert de bourgeons charnus et formait une saillie comparable à celle qu'on voit dans le fongus. Au-dessus et plus en dehors se voyait, au milieu d'une plaie couverte de bourgeons charnus qui s'étendait par en bas jusqu'au testicule et se confondait avec sa surface granuleuse, un petit mamelon, d'un rouge plus vif, déprimé à son centre et couvert d'un mucus glaireux. On reconnaissait sans hésitation dans cette éminence la muqueuse intestinale éversée, avec sa surface lisse et couverte de mucus, sa coloration spéciale. Un stylet s'y enfonçait à 10 centimètres de profondeur et pénétrait dans le trajet inguinal. En surveillant cet orifice, on vit sourdre de temps à autre des matières fécales solides et étirées en vermicelle. Puis, le malade ayant eu la diarrhée, des matières liquides coulèrent en abondance par ce pertuis. Peu à peu, la muqueuse s'éversant de plus en plus, le mamelon fit une saillie plus considérable, son volume étant comparable à celui du petit doigt. Ces constatations nous confirmaient de plus en plus dans cette idée qu'un diverticule de l'intestin avait été le point de départ des accidents. La saillie muqueuse, visible à l'extérieur, nous parut devoir être considérée comme le moignon d'un appendice dont l'extrémité libre se serait sphacélée et éliminée. Cependant, la plaie diminuait peu à peu. Vers le milieu d'août, elle parut avoir obtenu tout ce qu'on pouvait attendre du travail de réparation spontanée, elle n'avait plus que 5 ou 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large. C'était le moment de tenter quelque chose pour arriver à la guérison définitive.

Le 16 août, après avoir nettoyé avec une forte curette toute la surface du testicule et de la partie sous-jacente de la plaie, détruit toute la couche des bourgeons charnus, je procédai à l'opération suivante.

Le mamelon fut détaché par une incision circulaire libre, isolé, attiré, reconnu pour être un moignon d'appendice. Un

des premiers coups de bistouri ouvrit le sac herniaire, dans lequel était contenu cet appendice. Le sac descendait jusqu'au testicule. Le trajet inguinal incisé, l'appendice fut suivi jusqu'au cœcum. Il était extrêmement long cet appendice, long de 12 centimètres, sans préjudice du bout qu'il avait dû éliminer et du retroussis de l'extrémité restée adhérente aux ligaments. Il était gros come le petit doigt, réuni dans toute sa longueur à la face postérieure du sac et à la fosse iliaque par son court méso. Il s'élargissait progressivement à mesure qu'on se rapprochait du cœcum, et les deux organes se continuaient l'un avec l'autre sans ligne de démarcation extérieure appréciable. Le plus haut possible, je plaçai une ligature, sectionnai le conduit et enfouis un moignon sous un double surjet. La section avait porté, autant qu'on peut s'en rendre compte, sur la partie la plus élevée de l'appendice, ou même sur son insertion cœcale.

Puis je fis la dissection et l'extirpation du sac herniaire, suivie de la réfection de la paroi, en un mot, la cure radicale de la hernie.

Les suites furent très simples : ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni accident de suture. Le malade commença à se lever le vingtième jour. Il resta à Saint-Louis jusqu'à la fin de septembre et partit le 30 complètement guéri.

Observation III

Merling. Th. d'Heidelberg, 1836. — Hernie inguinale droite contenant l'appendice iléo-cœcal Mort. Autopsie.

Un carrier, qui n'avait jamais eu de hernie, fut pris d'accidents indiquant une occlusion intestinale. Le siège paraissait être la région de l'aine droite, mais l'examen le plus attentif ne révèle ni hernie ni tumeur. Le traitement médical échoua

et le malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva l'appendice iléo-cœcal étranglé dans une hernie inguinale : il était sphacélé.

Observation IV

Davies Colley. — Guys Hosp. Report p. 429.

M..., âgé de 58 ans, hernie inguinale droite datant de trente ans, irréductible depuis quelques jours ; le port du bandage est impossible. Phénomènes d'étranglement depuis quatre jours ; abdomen sensible ; ni selles, ni gaz. La réduction est possible en partie. La fièvre survenant, l'opération est décidée. Le tissu de la hernie est adhérent et derrière lui se trouve l'appendice vermiforme, de couleur rougeâtre en certains points, jaune en d'autres. Résection de l'appendice et des éléments de la hernie, ligature à la soie. Le malade succombe huit jours après l'opération. A l'autopsie, on constate de la péritonite aiguë ayant son point de départ à l'endroit de la ligature.

Observation V

Davies Colley.

T..., âgé de 47 ans, hernie fémorale droite, survenue à la suite d'un violent effort il y a quatre mois et réduite. Symptômes d'étranglement depuis cinq jours, collapsus, abdomen sensible, respiration stertoreuse. Opération. On trouve dans le sac de la hernie 60 grammes environ de sérosité et de peti-

tes nodosités ressemblant à un intestin adhérent à la paroi. Après l'incision de cette paroi, on trouve un liquide séreux, d'une odeur fétide, et, dans la cavité formée par la paroi, une enveloppe jaune de l'épaisseur du doigt, par l'ouverture de laquelle s'échappent les gaz de l'intestin. On fait alors le diagnostic de hernie appendiculaire. On réséqua l'appendice, on referma la plaie au catgut et le malade guérit complètement en deux mois.

Observation VI

Thompson. — The Lancet. Mai 1880.

Hernie inguinale droite. Symptômes d'étranglement. Dans le sac incisé, on trouve du pus et l'appendice enflammé, étranglé au niveau de l'anneau. Réduction. Mort au bout de cinq heures. Pas de perforation, pas de péritonite. Un sillon d'étranglement à l'insertion de l'appendice sur le cœcum.

Observation VII

Pick. — The Lancet. London, 1881, vol. I.

P..., âgé de 54 ans, portait depuis douze ans une hernie inguinale droite qui ne le gênait nullement ; il n'avait jamais même éprouvé le besoin de se servir d'un bandage.

Il y a cinq jours apparurent brusquement des symptômes d'étranglement. Suppression des selles et des gaz, nausées, vomissements. On essaya le taxis, mais sans résultat. Le malade fut vite très abattu. A l'opération, on trouva des tissus mous, infiltrés, et, dans le sac de la hernie, une certaine quantité de pus épais et fétide, dans lequel se trouvait l'appendice

parfaitement isolé et enroulé sur lui-même, étranglé à l'anneau. Résection de l'appendice, extirpation du sac. Mort cinq heures après l'opération.

Observation VIII

G. Beaumetz. — *Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 462.

Hernie inguinale droite étranglée chez un homme de 19 ans. Opération. Présence de l'appendice iléo-cœcal indépendant du sac. Appendicite suppurée. Mort. Autopsie.

Observation IX

Borely. — Th. Paris, 1894-95. — Hernie inguinale droite. Pseudo-étranglement. Kélotomie. Appendicite. Corps étrangers. Résection de l'appendice. Guérison.

X..., 63 ans. Depuis trente ans, hernie inguinale droite toujours maintenue par un bandage. A la suite d'un effort, la hernie devient douloureuse et irréductible. Pas de vomissements, persistance des gaz.

Entré à l'hôpital sept jours après le début des accidents. Tumeur dure, non fluctuante ; son mat à la percussion. Ventre non douloureux et non ballonné. Néanmoins, faciès grippé. Température : 37°6.

Opération : Sac scléreux contenant du pus d'une odeur fécaloïde. Le sac contient le cœcum et l'appendice qui est volumineux et perforé à sa pointe. Résection de l'appendice. Destruction des adhérences. Réduction du cœcum. Suture. Drainage. Guérison.

Observation X

Mérand. — *In* thèse de Briançon. Paris, 1896-97.

X..., 51 ans. Hernie inguinale droite depuis quinze ans, qui devient brusquement douloureuse et irréductible. Vomissements. Fièvre. Taxis sans succès. Incision. Appendicite suppurée. Guérison.

Appendicites crurales

Observation XI

Cabaret. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1842. — Hernie crurale de l'appendice cœcal.

Mlle P..., âgée de 60 ans, ordinairement bien portante, quoique très maigre et d'une faible constitution, éprouva, sans cause connue, le 4 mai 1839, des vomissements et des coliques que son médecin combattit par des demi-lavements émollients et des boissons adoucissantes. Les questions qu'il adressa à la malade le convainquirent qu'elle n'était pas atteinte de hernie et un examen sérieux des parois abdominales le confirma dans cette opinion.

5 mai. — Deux selles sont survenues dans la nuit. Les vomissements, d'abord composés de matières alimentaires, sont devenus muqueux et bilieux et se répètent plus souvent. Le ventre est tendu et douloureux, surtout dans sa partie latérale gauche ; la soif est vive ; le pouls serré et fréquent. Diète sé-

vère, application de nombreuses sangsues sur le ventre; du reste, même traitement.

6 mai. — Insomnie ; nulle amélioration ; ventre très douloureux. Un nouvel examen fit découvrir une hernie crurale du côté droit, formée spontanément et déjà étranglée. Elle avait le volume d'un gros œuf de poule et offrait beaucoup de sensibilité à la pression. Le taxis fut infructueusement pratiqué.

7 mai. — Nuit plus agitée. Le pouls était petit et plus fréquent, la langue rouge et très sèche, les vomissements très rapprochés ; quelques hoquets de temps à autre ; la constipation persistait depuis deux jours. Le ventre était fortement tendu, douloureux à l'ombilic, à l'épigastre et au niveau de la région occupée par la hernie. Le faciès était grippé, la malade abattue et très découragée.

Appelé le même jour, après nous être assuré de l'inefficacité de la thérapeutique très rationnelle qui avait été mise en usage, nous décidâmes qu'il était urgent de pratiquer la kélotomie.

Placé à droite de la malade, je soulevai la peau qui couvrait la tumeur avec le pouce et l'index de la main gauche, mon confrère la souleva de la même manière du côté opposé. Alors, de la main droite, armé d'un bistouri à lame convexe, j'incisai le pli dans sa partie moyenne jusqu'à sa base. Cette première incision qui fut agrandie en faisant pincer la lèvre interne par mon aide et en soulevant moi-même la lèvre externe de la solution de continuité, s'étendit du tiers interne de l'arcade crurale et d'un pouce au-dessus d'elle jusqu'au dessous de la partie inférieure de la tumeur. Cette première partie de l'opération ne donna lieu qu'à une hémorragie fort légère.

J'incisai ensuite en dédolant et avec beaucoup de précaution le *fascia superficialis* et le *fascia propria*. En agrandis-

sant superficiellement à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri l'ouverture de la partie supérieure de cette dernière enveloppe, afin de mettre plus immédiatement à nu le sac herniaire que je cherchais à découvrir, un appendice d'environ trois pouces de long, affectant la forme d'un intestin grêle, ayant le volume de deux pouces, d'une couleur rouge brun, et se terminant par une pointe aiguë, s'échappa de haut en bas ; nous pensâmes de suite que la partie que nous avions sous les yeux n'était autre chose que l'appendice vermiculaire du cœcum, et que, par suite, il n'existait pas de sac herniaire. En recherchant les causes de l'étranglement, nous découvrîmes qu'il était produit par la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural et que la base de l'appendice était fortement serrée par cette partie. On débrida avec le bistouri boutonné droit sur le ligament de Gembernat, le plus près possible du pubis, en portant l'instrument de dehors en dedans, puis, pour m'assurer si la hernie était exclusivement formée par la sortie de cet appendice, je l'attirai doucement vers moi en entraînant le cœcum. Un rétrécissement en manière de collet entre l'un et l'autre démontrait que l'intestin n'était pour rien dans l'étranglement. On procéda ensuite à la réduction, qui eut lieu avec la plus grande facilité.

Les bords de la plaie furent immédiatement rapprochés. Un linge fin, criblé de trous et enduit de cérat, fut placé sur toute la surface saignante. Des plumasseaux de charpie, puis quelques compresses longuettes furent appliquées par dessus, le tout fixé à l'aide d'un spica simple. La malade fut remise au lit, en disant qu'elle ressentait un soulagement marqué.

Les vomissements avaient entièrement cessé ; il n'existait de douleur que dans le trajet de la plaie.

Tout alla parfaitement jusqu'au 30 mai, La plaie n'avait plus qu'un pouce d'étendue, mais alors les bords en deviennent sensibles, les bourgeons charnus étaient trop élevés. On

diminua l'alimentation et la plaie fut touchée de temps en temps avec le nitrate d'argent fondu.

Ce traitement réussit ; la cicatrisation fit bientôt de nouveaux progrès et fut enfin achevée le 13 juin. A cette époque, la cicatrice fut jugée assez solide pour supporter la pelote d'un bandage et permettre à Mlle P... de reprendre ses occupations.

Observation XII

Dieffenbach, 1848. — Hernie crurale droite, étranglée depuis trois jours. L'appendice vermiforme grangrené est trouvé dans le sac de la hernie. Guérison.

J. R..., 42 ans, femme robuste, entrée à l'hôpital de Heidelberg le 4 septembre 1880.

Hernie survenue depuis trois jours sans accidents particuliers. La malade ressentit tout d'abord de violentes douleurs dans le pli de l'aîne du côté droit. Malgré cela, elle continua son travail sans qu'il survînt d'autres symptômes aggravants.

A la fin de la première journée, la malade remarqua l'apparition de la tumeur, qui augmente de volume dès le lendemain. On appelle un médecin qui essaye le taxis sous le chloroforme, mais qui n'obtient aucun résultat. Pas de signes d'étranglement. La malade entre à l'hôpital, où l'on constate ce qui suit : dans le pli de l'aîne droite, près du pubis, une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance dure, plutôt élastique, qui se laisse mouvoir latéralement. La peau qui recouvre la tumeur n'est pas enflammée ; elle se laisse pincer facilement. Vive douleur à la pression.

Température, 38°4. L'abdomen n'est ni ballonné ni doulou-

reux. Le professeur Braün pratique l'opération. Après avoir fait une incision de 8 centimètres de long environ sur la tumeur, il découvre un paquet de ganglions sous lesquels se trouve un sac herniaire qui se laisse facilement détacher. Immédiatement au dessous, l'artère fémorale apparaît et est mise à nu sur une longueur de 5 centimètres. Le sac de la hernie rentre alors dans le canal crural. M. Braün incise et se trouve en présence d'un petit corps cylindroïde, de la grosseur d'un tuyau de plume, en partie de coloration gris verdâtre, que l'on peut à volonté faire sortir et rentrer. C'était l'appendice vermiforme gangréné. M. Braün le réséque et introduit un drain dans la plaie en complétant avec un pansement antiseptique de Lister. Après l'opération, la malade eut de violentes coliques et un peu de météorisme abdominal.

Le 8 septembre seulement (l'opération datait du 4), la malade alla à la selle et un mieux sensible s'opéra dans son état. Quelques jours après, elle eut même de la diarrhée, mais temporairement. Les règles, qui apparurent trois semaines après l'opération, furent plus abondantes que de coutume. La malade sortit guérie le 20 octobre.

Observation XIII

Morse. — *Wiener med.*, n° 15, 1862. — Honoré. Thèse de Paris. — Hernie crurale droite contenant l'appendice cœcal. Etranglement. Kélotomie Sphacèle de l'appendice. Guérison.

Une femme, âgée de 22 ans, entre à la clinique de Czerni pour une hernie crurale. Elle raconte que, trois jours avant, sans cause appréciable, elle avait ressenti des douleurs dans l'aîne et dans la hanche et avait constaté une tuméfaction dans cette région, mais elle continua à travailler.

Le lendemain, un médecin constate la présence d'une her-

nie crurale droite et cherche en vain à la réduire sous le chloroforme. Le troisième jour, la malade entre à l'hôpital, la hernie a le volume d'une petite noix, elle est molle, mobile, mais extrêmement sensible. Le ventre n'était ni douloureux ni ballonné ; la température dépassait un peu la normale.

Opération immédiate. Une incision de 8 centimètres met d'abord à nu un amas de ganglions au-dessous desquels on voit le sac herniaire qui s'isole facilement, son pédicule s'enfonce vers l'anneau crural. L'ouverture du sac laisse apparaître une portion d'intestin qu'on reconnaît être l'appendice cœcal ; il présente des points sphacélés et l'on trouve du pus dans le sac, aussi on ne fait pas de réduction. Drainages, pansements antiseptiques.

La malade conserva quelques jours du météorisme et des douleurs à l'hypogastre ; elle eut de plus de fortes métrorragies, mais son état s'améliora bientôt, et un mois et demi après l'opération, elle quitte l'hôpital complètement rétablie.

Observation XIV

Sauvage. — Thèse Paris, 1893-94. — Hernie de l'appendice vermiforme avec épiplocèle étranglée. Résection de l'appendice. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 70 ans, porteuse d'une hernie crurale datant de longtemps et irréductible depuis cinq jours. On note de la constipation, de violentes douleurs abdominales, mais pas d'occlusion vraie ; la malade rend des gaz en assez grande quantité et n'a pas de vomissements. Le ventre est ballonné et il existe un hoquet depuis deux jours. On obtient une selle sous l'influence d'un lavement.

A l'examen, on constate que la tumeur est tendue, douloureuse à la pression et du volume d'un œuf, avec corde épi-

ploïque également douloureuse au-dessus de l'arcade crurale. M. Walther pense se trouver en présence d'une épiplocèle crurale enflammée avec péritonite herniaire.

Le lendemain, ce chirurgien se décide à intervenir. Après avoir pratiqué une injection de cocaïne au 100e, il fait une incision verticale, couche par couche de la tumeur, et arrive jusqu'au sac, qu'il trouve recouvert de plusieurs couches cellulo-graisseuses. L'ouverture du sac laisse s'échapper un peu de liquide louche sanguinolent, et au centre du sac, M. Walther trouve une masse d'épiploon violacé, noirâtre, présentant des adhérences récentes à la paroi du sac, qui est rouge, dépoli, en pleine péritonite. Après ligature et résection de l'épiploon au-dessus du point d'étranglement, apparaît un organe sortant par la partie interne de l'anneau, allongé, rouge, violacé, à surface séreuse dépolie. Cet organe, libre de toute adhérence au sac, est formé de deux cylindres accolés, représentant une petite anse intestinale complète. Le cylindre interne est nettement cylindrique et fluctuant ; le cylindre externe est épais, dur et aplati. En tirant doucement sur cet organe et en le dégageant au-dessus du point étranglé, on reconnaît que le cylindre interne n'est autre chose que l'appendice vermiculaire, et que le cylindre externe qui lui est intimément adhérent sur toute sa longueur, est constitué par de la graisse contenue dans un repli péritonéal, qui est le vestige d'un méso-appendice.

Ligature et résection de l'organe par M. Walther au-dessus du point étranglé, et fixation au niveau de l'anneau crural.

La cavité est laissée largement ouverte et tamponnée de gaze iodoformée. Deux points de suture sont seulement placés aux deux extrémités de la plaie cutanée. Tous les phénomènes douloureux disparaissent, la poche se comble rapidement, et 25 jours après, la cicatrisation est complète.

Observation XV

Pollosson. — *Lyon médical*, 21 mai 1893.

A..., repasseuse, 37 ans, porte depuis cinq ans une tumeur dans la région crurale. Elle présente tous les symptômes d'une hernie étranglée. Opération, le sac incisé. On y trouve un cordon rougeâtre du volume du petit doigt. On débride l'étranglement et on voit que ce cordon est l'appendice iléo-cœcal, on le lie et on le réséque. Guérison.

Appendicite Ombilicale

Observation XVI

Thèse de Briançon. Paris 1896-97. — Hernie ombilicale étranglée.

Rosalie C..., 47 ans. Antécédents nuls. Trois enfants, le premier, il y a 15 ans, le dernier il y a 6 ans. Les trois accouchements normaux ; toutefois, depuis le dernier, la malade porte une hernie ombilicale grosse comme une tête d'enfant. Irréductible ordinairement, cette hernie n'a jamais gêné la malade, grâce à une ceinture. Le 26 mars, vives douleurs au niveau de la hernie.

Pendant la nuit, vomissements. Un purgatif ne donne aucun résultat. Elle entre à l'hôpital le 27 mars à 10 heures et demie du matin. Cette femme présente une adipose considérable. Son ventre semble bilobé, un sillon sépare l'abdomen proprement dit de la tumeur énorme, qui part de l'ombilic et s'étend presque jusqu'au pubis. La tumeur est souple, légèrement tendue pourtant, douloureuse à la pression, régu-

lière à la palpation, sonore à la percussion dans toute son étendue.

Coliques violentes. Depuis la veille, ni matières, ni gaz par le bas. Vomissements verdâtres. Lavage de l'estomac. Lavement gazeux.

Pas de résultats, le soir courants continus sur le ventre.

28, matin. — La malade est mieux, tumeur peu tendue ; pas de vomissements, pas de gaz.

Soir. — Douleurs plus violentes, cris ; pouls plus fréquent, tumeur subitement tendue et bosselée, sonore sur tous les points.

Opération. — Incision longitudinale de 18 centimètres, remontant au-dessus de l'ombilic. La peau, très mince, est comme soudée au péritoine et, du même coup, on incise peau et sac.

On tombe sur une masse bosselée qui paraît être le cœcum, recouvert par quelques anses d'intestin grêle. Le colon ascendant et le côlon transverse surdistendus encadrent la masse.

En outre on trouve à gauche une partie du grand épiploon.

L'épiploon est réséqué. L'intestin grêle est réduit. Le cœcum apparaît manifestement. Sur une étendue de plusieurs centimètres se remarque un éclatement de la séreuse. Avec prudence, le cœcum est relevé; on le fait basculer en haut, et on s'aperçoit que l'appendice décrit un demi-cercle parallèle à l'anneau ombilical, qu'il est adhérent à la partie opposée du sac et qu'il forme justement une bride à l'union du cœcum et de la paroi ascendante du côlon. Cette adhérence est sectionnée entre 2 ligatures, le cœcum devient souple et se laisse réduire. Aucun étranglement à l'anneau, qui est large, on débride cependant encore largement. Il reste dans le sac les portions d'intestin qui y sont depuis le début de la hernie.

Il semble en effet qu'il y avait là une vieille hernie irréduc-

tible composée des côlons ascendant et transverse, auxquels s'étaient ajoutés subitement le cœcum et la portion adjacente de l'intestin grêle.

Ces parties constituant la vieille hernie sont irréductibles à cause des fortes adhérences.

La plaie est suturée, et on laisse subsister la tumeur primitive.

Le 29. — Malade assez bien, quelques vomissements sans caractère pendant la nuit.

Le 30. — Deux selles abondantes. Vomissements.

Le 1er avril. — Vomissements plus fréquents, à 6 heures du soir, pouls très faible.

Température, 36°. Mort à 10 heures du soir.

Autopsie. — Ouverture de la hernie, rien de particulier ; pas de traces de perforation. Parois du sac congestionnées ; pas de péritonite. Les anses d'intestin grêle sont distendues. Cœcum et côlon ascendant remplis de matières. Adhérences très fortes des anses intestinales avec les parois du sac. Pas d'étranglement.

L'extrémité inférieure de l'appendice est gangrénée sur une étendue de trois centimètres environ. Pourquoi l'appendice était-il gangréné ? Il n'y a pas eu de manœuvres exercées sur lui. Est-ce le cœcum qui a produit son étranglement par compression ? Ou bien, par suite des adhérences contractées par l'extrémité vermiculaire, s'était-il fait là une sorte de circulation nouvelle que la section des adhérences a supprimée? Nous ne savons. Au moment de l'opération, il n'y avait pas de lésions de l'appendice.

Vu :
Montpellier, le 3 mai 1905
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 3 mai 1905
Le Recteur.
BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !