



UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1923-1924

N° 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de l'Étranglement du Diverticule de Meckel

DANS LES

HERNIES CRURALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1923

PAR

Henri DUPRAT

MEMBRES DU JURY ..

MM. DIEULAFÉ, *Président.*
GORSE,
M^{lle} CONDAT,
M. MIGINIAC,
Suppléant : M. SOREL.

Assesseurs.



TOULOUSE

IMPRIMERIE J. FOURNIER

41-43, Rue Constantine, 41-43

1923

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1923-1924

N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'Étranglement du Diverticule de Meckel
DANS LES
HERNIES CRURALES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1923

PAR

Henri DUPRAT

MEMBRES DU JURY .. { MM. DIEULAFÉ, *Président.*
GORSE,
Mlle CONDAT, } *Assesseurs.*
M. MIGINIAC,
Suppléant : M. SOREL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE J. FOURNIER

41-43, Rue Constantine, 41-43

1923



UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	ABELOUS.
ASSESEUR		AUDEBERT.
Professeurs Honoraires	}	FREBAULT.
		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
PROFESSEURS		
Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et embryologie		ARGAUD.
Physiologie		ABELOUS.
Anatomie pathologique		TAPIE.
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		BAYLAC.
Thérapeutique		DALOUS.
Hygiène		LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (ch.C.).
Clinique médicale	}	MOREL.
		REMOND.
Clinique chirurgicale et gynécologique		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile		CAUBET.
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Clinique des maladies des enfants		BEZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique de neurologie et de psychiatrie		CESTAN.
Clinique ophtalmologique		FRENKEL.
Physique		MARIE.
Chimie		ALOY.
Botanique		GERBER.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie		SERR (ch. C.).
Clinique des voies urinaires		MARTIN.
PROFESSEURS SANS CHAIRE		
Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Obstétrique		GARIPUY.
Physique pharmaceutique		ESCANDE.
COURS COMPLÉMENTAIRES		
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	AUDEBERT.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie analytique et Toxicologie		MOOG.
Cryptogamie et microbiologie		MARTIN (E).
Zoologie médicale et parasitologie		FAURE.
Oto-rhino-laryngologie		ESCAT.
Stomatologie		NUX.
Pathologie externe		DUQUING.
Médecine opératoire		GORSE.
Matière médicale		MAURIN.
AGRÉGÉS EN EXERCICE		
Anatomie	MM.	CLERMONT.
Histologie		ROMIEU.
Physiologie		SOULA.
		SOREL.
		SERR.
Pathologie interne et Médecine légale	}	LAPORTE.
	M ^{lle}	CONDAT.
Dermatologie et syphiligraphie		NANIA.
		GORSE.
Chirurgie	}	DUQUING.
		MIGINIAC.
Accouchements		GARIPUY.
Chimie	}	MOOG.
		VALDIGUIÉ.
Physique		ESCANDE.
Pharmacie		MAURIN.
Secrétaire de la Faculté		CHAU DRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PÈRE

Mon premier maître et mon
meilleur ami.

A MA MÈRE

en témoignage de ma grande
affection.

A MA CHÈRE FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

A MONSIEUR
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAPIE

Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOULARAN

Chef de Clinique Chirurgicale infantile.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur d'Anatomie Topographique.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GORSE

*Chargé des Cours de Médecine opératoire,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre.*

MADemoiselle

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAT

MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MIGINIAC

Décoré de la Croix de guerre.

MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOREL

*Chargé des Cours de médecine légale,
Médecin Chef des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Avant-Propos

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder ce modeste travail, d'apporter l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous exprimons d'abord à notre Père un respectueux hommage pour les belles leçons d'énergie et d'amour du travail qu'il n'a jamais cessé de nous donner. Nous trouvons, en lui, le meilleur appui de notre carrière future, le meilleur exemple d'une vie médicale faite de silencieux dévouement et de tendre compassion pour les misères des gens. Nous tenons à lui donner ici, le gage de notre filiale tendresse.

Comment ne pas distinguer dans nos souvenirs, Monsieur le Docteur ès-sciences Mengaud, qui a été pour nous le plus affable des conseillers à l'époque où nous débutions dans nos études. Nous sommes très honorés de le compter dans notre famille, et nous le prions d'accepter l'assurance de notre sincère et affectueuse reconnaissance.

Notre président de thèse, Monsieur le Professeur Dieulafé, nous a donné l'idée de ce travail au cours

duquel il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. Auprès de lui, l'accueil le plus sympathique nous a été offert et nous ne saurions assez l'en remercier. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner toute notre gratitude et lui assurer notre entier dévouement.

C'est à la Clinique de Monsieur le Professeur Mossé que nous avons fait une partie de notre éducation médicale; nous garderons le souvenir des enseignements fructueux de M^{lle} Condat et de MM. Tapie (Jean) et Roques. Les notions pratiques qu'ils nous ont inculquées nous seront un précieux service pour la clientèle future.

Monsieur le Professeur Audry nous a initié à la Clinique des maladies de la peau : les nombreuses consultations que nous avons suivies à ses côtés nous seront des plus utiles; qu'il reçoive l'hommage de notre reconnaissance.

Auprès de Monsieur le Professeur Bézy, nous avons pu goûter d'excellentes notions; le souvenir de son enseignement plein d'humour restera présent à notre mémoire.

Nous tenons également à assurer toute notre gratitude à Monsieur le Professeur Gorsé et à Monsieur le Professeur Laporte, pour leurs leçons claires et très profitables.

Ce n'est pas sans quelque émotion que je dis au revoir à Monsieur le Docteur Boularan, qui nous a gagné par son amabilité coutumière.

A tous nos Maîtres nos vifs remerciements.

Introduction

Nous voudrions donner un rapide aperçu d'ensemble du sujet que nous traitons, et exposer, en quelques lignes, l'ordre que nous avons suivi dans ce travail.

Disons d'abord que dans l'histoire clinique de la persistance du diverticule de Meckel, un fait se présente avec une particulière rareté, c'est l'étranglement de ce diverticule dans un sac herniaire.

Or, Monsieur le Professeur Dieulafoy, opérant une hernie crurale étranglée, eut la surprise d'y découvrir un diverticule de Meckel constituant la seule portion intestinale. L'état d'incarcération était seul capable de provoquer les accidents en cours. Aussi pensons-nous, avec l'appui de cette observation, avoir un aperçu très net sur les phénomènes qui résultent de l'étranglement du diverticule dans une hernie.

Nous avons décidé de réunir les observations similaires publiées dans la littérature médicale, afin d'essayer d'établir à la lumière des faits, par quels processus pathologiques peut se produire l'étranglement d'une hernie fort peu commune.

Depuis l'œuvre de Forgue et Riche, c'est-à-dire depuis 1907, de nombreux travaux ont été encore publiés qui montrent quelle peut être l'importance, au point de vue pathologique, du diverticule de Meckel; seulement les auteurs insistent surtout sur les phénomènes d'obstruction intestinale produits par le diverticule, lesquels sont les plus fréquents.

Dans la thèse Granjean (Nancy, 1901), il est bien question des hernies diverticulaires inguinales et crurales, mais l'auteur n'a pas en vue le cas très spécial de l'étranglement de ces hernies.

A part Forgue et Riche, qui entrent un peu dans le sujet que nous allons envisager, nous n'avons trouvé nulle part en France, un traité de cette sérieuse complication qu'est l'étranglement.

Voici ensuite le plan que nous avons adopté :

Pour initier tout de suite le lecteur et le mettre dans le cœur du sujet, nous avons préféré mettre les observations au début. Une seule, la première, est inédite, due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Dieulafoy. Les autres ont été recueillies un peu partout, principalement dans des journaux de Médecine.

Dans un deuxième chapitre, nous allons tracer l'histoire de la question, rappeler les noms des premiers auteurs qui se sont aperçus de l'existence du diverticule de Meckel, qui l'ont décrit et ont montré son rôle pathologique. Nous serons ainsi amenés à parler de l'étranglement de ce diverticule dans les hernies inguinales et crurales et nous énumérerons simplement

les noms de ceux qui ont reconnu l'étranglement et ont défendu cette complication.

Nous écrivons un troisième chapitre sur l'embryologie du diverticule et sur l'anatomie de l'anneau et du canal crural. Ces notions, nous semble-t-il, sont essentielles à rappeler, puisque c'est sur cet organe anormal et sur cette voie très connue que va se dérouler le sujet de notre thèse.

Dans une quatrième partie, il nous paraît bon d'insister sur l'étiologie de la hernie crurale et sur le mécanisme de l'étranglement, avant d'aborder l'étude de l'anatomie pathologique, qui va faire l'objet d'un chapitre nouveau.

Nous consacrerons quelques pages à l'étude clinique.

Le diagnostic nous tiendra plus longtemps avec ses difficultés.

Le pronostic et le traitement se fondent en un huitième et dernier chapitre.

Nous n'aurons alors qu'à conclure et à préciser nos idées sur le sujet traité.



Observations



OBSERVATION 1

(Inédite).

D'après les notes de Monsieur le Professeur Dieulafé.

Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale.

Femme de 56 ans. Corpulence moyenne.

Profession : Travailleuse des champs.

Antécédents : Pas de maladies antérieures. Bonne santé habituelle.

Pourtant, depuis plusieurs années, tuméfaction de la région crurale droite, qui gonfle, s'affaisse alternativement sans jamais provoquer de phénomènes douloureux. Nullement gênée, ne s'est jamais fait examiner à ce sujet. Un jour, à l'occasion d'un effort sans importance, est prise d'une vive douleur dans cette région. Un gonflement s'en suit. Malgré des compresses chaudes et le repos, le gonflement persiste, la douleur s'aggrave. Les jours suivants, apparaissent des vomissements. Les selles sont nulles. L'état s'aggrave. Un médecin appelé conclut à une hernie crurale étranglée.

Le quatrième jour, Monsieur le Professeur Dieulafé est appelé auprès de la malade pour pratiquer l'opération. Anes-

thésie locale. Le sac est peu volumineux, mais adhérent aux fascias et aux tissus conjonctifs adjacents.

Contenu du sac : présence de liquide hématique baignant une partie intestinale grêle, allongée, terminée en cul de sac. Le sac lui-même est très serré et le bout d'intestin ressemble à un appendice. Ce segment intestinal est rouge, turgescant, boudiné, très étranglé au niveau du collet du sac. Les parois souffrent déjà.

L'orifice crural est dégagé; le collet du sac, qui est excessivement étroit, est débridé. Le segment intestinal est alors attiré au dehors et on entraîne ainsi une anse d'intestin grêle. On voit très bien l'exacte disposition des parties.

Le diverticule est cylindrique. La longueur a 7 centimètres. Il est appendu à une anse flottante d'intestin grêle; celui-ci est normal. Le diverticule est ligaturé à sa base; il est suturé et le moignon est enfoui dans l'anse grêle par suture séromusculaire sur cette anse.

Il s'agit d'un diverticule de Meckel. Il est seul à constituer le contenu de la hernie crurale. Il n'y a pas eu de manœuvre de taxis. Il est nettement stricturé à sa base.

C'est un cas très pur de diverticule de Meckel étranglé.

L'opération a eu lieu quatre jours après le début des accidents. Les phénomènes cliniques n'étaient que de gravité moyenne, n'ayant pas de retentissement péritonéal. Et les réflexes gastro-intestinaux étaient d'intensité modérée.

Cliniquement, c'était l'aspect d'un pincement latéral d'une anse, dans un collet étroit.

Anatomiquement, c'était la deuxième phase d'une striction intestinale. Les parois eussent été bientôt désorganisées sans opération. Le retard de l'intervention aurait-il été plus grand, il y aurait eu des phénomènes de sphacèle.

La malade guérit très simplement.

Monsieur le Professeur Dieulafoy a observé sur un nouveau-né, à l'autopsie, un diverticule de Meckel longuement engagé dans le cordon ombilical, mais il n'avait jamais trouvé ce reliquat contenu dans un sac de hernie.

Il rapproche les phénomènes en cause de ceux qu'il a observés dans un cas d'étranglement de l'appendice iléo-cœcal dans une hernie crurale.

OBSERVATION II

DUTIL et TÉMOIN (*Gazette médicale de Paris*, 1886).

Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale.

Femme de 56 ans : hernie crurale irréductible, douloureuse, sonore, tendue.

Profession : Ménagère.

Antécédents : Bonne santé. Onze enfants. La malade, après un travail fatigant, a eu des nausées, puis des vomissements. Douleurs vives dans le bas ventre, à droite. Tumeur à ce niveau. Le repos au lit améliore la malade. La tumeur reste simplement sensible dans le pli inguinal droit. Pas de constipation, pas d'anorexie. Huit jours après, vomissements abondants. La malade arrive à l'hôpital.

Examen : Faciès bon, température 37°, pouls normal, langue ordinaire; le ventre est souple, un peu ballonné, non douloureux. Pas de constipation. Tumeur dans l'aîne droite au-dessous de l'arcade crurale, de la grosseur d'une noix. Cette tumeur est mate, consistante, irréductible.

Quatre jours après, coliques atroces, le faciès se décolore. La face se couvre de sueurs et devient anxieuse, les extrémités se refroidissent. Pouls petit, filiforme; ventre douloureux partout.

La femme meurt le même soir.

Autopsie : Anses distendues par les gaz; péritoine congestionné, pas d'exsudat. Le petit bassin est rempli de matières fécales.

La partie terminale de l'iléon adhère au canal crural par un diverticule de Meckel de 6 cm., 5, noirâtre, sphacélé. Le sphacèle remonte jusqu'à la base du diverticule. La rupture s'est produite là, suivant la moitié interne de la ligne d'insertion du diverticule, sur l'intestin grêle.

Le collet du sac est fortement appliqué contre le rebord tranchant du ligament de Gimbernat. Dans le sac, pas de traces d'adhérences.

Il y a donc eu, simplement, étranglement.

OBSERVATION III

GUICHARD (*La Loire Médicale* de 1910).

Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale.

Femme de 66 ans :

Antécédents : Petite hernie crurale droite depuis cinq ans. Facilement réductible. En souffre de temps à autre (coliques durant dix et douze heures). Une nuit, signes d'étranglement

herniaire incomplet : vomissements, hernie douloureuse, tendue, irréductible. Violentes coliques. Mais peu de ballonnement du ventre et émission de gaz et de matières. Le lendemain sédation des phénomènes morbides. Le troisième jour nouveaux vomissements, coliques violentes, ventre se ballonne. Le quatrième jour entrée de la malade à l'hôpital.

Intervention : Ouverture du sac herniaire. Ce dernier est occupé par un organe en doigt de gant, violacé, à extrémité affaissée, plissé en forme de figue, aspect d'anse grêle. D'après la forme, on fait de diagnostic de diverticule de Meckel.

Ce diverticule est étranglé au niveau du collet du sac. Ligature de ce diverticule au-dessus du collet; section. Le moignon monte brusquement dans l'abdomen.

Drainage; guérison.

OBSERVATION IV

JABOULAY (*Lyon Médical*, 1907, tome II, page 15).

Etranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale droite.

Homme de 44 ans.

Profession : Cultivateur.

Antécédents : Depuis 20 ans se plaignait de troubles digestifs, qui duraient deux ou trois mois tous les ans. Il y a un an, s'est aperçu d'une petite hernie crurale droite, réductible, avec gargouillements. Il n'en souffre pas. Brusquement son état empire, il arrive à l'hôpital.

Examen : Signes d'étranglement herniaire incomplet : hernie tendue, sonore, irréductible. Seulement il y avait émission de matières la veille, de gaz le jour même. Pas de météorisme, pas de vomissements. Aucun signe péritonéal.

Intervention : Ouverture du sac herniaire : celui-ci est verdâtre, il s'écoule un liquide fétide. Dans ce sac on voit une anse gangrénée, sans mésentère : c'est un diverticule de Meckel. Seulement, on ne voit qu'un bout de diverticule adhérent au collet du sac par son extrémité terminale. Ce bout de diverticule est donc contourné en anse, comme si on avait affaire à une hernie du grêle. L'anneau est assez serré au niveau du collet. Elargissement de l'anneau de striction et réduction du diverticule accessible, un peu au-dessous de l'anneau, c'est-à-dire au-dessous de la zone gangrénée. On retire ainsi 10 centimètres de longueur de ce diverticule. Moignon suturé et enfoui.

Suites opératoires : Le lendemain et le surlendemain, apparaissent des phénomènes péritonéaux : ballonnement du ventre, nausées, pas de vomissements pourtant. Température 38°8. Pouls 100. Faciès un peu grippé. On pratique l'ouverture du moignon diverticulaire : c'est une entérostomie d'occasion, par où il s'écoule 800 grammes de liquide jaunâtre. Le ballonnement disparaît. Le malade est mieux. Le lendemain l'état s'aggrave.

Nouvelle intervention : Il restait encore 5 centimètres de diverticule dans l'abdomen : ce bout est congestionné. Au-dessus de l'implantation du diverticule, l'intestin est énorme avec parois épaisses et rouges.

Une complication est venue s'ajouter : c'est la coudure de l'intestin avec phénomènes d'obstruction. L'intestin est ulcéré, en très mauvais état.

Le pronostic est très sombre.

OBSERVATION V

MICHEL (*Revue Médicale de l'Est*, 1905, page 644).

Hernie crurale étranglée du diverticule de Meckel.

Femme de 65 ans.

Antécédents : Depuis deux ans avait une petite grosseur à la racine de la cuisse droite, du volume d'une noix, qui se réduisait spontanément la nuit. Elle augmente petit à petit et devient irréductible. Elle garde sa hernie irréductible pendant six semaines. Mais un jour, la tumeur grossit et devient très douloureuse. La malade vomit.

Examen : Hernie crurale marronnée, mate et douloureuse. Ventre ballonné. Vomissements et pas de gaz. Etat général bon. Pouls 90, régulier et fort.

Opération : Le sac est ouvert. Du liquide s'en échappe et laisse voir un épiploon rouge et adhérent. En libérant les anses épiploïques, on découvre une masse rougeâtre d'aspect piriforme. Le pédicule s'engage dans l'anneau crural. L'anneau est débridé, d'ailleurs très serré. C'est un diverticule de Meckel de 4 à 5 centimètres, dont la base s'est trouvée étranglée par l'anneau crural, au voisinage de l'intestin.

Le diverticule est simplement réduit, mais pas réséqué.

OBSERVATION VI

BRIN (*Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1905, page 366).

Étranglement ou Inflammation du diverticule de Meckel hernié.

Homme de 66 ans.

Antécédents : Excès alcooliques. Depuis l'âge de 25 ans, était sujet à des coliques très douloureuses. Vomissements. Ballonnements du ventre. Constipation sans cause plusieurs fois par an. Il s'aperçoit un jour d'une petite tumeur dans l'aîne droite. Elle grossit, devient douloureuse.

Examen : Tumeur comme un petit œuf. Hernie crurale irréductible très douloureuse. Pas de vomissements. Pas de constipation.

Opération : Ouverture du sac. Intestin adhérent au sac. On reconnaît bientôt un diverticule de Meckel de 7 à 8 centimètres. Entre l'anneau crural et le point d'implantation de ce diverticule sur l'intestin, une longueur de 3 centimètres. Le bout hernié, renflé en ampoule indurée, était séparé de la partie saine par une zone ecchymotique, répondant à la constriction par le collet. L'anse est amenée au dehors, le diverticule réséqué.

Examen du diverticule : Deux ordres de lésions : la partie herniée est enflammée, indurée et adhérente. Le collet a laissé un sillon de striction évident sur le diverticule.

OBSERVATION VII

EKEHORN (*Die Brüche des Meckel'schen Divertikels*).

Étranglement d'un diverticule de Meckel dans une hernie crurale.

Homme de 38 ans.

Profession : Ouvrier.

Examen : Hernie crurale droite. Irréductible et douloureuse.

Intervention : Ouverture du sac. Liquide séreux. Au fond du sac un appendice intestinal étroit. Pas d'adhésion au sac. C'est un véritable étranglement. Le collet du sac est agrandi. On attire un diverticule de Meckel long de 4 centimètres. Ce diverticule possède un petit méso. Le sillon d'étranglement est net à la base du diverticule.

OBSERVATION VIII

MINTER (*Muller's Arch. f. An. U. Phys.*,
1835, page 507).

Étranglement brusque d'un diverticule de Meckel dans une hernie crurale.

Femme de 44 ans.

Antécédents : On apprend que dans un effort elle a ressenti brusquement une douleur violente dans l'aîne droite. Tumeur qui fut soignée par des cataplasmes. Cette tumeur

a été ouverte, mais, au lieu de pus, il en est sorti des matières fécales.

Quelques mois plus tard, cette femme meurt d'une autre maladie.

Autopsie : On trouve une hernie crurale, dont le sac contenait un diverticule de Meckel étranglé, long de 8 centimètres. Sac lisse, non enflammé.

OBSERVATION IX

RUDOLPH SMITH (*Bertish Med. journal*, 1901, tome II
page 1734).

Femme de 34 ans.

Antécédents : Avait depuis longtemps une hernie crurale gauche.

Intervention : Ouverture du sac. Liquide teinté de sang. Dans le fond du sac, un morceau d'intestin très congestionné. On reconnaît un diverticule de Meckel de 15 centimètres de long. Il y avait simplement étranglement, car ce diverticule était serré sur une longueur de 2 centimètres à partir de son point d'origine de l'iléon.

OBSERVATION X

HILGENREINER (*Bertrage z. Kin. Chir.*, 1903,
tome XL, pages 99-135).

Femme de 74 ans.

Antécédents : A la suite d'une toux due à une catarrhe bronchitique, s'est aperçu depuis six mois d'une petite tumeur dans l'aîne gauche. Cette tumeur ne la gênait pas. Un jour, cette tumeur, brusquement, devient irréductible et douloureuse. La peau, au-dessus, s'enflamme, se perce et laisse écouler un liquide fécaloïde.

Intervention : On trouve un diverticule de Meckel de 3 cm., 5, de long. Ce diverticule étranglé, et, au niveau de l'anneau d'étranglement, une petite perforation.

OBSERVATION XI

VON LACZKOVICH (*Centralblatt für. Chir.*,
1893, p. 778).

Homme de 56 ans.

Profession : Ouvrier.

Antécédents : Après un gros effort ressent des douleurs dans l'aîne droite et, y remarque une tuméfaction.

Intervention : On ouvre le sac : il en coule un liquide brun

rouge, trouble, inodore. Dans le sac, un diverticule de Meckel, long de 3 centimètres, rouge noirâtre et de couleur mate. Le diverticule est tuméfié. On lève l'étranglement, on attire l'intestin et un sillon de constriction est aperçu très apparent. Réduction simple. Guérison.

OBSERVATION XII

MARTIN de Bordeaux (IN CAZIN, *Thèse Paris*, 1862).

Homme de 40 ans.

Antécédents : Avait une hernie crurale depuis 8 ans. Hernie du côté gauche très réductible. Un jour, la tumeur devient irréductible, rouge foncé et menace la suppuration. Ouverture spontanée : excréments et vers intestinaux. La gangrène de ces parties arriva sans vomissements, avec un ventre toujours souple et sans aucune douleur. Pas de coliques, pas d'arrêt de matières fécales. Le malade garda quelque temps sa fistule stercorale et mourut d'une autre maladie.

Autopsie : On trouva un diverticule de Meckel de 4 pouces. La valeur d'un pouce était détruite par la gangrène, à partir du point de striction effectué par l'anneau.

OBSERVATION XIII

(IN CAZIN, *Thèse Paris*, 1862).

Femme 60 ans.

Hernie crurale étranglée. Efforts violents pour la réduire. La tumeur blanchit et se fistulise.

Intervention : On ouvre le canal de la hernie, on trouve un bout d'intestin, assez long, gangrené et rempli de matières fécales. C'était un diverticule de Meckel.

OBSERVATION XIV

BUSCH (*Congrès Allemand de Chirurgie*, 1884).

Homme de 53 ans.

Antécédents : Souffre depuis longtemps d'une petite hernie crurale droite. Un jour péritonite aiguë et mort rapide.

Autopsie : On trouve un diverticule de Meckel qui porte à sa base une ulcération. Le sac herniaire est vide. Cette ulcération, d'après l'auteur, a été causée sans doute par l'étranglement, mais sûrement par la pression exercée contre le ligament de Gimbernat, pression encore accrue par le port d'un bandage.

OBSERVATION XV

HAGER (*Ueber die Hernia Littrica*, 4^o Berolini, 1852).

Femme de 55 ans.

Antécédents : Elle a une hernie crurale. Cette hernie s'étrangle et elle ne ressent que des symptômes locaux : la hernie est tendue, irréductible, douloureuse. Pas de constipation. Pas de vomissements. de nausées.

Intervention : On trouve un diverticule de Meckel très congestionné, mais non gangréné. Diverticule de petit volume

OBSERVATION XVI

IN CAZIN, *Thèse Paris*, 1862.

Femme de 58 ans.

Antécédents : Elle portait depuis longtemps une hernie crurale. Elle n'en souffrait pas, sauf lorsqu'elle était constipée. Un jour, elle est prise de constipation opiniâtre avec vomissements, douleurs très vives dans le ventre. Tumeur irréductible.

La femme meurt.

Autopsie : Dans le sac herniaire, un diverticule de Meckel adhérent.

OBSERVATION XVII

IN CAZIN, *Thèse Paris*, 1862.

Femme de 50 ans. Elle est opérée d'une hernie crurale, datant de 12 ans, venant de s'étrangler. La femme meurt.

Autopsie : On découvre un diverticule de Meckel, tout près du cæcum, qui avait formé la hernie. Ce diverticule est piriforme, mesure 5 centimètres de long.

L'intestin, de plus, est rétréci au point où le diverticule

prend naissance; c'est ce rétrécissement qui a sûrement causé la mort. Est-ce l'inflammation qui a gagné petit à petit l'intestin et qui a causé le rétrécissement? C'est ce que croit le chirurgien.

Historique

La hernie diverticulaire est encore nommée la hernie de Littré, car ce fut cet auteur qui, dès 1700, exposa le premier, à l'Académie des Sciences, deux premières observations sur cette variété de hernie.

Notre sujet se rapporte donc à une hernie de Littré dont le caractère est d'être étranglée dans un canal crural.

Déjà Ruysch, en 1698, avait émis l'hypothèse de la présence possible de diverticules intestinaux dans les hernies, mais n'avait pas fourni de preuves à l'appui.

En 1701, Méry fait paraître une nouvelle observation à peu près identique à celle de Littré, et, comme lui, nie la possibilité, à un diverticule, de s'introduire dans un anneau crural ou inguinal. Comment donc expliquer la présence de ces hernies très spéciales? Simplement, en faisant intervenir les lois des pressions et contre-pressions : ainsi une anse intestinale ferait hernie dans un canal, s'allongerait jusqu'à former un diverticule, véritable étirement de la paroi.

Mais cette solution ne contente pas tous les esprits et Richter, en 1788, dans son *Traité des hernies*, après être entré dans les vues de Méry et de Littré sur la

formation de certains appendices, admet cependant qu'il existe des diverticules qui sont des vices de la première conformation.

C'était différencier les vrais diverticules, des faux.

Haase, Scarpa, Boyer, Malgaigne, ne font que signaler en passant, ou ne signalent même pas, ces sortes de hernies.

En France, ces hernies sont d'ailleurs fort peu étudiées, tandis qu'à l'étranger, en Allemagne surtout, on s'intéresse beaucoup plus à ces anomalies.

Cabaret, un français, en 1842, a même le tort de les méconnaître quand il publie cette observation sous le titre de « hernie crurale d'un appendice cæcal » : « la hernie était formée par un appendice de 3 pouces de long, affectant la forme d'un intestin grêle, très gonflé, ayant le volume de 2 pouces..... La base de l'appendice était fortement serrée par la partie interne de l'orifice crural ».

Forgue et Riche, à qui nous devons de nombreux emprunts, pensent comme nous : qu'il s'agissait d'un appendice iléal étranglé.

Cazin, dans sa thèse de 1862, donne quelques observations dont nous rapportons quelques-unes. Il différencie histologiquement le vrai diverticule du faux diverticule.

Franchomme, en 1893, consacre dans sa thèse un chapitre aux hernies de Littré.

Blanc, Tédénat, Payr, Ekehorn, recherchent des observations et en citent une quarantaine.

Forgue et Riche fournissent cinquante-deux cas. Il

est évident que toutes les hernies diverticulaires citées sont inguinales ou crurales; les hernies de Littré, a variété crurale, sont en minorité, et, la plupart du temps, il n'est pas spécifié s'il y a eu engouement de ces hernies ou non.

D'ailleurs, le terme d'étranglement a été longtemps discuté. En 1886, Dutil et Témoin, dans la *Gazette Médicale de Paris*, admettent l'étranglement et présentent une observation très intéressante.

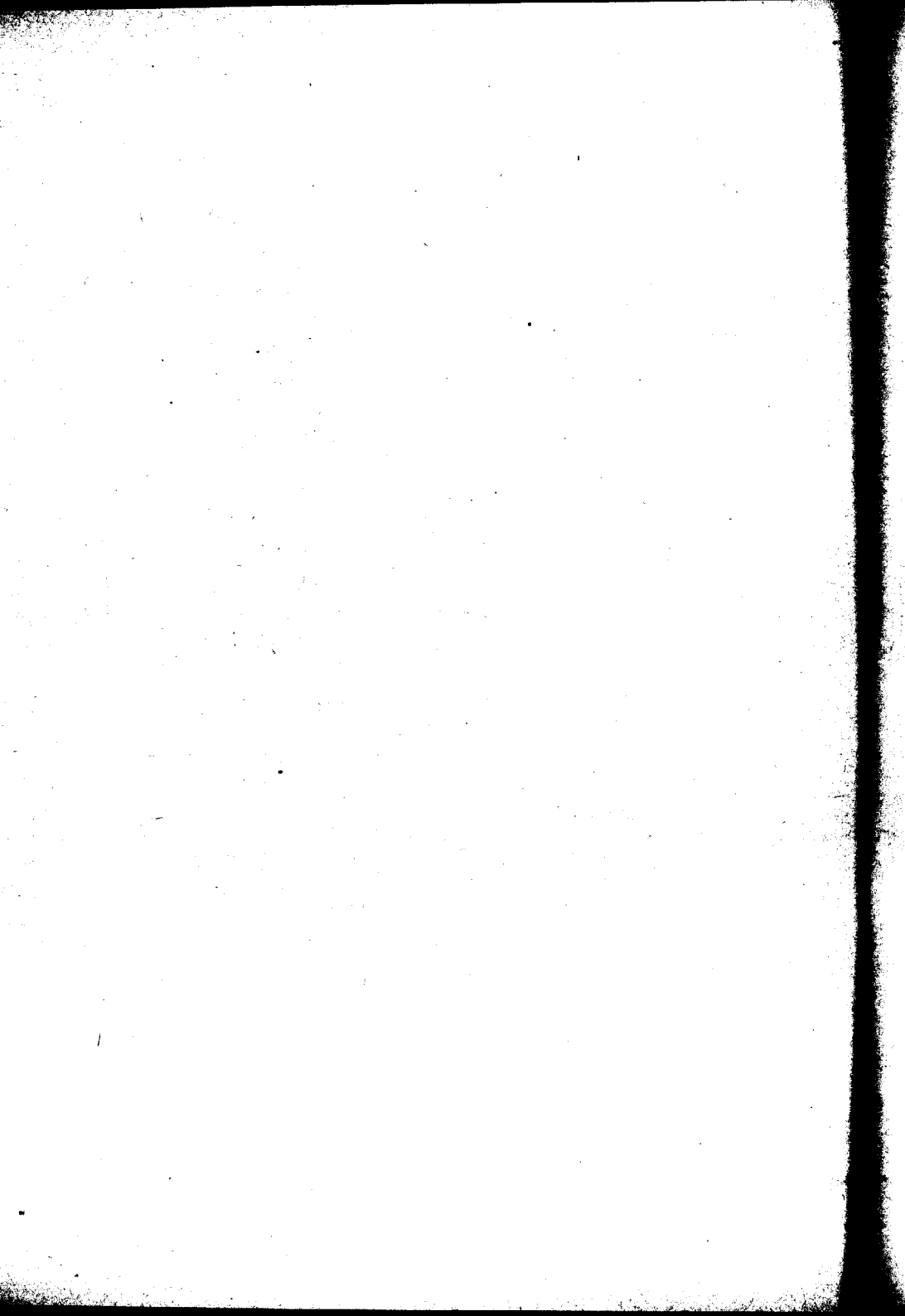
En 1905, Brin, Broca, reconnaissent que l'étranglement proprement dit peut bien exister, mais avouent qu'ils n'ont jamais eu affaire avec lui.

Dans la *Revue Médicale de l'Est* de 1905, L. Michel est beaucoup plus affirmatif, il rapporte le cas d'un étranglement typique :

« Le diverticule de Meckel était brusquement sorti sous un effort, s'était étranglé aussitôt et avait exigé l'intervention immédiate ».

En 1907, Jaloubay, dans le *Lyon Médical*, et Guichard, dans la *Loire Médicale* de 1910, faisaient paraître deux nouvelles observations sur ce même sujet. Le livre de Forgue et Riche sur « le diverticule de Meckel » avait déjà paru en 1907.

Il existe enfin, dans le *Journal et Annales de la Société Belge de Chirurgie* de 1910, un cas d'étranglement du diverticule de Meckel seul, au niveau d'une hernie crurale. Nous avons le très grand regret de n'avoir pu consulter le travail d'Hustin, qui nous aurait été d'un grand intérêt et aurait complété heureusement ce court exposé.



Notions sur l'embryologie du diverticule de Meckel et sur l'anatomie de l'anneau et du canal crural.

Avant d'aborder le mécanisme de l'étranglement de ces hernies du diverticule de Meckel, il nous paraît indispensable de donner quelques notions très brèves sur l'embryologie de ce diverticule et quelques précisions très utiles sur l'anneau et le canal crural.

« Dès les premiers temps de la vie embryonnaire, les capuchons céphalique et caudal, se recourbent l'un vers l'autre, tendant à rétrécir de plus en plus l'espace qui les sépare; le même resserrement s'accomplit dans le sens latéral. L'embryon est alors appendu à la vésicule ombilicale, dont il émerge pour ainsi dire. La portion rétrécie prend le nom d'ombilic, la cavité de la vésicule ombilicale se continuant avec ce qui sera plus tard la cavité intestinale » (Kirmisson : *Bulletin Médical* de 1897, p. 465).

La vésicule ombilicale chez tous les vertébrés allantoïdiens, n'a dans la vie embryonnaire qu'un rôle transitoire.

Le pédicule de la vésicule ombilicale forme un des éléments du cordon, tandis qu'elle-même s'éloigne de plus en plus de l'embryon, diminue de volume et finit par se fondre à la périphérie du placenta.

Vers le deuxième mois, le tube digestif est formé; il comprend trois anses intestinales d'où dérivera l'intestin définitif. C'est l'anse moyenne qui donnera l'intestin grêle et c'est sur elle qu'est branché le canal vitellin.

Vers la huitième semaine, déjà, le canal vitellin commence à régresser, peu à peu il disparaît, la vésicule ombilicale n'a plus bientôt de connexion avec l'intestin.

Le canal vitellin vient-il à ne pas s'atrophier, ou régresse-t-il simplement en partie? Nous aurons les différentes formes que peut revêtir le diverticule de Meckel.

Le plus habituellement, le canal vitellin régresse simplement autour de l'ombilic; le reste flotte dans la cavité abdominale s'abouchant encore dans l'intestin : c'est un diverticule de Meckel libre.

Le siège de ce diverticule chez l'adulte est à un mètre environ de la valvule de Bauchin. Les distances extrêmes observées vont de quelques centimètres à trois mètres au-dessus de cette valvule.

Chez l'enfant, le diverticule mesure 2 cm., 5 de long en moyenne. Il s'allonge avec l'âge pour atteindre 6 centimètres ou 8 centimètres chez l'adulte; mais il peut devenir beaucoup plus long.

La forme varie beaucoup. Elle est le plus souvent

cylindrique, en forme de doigt de gant, mais elle peut être conique, la grosse extrémité dirigée vers l'intestin, ou bien, avec la disposition inverse elle peut être marbronnée, globuleuse.

Le plus souvent le diverticule s'insère sur le bord libre de l'intestin, à angle droit ou à angle aigu.

La base est presque de la grosseur de l'intestin grêle; le sommet se termine soit par une ampoule, ou bien s'effile, ou se recourbe.

Enfin, d'après Forgue et Riche et les nombreuses statistiques, le diverticule de Meckel n'est pas une rareté; il existerait chez 2 % des sujets examinés.

Nous connaissons le siège, les dimensions, les formes, la fréquence du diverticule de Meckel, il nous faut donner à présent quelques détails sur l'agent de l'étranglement, c'est-à-dire l'anneau crural.

Cet anneau possède un élément important, très funeste à la partie herniée, c'est le ligament de Gimbernat.

Revoyons, à titre de mémoire, les notions anatomiques du canal crural. Nous nous souvenons que l'anneau crural est la porte d'entrée de ce canal dont la forme ne doit pas nous échapper. Cet anneau est situé entre l'arcade de Fallope en haut, et l'éminence iléopectinée recouverte du ligament de Cooper en bas. En dehors, nous avons les vaisseaux fémoraux, en dedans le ligament de Gimbernat. Sachons pour l'instant que ce dernier est une formation fibreuse très résistante, dont le bord est presque tranchant. Ce ligament réunit

l'arcade de Fallope au bord supérieur de l'éminence iléo-pectinée.

C'est par cet anneau que passent les lymphatiques qui, du membre inférieur, remontent dans le ventre. C'est à ce niveau que se trouve un ganglion profond, le ganglion de Cloquet, qui peut jouer un rôle dans l'étranglement du diverticule.

Au-dessous de l'anneau commence un canal, le canal crural, qui a bien un point intéressant dans le sujet même que nous traitons. Son anatomie nous aidera à comprendre par quel mécanisme le diverticule a pu être contourné en U et ressembler ainsi à une anse du grêle (Voir observation IV).

Le canal crural, aussitôt après son anneau, prend la forme d'une boîte triangulaire, avec un fond, deux côtés et un couvercle. Les deux muscles psoas et pectiné forment le fond; le couturier le côté externe; le premier adducteur le côté interne. Le fascia cribiformis devient le couvercle de notre boîte (Ombré-dannie : *Poitrine et Abdomen*).

Il ne reste plus qu'à faire une dernière remarque d'un intérêt assez minime, c'est que le couvercle de la boîte est percée de trous. Ce sont ces trous qui déformeront le diverticule comprimé et lui donneront un aspect marronné (Observation V).

Étiologie et mécanisme de l'étranglement

- Le diverticule de Meckel, que l'on rencontrerait une fois sur 50 autopsies, pénétrerait pourtant assez rarement dans un sac herniaire. Forgue et Riche donnent un total de 52 cas sur 600 observations : c'est donc très peu.

Nous avons déjà vu que les hernies diverticulaires crurales sont plus rares que les inguinales. En nous rapportant encore au travail de Forgue et Riche, nous constatons que sur les 52 cas, les hernies crurales ne figurent que pour 11 cas, dont 9 femmes; tandis que les hernies inguinales comptent 40 observations dont 36 hommes, 2 femmes et 2 cas à sexe non indiqué.

Nous remarquons que la hernie crurale à droite est beaucoup plus fréquente. Cela à cause de raisons anatomiques, car le diverticule s'implante sur l'intestin grêle presque toujours au voisinage du cœcum. Ainsi sur les 11 cas de tout à l'heure, 7 sont à droite, un seul à gauche; dans 3 cas le côté n'est pas indiqué.

L'homme fait surtout des hernies inguinales, car la route est toute tracée par le passage du cordon, véritable point faible. La femme possède un autre genre de

point faible, c'est l'anneau crural. Aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver très peu de hernies crurales chez l'homme, alors que presque toutes se trouvent chez la femme; ainsi nous venons de voir que sur 11 cas de crurales, il y avait 9 femmes.

En ce qui concerne l'âge des malades, il est un point intéressant : l'exception de ces hernies diverticulaires chez l'enfant. Or nous savons que les hernies de l'appendice vermiforme sont relativement fréquentes dans le jeune âge, même chez le nourrisson. Voilà pour ce qui est de l'âge, le seul point digne d'être noté.

Examinons à présent les circonstances qui président à la formation et à l'étranglement de cette hernie crurale. Le diverticule doit être libre et mobile dans la cavité abdominale; l'anatomie nous apprend que les dernières anses de l'intestin grêle, ont un méésentère beaucoup plus long; ces anses peuvent donc évoluer en tous sens et sur un parcours beaucoup moins restreint. Or, c'est sur cette partie de l'intestin, remarquable donc par sa mobilité, que s'abouche le diverticule de Meckel, lui-même très mobile. Ce diverticule, comme toutes les portions de l'intestin, subit toutes les pressions abdominales et il suffit qu'un passage vienne à s'ouvrir pour que le diverticule s'y introduise, donnant naissance à une hernie de Littré.

L'anneau crural est une ouverture facile à franchir, puisqu'il est simplement rempli et obstrué par le « *septum crurale* » de Cloquet. C'est une mince cloison, aisément repoussée. Cette cloison, fragile en elle-même, peut encore perdre de sa résistance par l'inflammation

du ganglion de Cloquet, qui peut grossir et écarter les parties molles; ce ganglion revient ensuite à ses dimensions premières, les tissus ne l'accompagnent pas toujours dans sa régression et le passage devient encore plus facilement perméable.

Nous devons insister à présent, sur les modes d'étranglement. Voici l'opinion de Gosselin sur les hernies de cette région :

« La hernie crurale s'étrangle plus facilement que toutes les autres, les étranglements en sont plus serrés et plus promptement graves, si on les abandonne à eux-mêmes. »

C'est qu'en effet nous avons au niveau de l'orifice crural le ligament de Gimbernat. C'est lui qui fait que la hernie crurale s'étrangle trois fois plus souvent que l'inguinale. La disposition qui favorise l'étranglement et rend plus fréquente la gêne de la circulation, en retour, c'est l'arête vive formée par ce ligament. Le diverticule vient s'y couder et rapidement s'ulcérer. C'est d'ailleurs ce qui a dû se produire dans l'observation XIV, où l'opération nous montre un sac herniaire vide, mais dans l'abdomen un diverticule de Meckel ulcéré par pression contre le ligament de Gimbernat. C'est lui, enfin, qui explique d'une façon évidente, la fréquence de l'engouement de toute hernie en général, du diverticule de Meckel, dans notre cas particulier. Avec cet agent d'étranglement, il en existe sûrement d'autres qui sont encore pour le favoriser.

Ainsi le pédicule du diverticule peut être comprimé par un gros ganglion de Cloquet enflammé, compres-

sion telle, qu'elle puisse arrêter la circulation sanguine et lymphatique; le diverticule se congestionne, se nécrose. Une tumeur du voisinage peut remplir le même office. Un coup, un bandage trop serré, peuvent provoquer une crise d'engouement.

Les purgatifs, les repas trop copieux, en exagérant le péristaltisme de l'intestin et en exerçant des tiraillements sur le pédicule, sont d'excellentes causes favorisant l'étranglement.

Enfin ce diverticule, avec une circulation gênée, qui peut être irrité de si différentes manières, possède en lui-même la plus riche flore microbienne. Le diverticule est donc sujet à s'enflammer, se congestionner, et c'est là la plus ordinaire cause de l'étranglement.

Et ceci paraissait tellement vrai, qu'on a nié jusqu'à nos jours l'existence du simple étranglement.

Anatomie pathologique

L'observation de Brin, souleva, en 1905, à la Société de Chirurgie, une discussion sur les rôles respectifs de l'inflammation et de l'étranglement. Est-ce l'inflammation qui déchaîne l'étranglement; ou bien l'étranglement peut-il exister tout seul?

Berger, Broca, sans nier l'étranglement vrai, reconnaissent qu'ils ne l'ont jamais rencontré; ils donnent donc la préférence à l'inflammation, à la péritonite herniaire. Et pourtant Dutil et Témoin, en 1886, avaient signalé, dans la *Gazette Médicale de Paris*, un cas d'étranglement sans trace apparente de l'inflammation. Après eux, c'est L. Michel, qui, dans la *Revue Médicale de l'Est* de 1905, dit avoir opéré un diverticule serré simplement par un anneau très étroit. En 1907, Jacoulay, dans le *Lyon Médical*, Forgeue et Riche dans leur important travail sur le « Diverticule de Meckel », admettent l'étranglement pur et en citent des exemples.

En 1910, Guichard, dans la *Loire Médicale*, Hustin, dans *Les Annales de la Société Belge*, confirment à nouveau ces données. Enfin l'observation due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Dieulafoy, prouve

bien l'existence d'étranglements se constituant d'eux-mêmes et provoquant des phénomènes d'irréductibilité et de nécrose.

Examinons ce qui se passe dans le sac herniaire d'un diverticule, dont le pédicule est serré par un anneau crural étroit. A l'ouverture de ce sac, nous pouvons constater parfois un peu de sérosité d'abord citrine, puis colorée en rouge plus ou moins foncé. Ce liquide est un excellent signe de la striction exercée par l'anneau. Nous savons, en effet, qu'au début tout au moins, l'étranglement n'est pas tel, que toute circulation cesse d'emblée. L'afflux sanguin continue à se faire par les artères, pendant que se produit la stagnation veineuse; il en résulte une transsudation à travers la paroi diverticulaire. Les veines, dont les parois sont plus ou moins résistantes, laissent s'écouler du liquide sanguin, d'où des foyers hémorragiques.

Aux troubles circulatoires succèdent bientôt des lésions ischémiques et infectieuses. La portion serrée au niveau de l'anneau constricteur, se marque d'un sillon plus ou moins profond, avec quelquefois une teinte grisâtre. D'après Jobert, Gosselin, Nicaise, la destruction va s'opérer de dedans en dehors, entamant d'abord la muqueuse, puis la musculieuse et enfin la séreuse où l'on trouve des perforations souvent petites et inaperçues.

Des adhérences s'établissent entre le diverticule et le collet herniaire, adhérences qui vont protéger la cavité abdominale, si bien que la perforation peut se produire en dehors du ventre, sans entraîner de péritonite

généralisée. Le corps du diverticule ne tarde pas à souffrir lui aussi de l'ischémie, ouvrant des portes d'entrée à l'infection. La muqueuse, en effet, intérieurement se desquame et se nécrose; des thromboses et des ruptures vasculaires se produisent. Cette infiltration sanguine donne au diverticule étranglé sa couleur rouge sombre, bientôt noirâtre. A un plus haut degré de constriction, la portion étranglée est frappée rapidement de gangrène; elle devient couleur feuille morte, puis grisâtre et parsemée de petits abcès sous-séreux. Ce diverticule nécrosé va laisser un champ libre aux microbes; la région s'enflammera, suppurera et ainsi va se former une fistule, qui pourra laisser écouler des matières fécales.

Ce diverticule peut rester parfois longtemps dans son sac herniaire sans subir l'étranglement; dès lors, il se déforme, se coude en U. En revoyant les notions d'anatomie de l'anneau et du canal crural, nous avons constaté qu'il existait là une région de forme triangulaire, comparée à une boîte. Le diverticule doit être long; celui de l'observation IV à 15 centimètres ou 16 centimètres. Ce long diverticule, après avoir franchi l'anneau crural, doit glisser sur le fond de la boîte et buter au sommet du triangle. Là, le diverticule ne peut aller plus loin, dès lors, il remonte vers le fascia cribriformis. Ce fascia repousse en arrière l'extrémité du diverticule et l'oblige à gagner, mais en sens opposé, l'anneau crural. Et ainsi s'est constitué une anse diverticulaire en tous points semblable à celle de l'observation qui nous intéresse.

Des faits rapportés ci-dessus, nous concluons donc à l'existence incontestable de l'étranglement du diverticule seul, dans un hernie crurale. Toutefois, l'inflammation de ce diverticule n'est pas une exception et très fréquemment l'on peut voir son association avec l'étranglement vrai.

Etude clinique

Le diverticule de Meckel peut faire issue dans un sac herniaire, ne causer pendant longtemps aucune gêne, et se laisser réduire comme n'importe quel viscère abdominal.

Mais l'engouement peut survenir, et, avec lui, l'étranglement ou l'inflammation. Dès lors, le tableau se complique, quoique à un degré bien moindre que lorsqu'il s'agit de l'étranglement d'une anse intestinale.

Dans la majorité des cas, l'allure est insidieuse, ce qui s'explique par la nature même du contenu hernié. L'étranglement ne porte, en somme, que sur une portion intestinale supplémentaire et n'ayant aucune utilité; en aucune façon, le cours des matières fécales n'est gêné et il n'existera pas de coprémie.

Ce qui a frappé Dutil et Témoin dans leur rapport, sur la *Gazette Médicale de Paris*, c'est justement la lenteur avec laquelle a évolué un étranglement herniaire, avec peu de signes fonctionnels.

Quelquefois, pourtant, l'étranglement se déclare brusquement, après un effort, comme dans le cas de L. Michel, cité dans la *Revue Médicale de l'Est*.

Cette brusquerie du début est plutôt rare.

Dès 1700, Littré, dans sa communication à l'Académie Royale des Sciences, a décrit lui-même les signes de l'étranglement diverticulaire :

« Le malade va à la selle pendant tout le cours de la maladie, parce que le canal intestinal n'étant point intercepté, les excréments ont la liberté de le parcourir d'une extrémité à l'autre. — Le malade n'a pas de hoquet, ou très rarement. — Il ne vomit pas, ou incomparablement moins que dans les hernies ordinaires, et jamais de matières fécales. — Le ventre du malade n'est ni gros, ni tendu, ni plein de vent comme dans les hernies ordinaires. — La tumeur de l'aine se forme plus lentement et ne devient jamais si grosse. — L'inflammation, la douleur, la fièvre et les autres accidents qui accompagnent cette espèce particulière de hernie, sont plus longtemps à se manifester et ont moins de violence. »

La description de Littré reste vraie dans l'ensemble. L'étranglement du diverticule seul ne détermine presque jamais par lui-même des accidents graves; presque toujours les symptômes locaux prédominent et les symptômes généraux sont légers et transitoires.

Dans les cas non traités, on peut observer un phlegmon stercoral qui s'ouvre au dehors et donne lieu à une fistule stercorale. Il existe, sur notre thèse, quelques observations se rapportant à cette complication d'ailleurs sans gravité immédiate (Observations VIII, X, XII, XIII).

Et pourtant on a pu constater des accidents graves et

même mortels à la suite d'étranglements du diverticule seul. Mais en examinant attentivement les cas, on remarque que l'on a toujours affaire à des lésions surajoutées, ou à une infection péritonéale secondaire. Voyons quelques-unes de ces complications :

Dans l'observation II, due à Dutil et Témoin, l'autopsie nous a montré un diverticule sphacélé jusqu'à la base, ce diverticule est à moitié détaché de l'intestin et figure un doigt de gant partiellement décousu. D'où matières fécales dans le bassin et péritonite généralisée d'emblée, entraînant une mort rapide.

Jaboulay nous rapporte le cas d'un homme de 44 ans, opéré en partie de son diverticule de Meckel. Des phénomènes d'obstruction nécessitent une deuxième intervention, et le chirurgien se trouve en présence d'une coudure de l'intestin, avec ulcération de la paroi intestinale. Le pronostic reste très réservé (Observation IV).

C'est encore une ulcération de l'intestin, provoquée par pression contre le ligament de Gimbernat qui a déclenché une péritonite aiguë (Observation XIV, de Busch).

Enfin, dans un cas exposé par Cazin, l'autopsie montre un retrécissement consécutif à l'ablation d'un diverticule de Meckel. L'obstruction intestinale a amené la mort (Observation XVII).

Ce sont quatre accidents tout à fait imprévus, qui ne sont, en somme, que des complications.

Pour être complet, nous devons ajouter, en nous inspirant de L. Michel — *Revue Médicale de l'Est* de

1905 — que s'il existe parfois des cas à allure plus rapide, et des cas à allure insidieuse, ces différences doivent dépendre de deux éléments :

La grosseur et la longueur du diverticule.

Le siège de l'étranglement sur un diverticule.

Plus un diverticule sera gros et long, plus les phénomènes nerveux d'origine réflexe seront importants. Un diverticule dont le siège de l'étranglement sera situé tout près de l'extrémité, aura une bien moins grande influence sur l'état général du malade, que s'il était serré à sa base, c'est-à-dire étranglé dans son entier.

Et Michel dit encore que si l'étranglement siège au niveau du point d'implantation du diverticule sur l'intestin, cet intestin subit une parésie réflexe, beaucoup plus marquée : d'où constipation opiniâtre. Cette disposition favoriserait davantage la coudure et le rétrécissement par rétraction consécutive à l'étranglement.

En résumé, la symptomatologie d'un diverticule de Meckel étranglé dans une hernie crurale se caractérise par des signes généraux et des signes locaux :

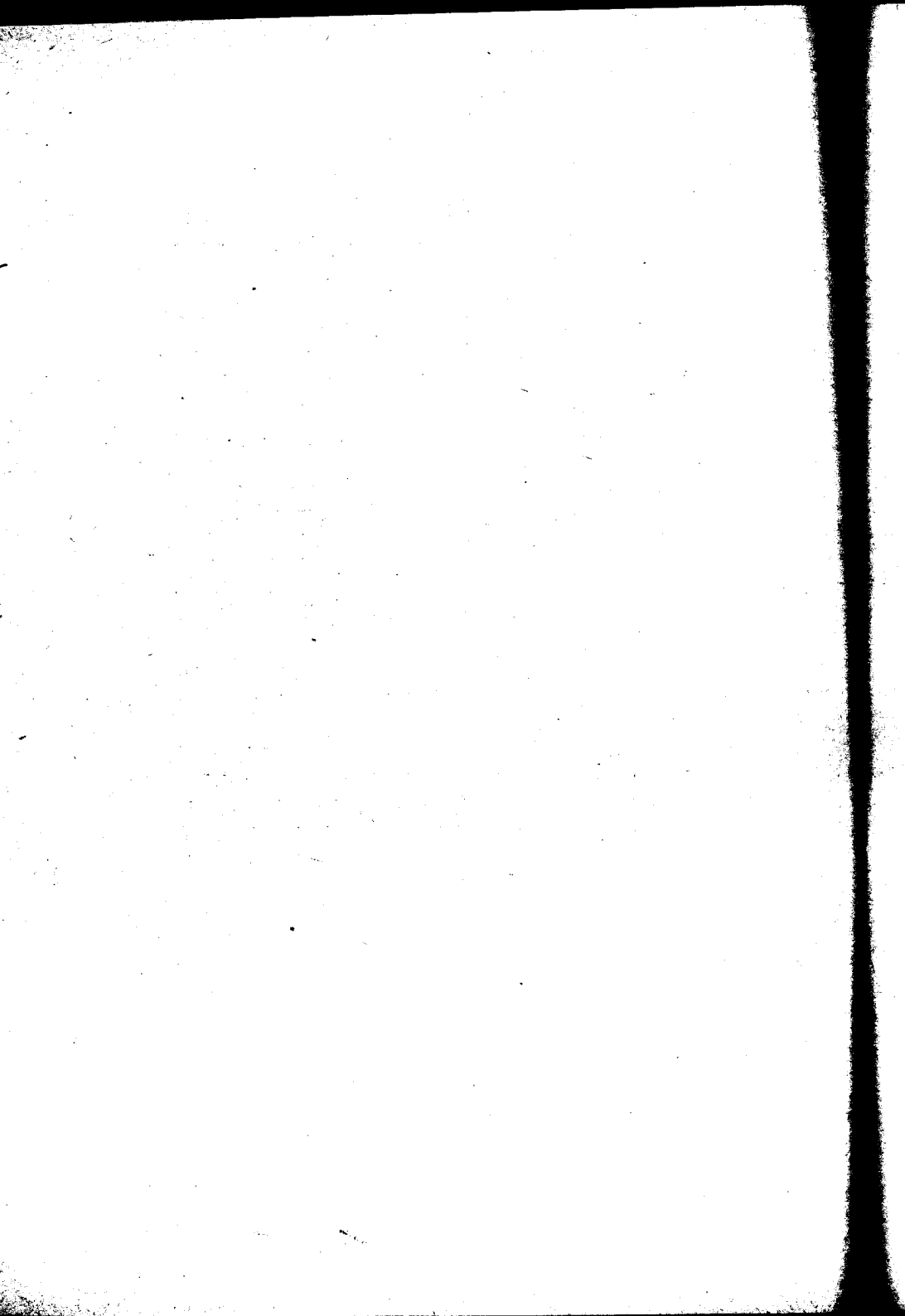
Les symptômes généraux sont des phénomènes nerveux d'ordre réflexe : c'est la douleur plus accentuée. Cette douleur est spontanée et se présente sous forme de coliques, s'irradiant dans le ventre, mais ayant leur point de départ au voisinage du pédicule. Ce sont les nausées plus ou moins fréquentes du début, et l'apparition plus rare des vomissements presque jamais fécaloïdes. Il existe toujours un léger ballonnement du ventre, dû à une certaine parésie de l'intestin avec

accumulation de gaz. Cette parésie explique encore la constipation presque de règle.

Les symptômes locaux dominent : c'est l'irréductibilité constatée ordinairement par le malade lui-même; irréductibilité qui l'effraye et l'amène auprès d'un médecin. La tumeur est tendue, douloureuse à la pression. A la percussion, on trouve, en général, de la submatité grâce à la présence de liquide dans le sac herniaire.

On ne peut qu'être surpris de la discordance entre les symptômes locaux qui sont graves, alarmants, faisant craindre l'étranglement intestinal et l'obstruction, et les symptômes généraux qui sont très bénins. Cette discordance devra nous mettre sur la voie du diagnostic, surtout quand, après interrogatoire du malade, ce dernier nous avouera qu'il est allé à la selle et qu'il a eu récemment une émission de gaz. Notre diagnostic, nous allons le voir, sera éclairé considérablement par la présence d'une fistule stercorale.

Enfin, dans certains cas graves dus à des lésions secondaires, on peut assister à l'évolution d'une péritonite. Le faciès se grippe, la température baisse tandis que le pouls augmente de fréquence et devient incomptable. L'hypothermie et le collapsus cardiaque terminent la scène.



Diagnostic

Le plus souvent, nous nous trouvons en présence d'une femme, vivement inquiète, parce que depuis quelques jours, une hernie de l'aîne, qui ne la gênait que fort peu, ne veut plus se laisser réduire. Elle peut raconter que c'est après un travail fatigant, après un effort, qu'elle a ressenti une plus vive douleur dans la région, et que depuis, la tumeur est irréductible. La malade se plaindra simplement de quelques nausées, d'hypersensibilité de la tumeur et de manque d'appétit. Ce qui va nous surprendre de suite, c'est l'état général de la malade, état bien conservé; d'ailleurs cette femme peut n'accuser aucun vomissement, et avouer qu'elle n'a pas dû interrompre son travail.

Que penser en face d'une telle malade? On peut à peine croire à une hernie étranglée, et pourtant, au palper, on trouve une tumeur oblongue, assez sensible, irréductible. Par la pression, nous pouvons nous rendre compte d'une certaine tension, d'une rénitence accompagnée parfois de gargouillement. Nous recherchons l'arcade de Fallope et nous constatons que nous avons affaire à une variété crurale, puisque le pédicule

de la hernie passe sous l'arcade, par l'anneau crural. Le doigt, en suivant ce pédicule, perçoit bien la consistance fibreuse de l'anneau constricteur. Nous pouvons éliminer tout de suite l'épiplocèle enflammé par sa consistance pâteuse et sa matité caractéristique. Tout nous confirme l'étranglement d'une portion intestinale, avec la notion étrange que cette malade a conservé un assez bon appétit, avec peu ou pas de vomissements, qu'elle peut émettre des gaz et aller à la selle. Nous pouvons penser dès lors à un pincement latéral de l'intestin, ou encore à un appendice qui s'est étranglé dans un anneau crural; mais l'idée ne nous viendra sûrement pas, que nous puissions avoir affaire à un diverticule de Meckel.

Granjean, dans sa thèse de Nancy, 1901, s'exprime ainsi en parlant du diagnostic :

« Dans aucun cas, à aucune période, le diagnostic de hernie du diverticule de Meckel ne peut être un diagnostic de certitude. Si, toutefois, la hernie est compliquée, il existe quelques signes, permettant de faire cliniquement un diagnostic de probabilité. »

Nous ne pouvons donc faire qu'un diagnostic de probabilité.

Nous nous baserons sur ces faits :

Qu'une hernie étranglée dans un anneau crural droit, chez une malade dont l'état général est surtout conservé, doit nous faire toujours songer à un diverticule possible, car le diverticule se rencontre étranglé le plus souvent dans la variété crurale. Nous rencon-

trérons donc ce genre d'étranglement plutôt chez la femme, avec une prédilection pour le côté droit.

Nous sommes amenés à opérer et le diagnostic est encore à faire entre diverticule, pincement latéral, appendice herniaire.

Comment reconnaître d'abord un diverticule de Meckel d'un pincement latéral? Au point de vue histologique, il existe une différence capitale : c'est la présence de glandes pseudo-pyloriques dans un diverticule de Meckel. Quand on a affaire au simple pincement latéral on ne constate que des glandes intestinales.

Macroscopiquement, nous pouvons dire après Broca (à propos d'une communication de pincement latéral faite par Schwartz à la Société de Chirurgie de Paris) :

« Quand on voit une saillie en forme de bouteille avec goulot étroit, il me semble plus exact d'admettre le pincement d'un diverticule préexistant. »

Et à ceci, Pierre Delbet ajoute que « s'il s'agit d'un pincement latéral vrai, c'est-à-dire du pincement d'une anse normale, le petit cône formé par le pincement s'affaisse dès qu'on a levé l'étranglement et qu'on redresse l'anse. Au contraire, quand les parties conservent le même respect après qu'on a levé l'étranglement, c'est que l'étranglement a porté, non sur une portion d'anse normale, mais sur un diverticule préexistant. »

Le petit volume de la tumeur est en faveur du pincement latéral, car d'après Forgue et Riche, la hernie du diverticule serait souvent d'un volume plus gros. Il est intéressant de noter, de plus, que l'arrêt des matières est fréquemment observé, ainsi que l'apparition de

vomissements fécaloïdes, dans le cas de pincement latéral.

Il sera surtout très difficile de se prononcer en faveur d'un diverticule ou d'un appendice. Si le diverticule, avec sa forme en bouteille, est assez facile à différencier avec un appendice cylindrique, le chirurgien est parfois embarrassé quand il tombe sur un diverticule en plume d'oie, rendant la confusion inévitable. Il faut rechercher le cæcum, et vérifier l'implantation de l'appendice sur ce cæcum.

En présence d'une fistule stercorale occupant une région herniaire, nous serons amenés à penser à une fistule diverticulaire, surtout si les commémoratifs apprennent qu'elle s'est installée sans grande réaction générale. Et cependant nous pouvons rencontrer ces fistules dans les pincements latéraux, mais dans ces derniers cas, nous l'avons déjà dit, l'état général du malade est plus atteint, plus ordinairement mauvais. Cliniquement, le diagnostic est presque toujours impossible, c'est au cours de l'intervention que l'on reconnaîtra le diverticule.

Enfin la simple diverticulite peut donner un abcès, qui s'enflamme et se fait jour à la peau; nous avons ainsi la création d'une fistule identique à celle de l'étranglement.

Les commémoratifs pourront nous faire admettre la diverticulite plutôt que l'étranglement; avant la formation de l'abcès, le malade peut s'être plaint de plusieurs crises comparables à des crises d'appendicite. Mais avec Forgue et Riche, nous devons reconnaître

que les observations qui montrent de simples lésions de diverticulite sont fort rares. Voici d'ailleurs ce que ces deux auteurs pensent à ce sujet :

« Et tout en nous rangeant à l'opinion de Broca, en ce qui concerne l'observation de Brin, d'une malade qui avait eu certainement des crises antérieures de diverticulite, tout en admettant avec lui, théoriquement, l'existence d'une diverticulite herniaire à rechutes, nous sommes obligés d'attendre pour décrire la diverticulite herniaire, des observations nouvelles et plus démonstratives. Au surplus, l'association des deux processus paraît probable, sans qu'il soit possible de préciser leur relation exacte. »

En résumé, le diagnostic présente de très grandes difficultés, et, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, un diagnostic de certitude est toujours impossible.

Pronostic et Traitement

Le pronostic d'une hernie de Littre n'est jamais aussi grave que le pronostic d'une hernie de l'intestin. Même lorsque l'étranglement du diverticule vient assombrir l'état du malade, nous devons ressentir moins de crainte que pour tout autre étranglement. Car cet accident, par son peu de retentissement habituel sur l'état général, et la prédominance des symptômes locaux, n'atteint pas la gravité des accidents ordinaires de l'étranglement herniaire. En admettant qu'on ne puisse intervenir, il n'est pas rare de voir un étranglement de cette nature, se terminer par un abcès stercoral, par une fistule. Le pronostic n'est donc pas alarmant, mais il reste assez sérieux. Il serait faux de croire à la bénignité des hernies du diverticule étranglé.

Souvenons-nous de la menace constante du ligament tranchant de Gimbernat, capable de produire, avec la striction énergique du diverticule, l'altération rapide des tuniques de ce diverticule.

Nous avons vu aussi, dans le chapitre de l'étude clinique, qu'il existe des complications diverses et re

doutables : coudures, rétrécissements, qui, par le mécanisme de l'obstruction intestinale, entraînent la péritonite qui se généralise avec rapidité.

L'abcès stercoral, qui ne présente pas de danger immédiat, aboutit à la fistule dont le pronostic lointain n'est pas sans gravité. Souvent cette fistule siège assez haut sur l'intestin, et livre passage à une partie des aliments dont la digestion intestinale est incomplète. Le malade se nourrit insuffisamment, son organisme s'affaiblit et réagit moins bien, malgré un état de santé relativement bon. Nous avons deux preuves, auxquelles nous pouvons nous rapporter : c'est d'abord l'observation XII, où un homme de 40 ans, atteint d'une fistule stercorale, meurt d'une autre maladie, peu de temps après l'établissement de cette fistule; c'est encore l'observation XIV, qui nous offre un autre exemple de cette infériorité pathologique.

Nous pouvons enfin admettre les désastreux effets d'un taxis pratiqué sur un diverticule altéré. La péritonite généralisée est certaine, si par ces manœuvres dangereuses, on provoque la perforation de la base du diverticule.

Pour toutes ces raisons, le pronostic conservé un certain degré de gravité qui exige l'intervention immédiate dès qu'on soupçonne l'étranglement d'un diverticule dans une hernie crurale.

C'est l'avis de Dutil et Témoin, quand, sur la *Gazette Médicale de Paris*, ils écrivent :

« Souvent, en matière d'étranglement, une abstention

légitime fait courir plus de dangers au malade qu'une inutile intervention. »

Avec Forgue et Riche, nous pouvons affirmer que l'irréductibilité et l'existence de phénomènes douloureux au niveau d'un trajet herniaire, commandent l'intervention immédiate, quels que soient les symptômes généraux.

Il faut encore nous pénétrer d'un principe : c'est que tout diverticule rencontré au cours d'une cure radicale de hernie, sera enlevé. S'il n'est pas un danger pour le présent, c'est un véritable péril pour plus tard. C'est cette conduite que de nombreux auteurs ont suivie, certainement préférable à celle qui se contente de réduire un diverticule plus ou moins altéré. La réduction d'un diverticule est toujours une mauvaise technique, puisque nous laissons dans l'abdomen un organe qui a souffert, qui a été exposé aux traumatismes de toutes sortes.

Dans le cas qui nous intéresse, le diverticule est toujours malade, puisqu'il a été serré par un anneau résistant, puisque sa circulation a été entravée, supprimée; en réduisant simplement un tel diverticule, nous risquons le sphacèle et la nécrose. Et en admettant que ce diverticule soit sain, et ne produise, pendant quelque temps, aucune réaction, il risque, un jour, de s'enflammer, de se gangréner, de produire une occlusion intestinale par brides, par adhérences des anses entre elles, par coutures...

Nous enlèverons donc le diverticule de Meckel toutes les fois que nous le rencontrerons dans une hernie

étranglée, sauf le cas où l'état du malade ne le permet pas.

Nous pouvons envisager deux cas :

La hernie diverticulaire étranglée sans formation de fistule stercorale. — La hernie diverticulaire étranglée avec formation de cette fistule.

La hernie diverticulaire est simplement étranglée : Nous ferons une véritable kélotomie avec ouverture du sac, recherche du collet et de l'anneau de striction. Nous élargirons le point d'étranglement et attirerons vers nous le diverticule. Nous devons alors poser une ligature aussi près que possible de la base du diverticule. Nous n'aurons plus qu'à sectionner au-dessous de la ligature et à enfouir le moignon.

Comment pratiquer cet enfouissement ?

Kirrimisson expose en ces termes sa technique :

« J'ai commencé par le tenter au moyen d'une suture en surjet, mais le moignon arrondi glissait en avant de la suture et n'était point recouvert; aussi ai-je abandonné ce mode de suture, enlevé les points déjà mis en place et fixé le moignon par trois points de suture isolés au fil de soie. » *Société de Chirurgie de Paris*, 1901.

Mais au lieu de pratiquer une kélotomie, nous avons à opérer un trajet fistuleux. Ce que nous raconte le malade sur l'évolution de la fistule, son peu de retentissement sur l'état général, nous fait croire que nous pourrions être en présence d'un diverticule. Nous n'avons qu'une seule technique, c'est la laparotomie; cette opération nous donne beaucoup de jour et nous

permet surtout de réséquer entièrement le diverticule.

Forgue et Riche pratiquent ainsi cette ablation : ils ferment extemporanément le trajet de la fistule ; puis, s'il s'agit d'un volumineux diverticule, au lieu de pratiquer l'écrasement suivi d'enfouissement du moignon, acte qui expose au rétrécissement consécutif de l'intestin, ces auteurs suturent le moignon diverticulaire, comme on ferme un bout d'intestin après entérectomie.

Monsieur le Professeur Dieulafé, dans son observation, a pratiqué un enfouissement du moignon après ligature de la base du diverticule étranglé. L'enfouissement a eu lieu par suture séro-musculaire dans l'anse même de l'intestin grêle.

La technique de Kirrison, déjà exposée plus haut, a donc été suivie en tous points.



Conclusions

- I. — La hernie diverticulaire au niveau de l'anneau crural est fort rare, mais est susceptible de se présenter sous forme d'étranglement.
- II. — C'est le collet très étroit du sac herniaire, qui est l'agent de l'étranglement.
- III. — Les symptômes sont ceux d'une hernie étranglée, sans grande réaction péritonéale; les phénomènes graves apparaîtront tardivement si l'intervention n'avait pas lieu.
- IV. — On a vu le diverticule de Meckel étranglé, évoluer vers l'abcès stercoral, qui se termine par la formation d'une fistule, mais très tardivement.
C'est le peu de retentissement sur l'état général, et la lenteur de la production des accidents, qui caractérisent la fistule d'origine diverticulaire.
- V. — Le diagnostic clinique n'est jamais certain, car il s'agit d'un vestige anatomique dont la

persistance est une anomalie et dont l'étranglement dans une hernie est un fait exceptionnel.

VI. — C'est en cours d'opération rendue urgente pour les phénomènes d'étranglement, que l'on reconnaît l'existence du diverticule, et on procède à sa résection avec enfouissement du moignon dans l'anse grêle attenante.

Le Président de la Thèse,
DIEULAFÉ.

Vu: *Le Doyen,*
ABELOUS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 17 novembre 1923.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DRESCH.

Index Bibliographique

- BERGER. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de 1905.
- BLANC. — Thèse Paris, 1899.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1882, p. 5.
- BRIN. — Bull. et Mém. Société de Chir. de 1905, 5 avril, p. 366.
- BROCA. — Des étranglements dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent les simuler. Thèse d'agrég., Paris, 1853.
- Bull. et Mém. Société de Chir. de 1905.
- In Barbarin : Bull de la Société Anat., 1899, p. 924.
- Société de Chirurgie de Paris, tome XXVII, n° 27, p. 843.
- BUSCH. — Congrès allemand de Chirurgie, 1884, tome XIII, p. 85.
- CABARET. — Journal des Connaissances Médico-chirurgicales, 1842, tome X, p. 54.
- CAZIN. — Diverticules de l'intestin. Thèse Paris, 1863.

- DELBET (Pierre). — Société de Chir. de Paris, tome XXVII, n° 27.
- DUTIL et TÉMOIN. — Gazette Médicale de Paris, 1886, p. 280.
- EKEHORN. — Die Brüche des Meckel'schen Divertikels. Arch. für Klin. Chir. Berl., 1901, tome LXIV, p. 115-133.
- ESCHER. — Congrès allemand de Chirurgie, 1891.
- FORGUE et RICHE. — Diverticule de Meckel, 1907.
- FRANCHOMME. — Thèse Paris, 1893.
- GOSSELIN. — Thèse d'agrégation, 1844.
- GROSS. — In Granjean. Thèse Nancy, 1901.
- HAASE. — De hernia a diverticulo intestini ilei nata, 4° Lipsiae, 1792.
- HAGER. — Ueber die Hernia Littrica, 8° Greifswald, 1884.
- HILGENREINER. — Beiträge z. Klin. Chir., 1903, XL, p. 99.
- HUSTIN. — Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel seul au niveau d'une hernie crurale. Journal de Chir. et Ann. Société Belge de Chir., Bruxe., 1910, tome X, p. 381.
- Von LACKOVICH. — Centralblatt für Chir., 1883, p. 778.
- LITTRÉ. — Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, 1700, p. 300.
- MALCAIGNE. — Gazette Médicale de Paris, 1840.
- MÉRY. — Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, 1701, p. 273.

- MICHEL. — Revue Médicale de l'Est, 1^{er} novembre 1905, p. 643.
- MINTER. — Muller's Arch. f. An. u. Phys., 1835, p. 507.
- PAYR. — Ueber Darmdivertikel und durch sie erzeugte seltene Krankheitsbilder. Arch. J. Klin. Chir., Berlin, 1902, LXVII, p. 996.
- RAESFELD. — De hernia Littrica, 4^o Berolini, 1852.
- RICHTER. — Traité des hernies. Traduction Rougemont 1788.
- RIECKE. — Ueber Darmanhangs Brüche, Berlin, 1841.
- RUYSCH. — 1698 : Observationum anatomico-chirurgicarum Centuria.
- 1707 : Thesaurus Anatomicus, septimus.
- SCARPA. — Traité pratique des hernies. Paris, 1812, 8^o.
- SMITH RUDOLF. — Brit. Méd. Journal, 1901, tome II, p. 1734.
- TÉDENAT. — Hernies diverticulaires étranglées et pincement herniaire. Montpellier Médical, 1885, 2 s. IV, p. 407.
- WALLINSTEIN. — Ueber die Hernia Littrica, 4^o Giessen, 1868.



