



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 138

**A PROPOS D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT
DE L'APPENDICE
DANS UNE HERNIE INGUINALE DROITE**

Contribution à l'étude de l'étranglement appendiculaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Jean-Paul-Emile-Gontran DUMAZET

Externe des Hôpitaux

Né à Brantome (Dordogne), le 14 Juillet 1895

Examineurs de la Thèse

- MM. GUYOT, professeur.....
- POUSSON, professeur.....
- DUVERGEY, agrégé.....
- PAPIN, agrégé.....

Président.

Juges.

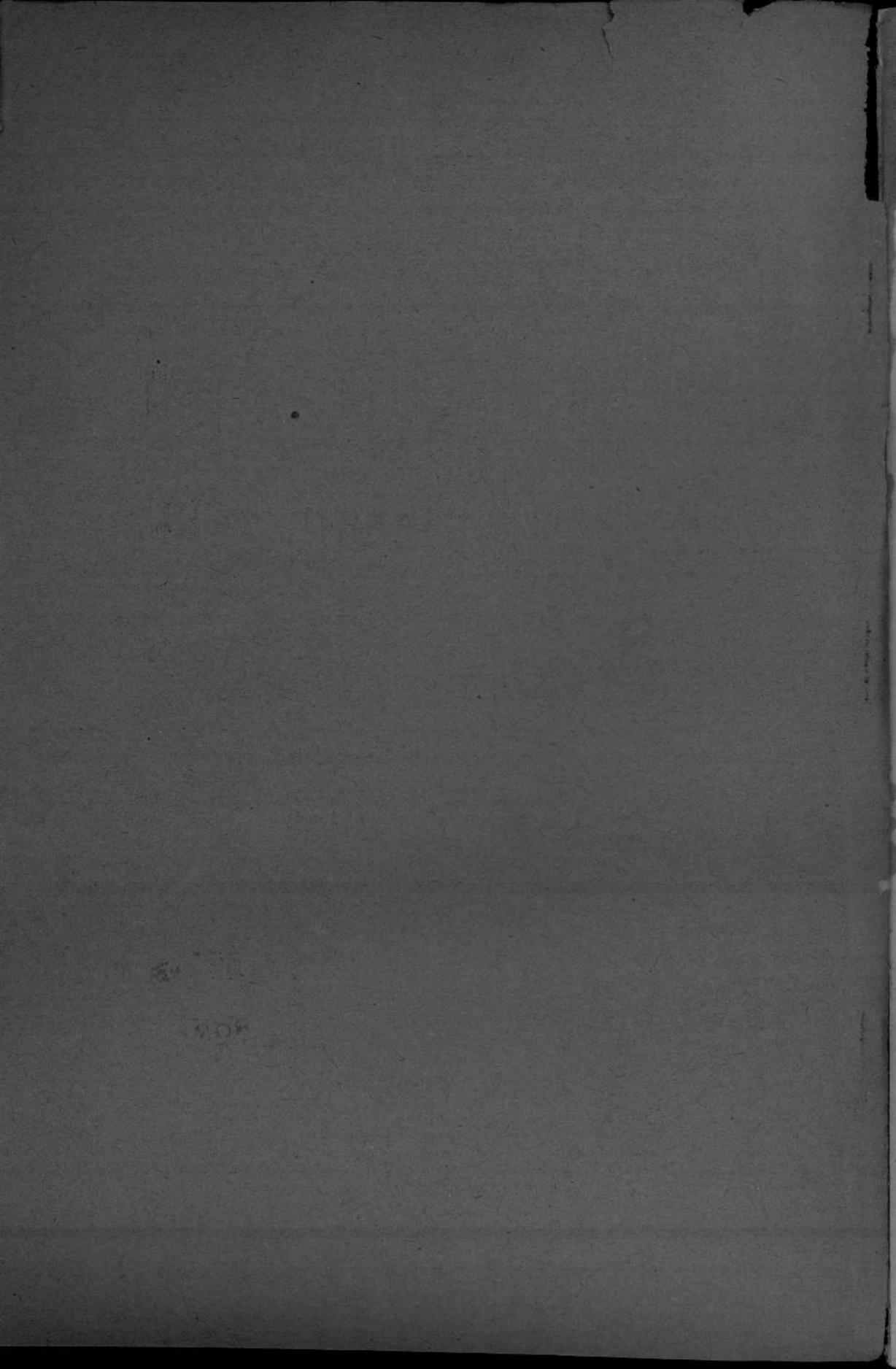


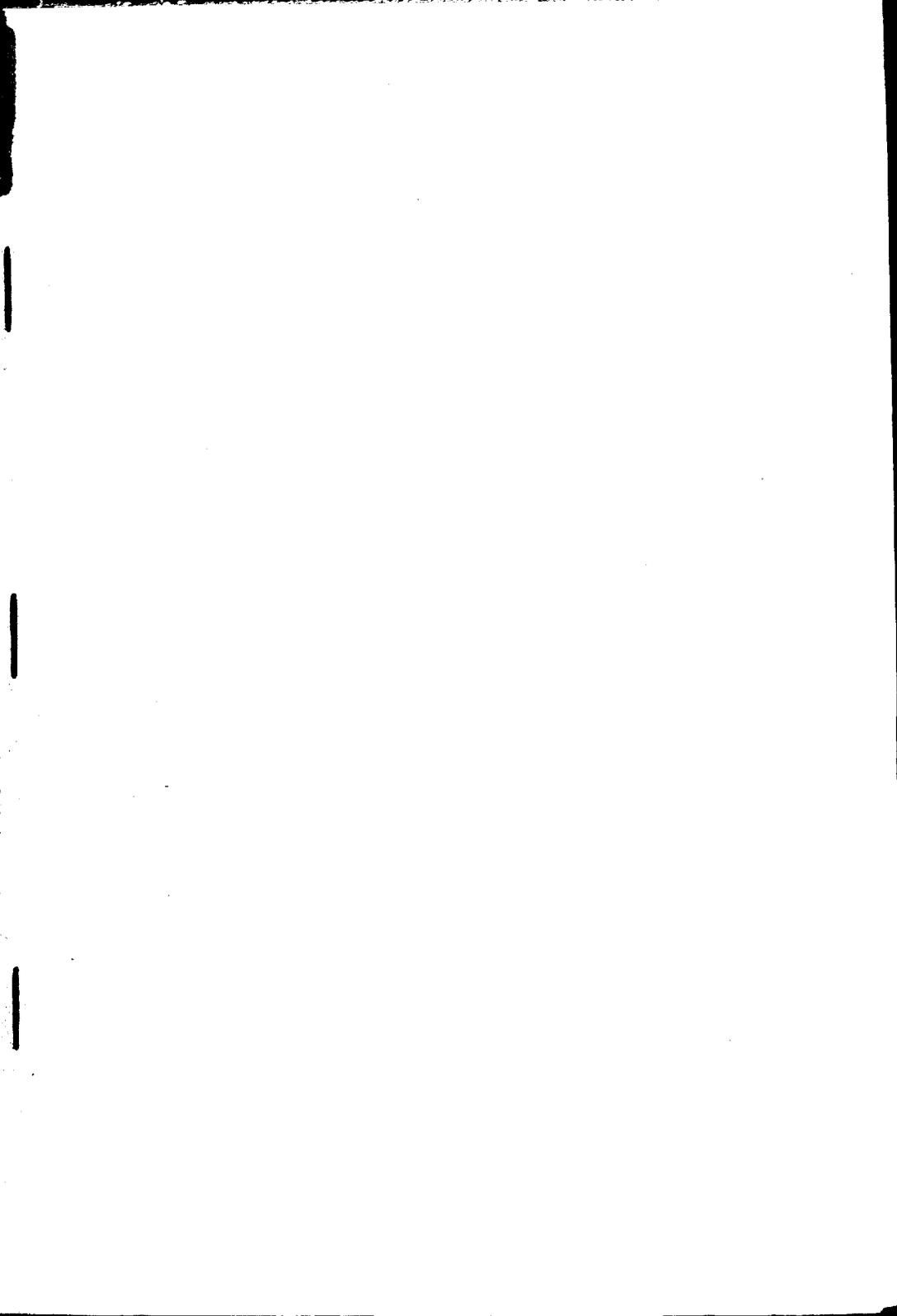
BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

1923







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 138

**A PROPOS D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT
DE L'APPENDICE
DANS UNE HERNIE INGUINALE DROITE**
Contribution à l'étude de l'étranglement appendiculaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Jean-Paul-Emile-Gontran DUMAZET

Externé des Hôpitaux

Né à Brantome (Dordogne), le 14 Juillet 1895

Examineurs de la Thèse { MM. GUYOT, professeur..... } *Président.*
 { POUSSON, professeur..... }
 { DUVERGEY, agrégé..... } *Juges.*
 { PAPIN, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	DENUCE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	BEGOÛIN.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique	CRUCHET.	Clinique médicale des mala-	DENIGES.
générales	RIVIERE.	dies des enfants	SIGALAS.
Clinique d'accouchements	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	LE DANTEC.
Anatomie pathologique et mi-	PICQUE.	Physique pharmaceutique ...	W.DUBREUILH.
croscopie clinique	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clin.des	POUSSON.
Anatomie	PACHON.	maladies exotiques	ABADIE.
Anatomie générale et histolog-	AUCHE.	Clinique des maladies cuta-	MOURE.
gie	VERGER.	nées et syphilitiques	BARTHE.
Physiologie	BERGONIE.	Clinique des maladies nerveu-	SELLIER.
Hygiène	GHELLE.	ses et mentales	
Médecine légale et déontolog.	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	
d'électricité médicale	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appli-	
Chimie	MANDOUL.	quée	
Botanique et matière médicale	FERRE.	Hydrologie thérapeutique et	
Pharmacie		climatologie	
Zoologie et parasitologie			
Médecine expérimentale			

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
 CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie....	N... N...	Médecine générale	DUPERIÉ.
Histologie	LACOSTE (chargé)	id.	GREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	id.	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Maladies mentales	PERRENS.
Parasitologie et sciences na-	R. SIGALAS (ch.)	Médecine légale	LANDE.
turales	N...	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	RECHOU.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médic.	N...	id.	PAPIN.
Chimie biolog. et médicale...	PETGES.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	J. CARLES.	id.	FAUGERE.
id.	MAURIAC.	Ophtalmologie	TEULIERES.
id.	LEURET.	Pharmacie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE.	Démonstrations et préparations	LABAT.
Thérapeutique et pharmaco-	CARLES.	pharmaceutiques	RANGIER.
logie	N.	Chimie	PETGES.
Médecine opératoire	FAUGERE.	Puériculture	GREYX.
Accouchements	CABANNES.	Pathologie interne	PAPIN.
Ophtalmologie	ANDERODIAS.	Pathologie externe	
Puériculture			
Orthopédie chez l'adulte, pour		les accidentés du travail, les mutilés de guerre	
et les infirmes.....			MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde
affection et de ma vive reconnaissance.

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

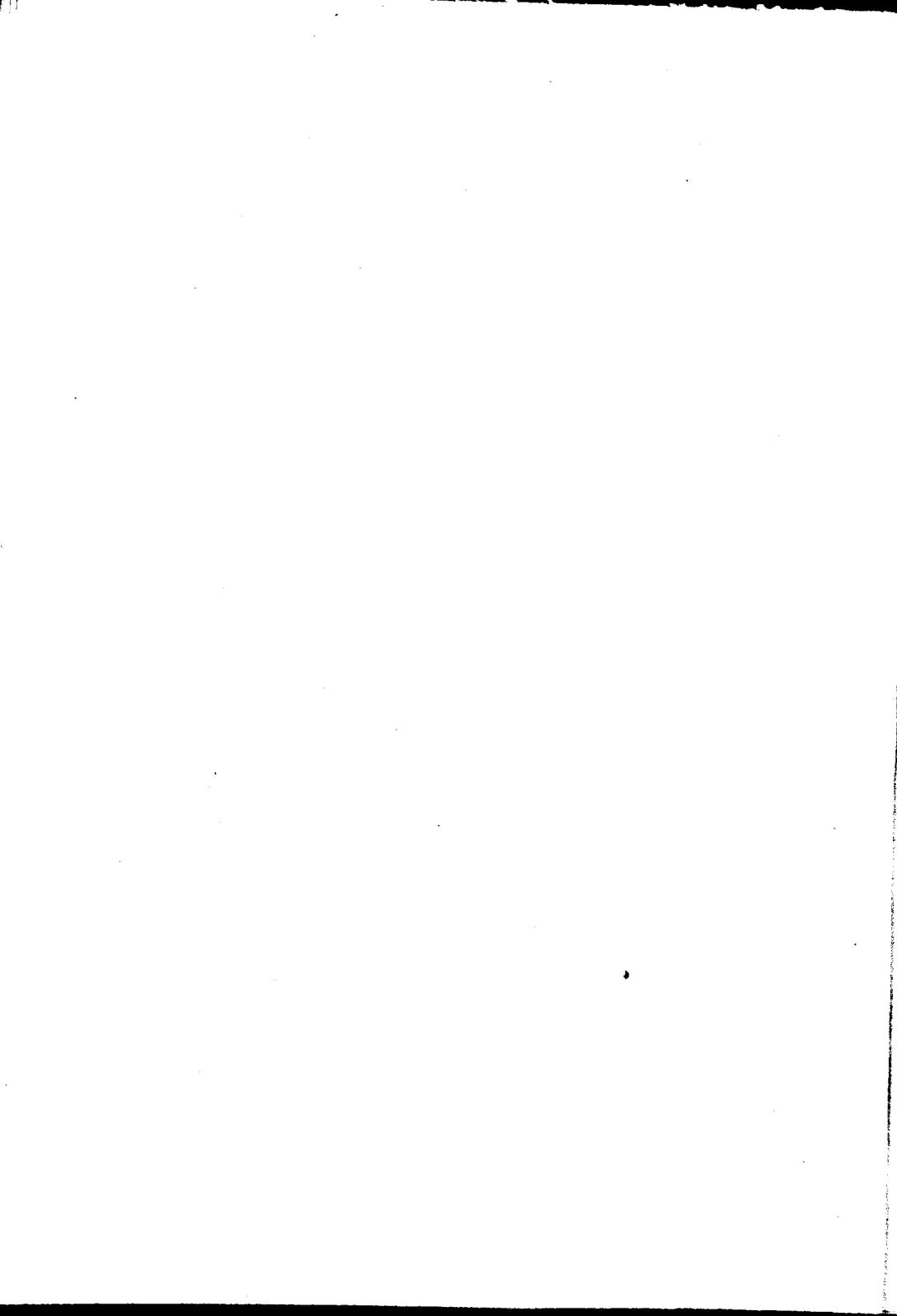
A MONSIEUR LE DOCTEUR ICHON
EX-INTERNE DES HOPITAUX
MÉDECIN RÉSIDANT A L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



A propos d'un cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie inguinale droite

Contribution à l'étude de l'étranglement appendiculaire

INTRODUCTION

Au cours d'une opération d'urgence pratiquée à l'hôpital Saint-André, nous avons eu la bonne fortune d'être le témoin d'une constatation opératoire dont l'intérêt, outre sa rareté assez grande, résidait dans son exceptionnelle netteté et le caractère des lésions saisies au début même de leur évolution. Il s'agissait d'un malade envoyé à l'hôpital pour hernie inguinale droite étranglée, et son observation détaillée vient en tête des documents cliniques qui terminent notre travail.

La présence de l'appendice iléo-cæcal dans un sac herniaire, surtout si la hernie siège du côté droit, est un fait fréquemment constaté au cours des interventions de plus en plus nombreuses pour cure radicale de hernies ou kéléotomies d'urgence.

Nous essaierons dans un premier chapitre de mettre brièvement en lumière les raisons d'ordre surtout anatomique qui permettent d'expliquer cette fréquence : les données

embryologiques et les études récentes sur l'accollement des mésos jettent un jour nouveau sur cette question. Après un court aperçu clinique de cette appendicocèle qui en dehors des complications qu'elle peut présenter ne se distingue guère des hernies banales, nous étudierons ces complications elles-mêmes, dont l'exposé qui a été fait maintes fois, se trouve souvent obscurci par des questions de doctrine : les uns penchant pour l'étranglement primitif, les autres pour l'appendicite initiale, facteur d'étranglement secondaire.

Ces discussions qui à plusieurs reprises ont passionné la Société de chirurgie n'ont pas un grand intérêt pratique et semblent d'ailleurs devoir aboutir à l'adoption d'une théorie mitigée. A côté des appendicites herniaires, nous tâcherons de mettre en relief la possibilité d'étranglement de l'appendice en insistant surtout sur une forme particulière que les auteurs qui ont antérieurement traité la question, mettaient volontairement de côté.

Ils n'envisageaient en effet que les lésions de l'appendice seul organe hernié, ce qui est rare ; nous nous occuperons spécialement des lésions de l'appendice étranglé en milieu herniaire, lésions évidemment secondaires, lorsque l'étranglement évolue au niveau du tractus intestinal jusqu'à ses ultimes phases, mais qui peuvent prendre une individualité des plus intéressantes quand l'anse intestinale réduite spontanément ou opératoirement a réalisé avant sa réduction des troubles de compression marqués au niveau du diverticule appendiculaire. Notre observation nous autorise à envisager la question sous ce jour un peu spécial. Nous serons ainsi amenés à traiter des rapports tout au moins très plausibles entre la hernie, surtout la hernie inguinale droite et l'appendicite, ce qui nous conduira à quelques conclusions de thérapeutique chirurgicale.

Nous grouperons enfin dans des observations choisies les cas les plus nets d'étranglement appendiculaire primitif, l'appendice étant étranglé isolément ou participant à l'étranglement d'autres viscères herniés.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique Etiologie de l'appendicocèle

La topographie du cæcum et de l'anse iléo-cæcale qui sert d'implantation à l'appendice vermiculaire, a fait l'objet d'études déjà anciennes de Legueu, dès 1892, de Tuffier et Jeaune en 1899; mais l'étude la plus complète et la plus précise se trouve dans la thèse d'Alglave. On peut en retenir que si chez l'enfant les positions iliaque haute et iliaque moyenne du cæcum sont les plus fréquentes avec respectivement 31 et 55 cas sur cent; chez l'adulte, indépendamment des situations « atypiques », qu'on peut considérer comme de véritables « ectopies », on trouve sur 108 cas examinés, 11 situations iliaques supérieures, 46 iliaques moyennes et 51 *iliaques inférieures*, avec seulement 4 situations dans le pelvis associées en général à une ptose viscérale très accentuée. Ces chiffres montrent que dans près de la moitié des cas le cæcum est en position iliaque basse c'est-à-dire qu'il répond par son fond à l'angle dièdre formé par la fosse iliaque en arrière et la paroi abdominale en avant. Il présente donc dans ce cas des rapports fort étroits avec l'orifice interne ou profond du canal inguinal qui se projette sur la paroi abdominale un peu en dedans au milieu de l'arcade crurale et à 16 ou 18 millimètres au dessus d'elle. Il peut en être séparé par des anses grêles interposées, mais se trouve en réalité en face et plus ou moins rapproché

de cet orifice profond. Pour ce qui est de l'appendice lui-même, sa situation par rapport au cæcum est encore plus variable, et la radioscopie nous confirme actuellement ces variations non seulement individuelles, mais continuelles chez le même individu. On peut cependant avec Clado, distinguer une position précæcale, une rétrocæcale, une externe, une interne, une descendante. C'est dans cette dernière situation qui est la plus fréquente que l'appendice paraît devoir le plus facilement pénétrer dans un canal inguinal anormalement perméable.

A ces raisons topographiques, que la variété des positions cæco-appendiculaires ne permet guère de systématiser, il faut joindre la disposition et la laxité plus ou moins grande des mésos qui constituent les moyens de fixité de ces organes.

Le développement de ces mesos se rattache très étroitement à l'évolution de l'intestin, surtout à l'évolution de l'anse ombilicale chez le fœtus, et au processus de coalescence des feuilletts péritonéaux que Lardemois et Okinczyk ont fait si judicieusement intervenir dans la formation des hernies adhérentes, particulièrement fréquentes au niveau du cæcum, que la théorie du glissement n'expliquait qu'imparfaitement.

Cette adhérence par coalescence secondaire ne nous intéresse d'ailleurs qu'indirectement; elle ne peut, en effet, que fixer dans un sac herniaire une anse intestinale qui y avait déjà élu domicile.

Parmi les causes anatomiques et embryologiques pouvant favoriser la production d'une hernie appendiculaire, nous retiendrons donc chez l'enfant une laxité anormale de ses mésos avec coalescence secondaire possible dans le sac herniaire. Dans les cas de rotation incomplète de l'anse ombilicale, une ectopie cæcale gauche peut être suivie elle-même d'une hernie inguinale ou même crurale du côté gauche contenant le cæcum et l'appendice.

Chez l'adulte une mobilité anormale du cæcum peut être le fait, soit d'un accollement incomplet au niveau du colon ascendant soit d'une véritable distension du cæcum, dont le fond est d'autant plus abaissé, que la dilatation de l'organe est plus considérable. Cette distension se rencontre surtout chez les vieillards dont les tissus de soutien sont toujours déficients et dont les tuniques intestinales manquent de tonicité. Du côté de l'appendice lui-même, une longueur anormale est un élément à retenir parmi les causes favorisant sa descente dans un sac herniaire; et les appendices de plus de 10 centimètres ne sont pas rares dans les observations de hernies appendiculaires. La laxité du méso-appendice qui le rattache à la partie terminale de l'iléon constitue aussi un élément non négligeable. Mais il convient de mettre au premier plan un facteur non plus seulement mécanique, mais surtout physiologique : l'appendice normal du sujet jeune est doué d'une mobilité qui lui permet d'éviter d'être entraîné dans une hernie et de s'y laisser incarcérer, mais il participe chez le vieillard à l'atonie générale de l'intestin et n'oppose plus alors aucune résistance à cette tendance à la ptose.

Du côté de l'orifice herniaire, les conditions de la formation du sac et de l'issue des viscères sont les mêmes que dans toute hernie; il est inutile de les répéter ici. Notons seulement que la hernie de l'appendice seul, que certains auteurs se sont plu à étudier exclusivement, n'est en réalité qu'une contatation anatomique beaucoup plus rare que la hernie de l'appendice associée à celle d'autres viscères. Il y aurait, d'après Klein, une appendicocèle pure pour trois associées; encore cette proportion nous semble-t-elle un peu forte.

La hernie de l'appendice seul pour être de quelque durée suppose diverses conditions difficiles à trouver réunies : longueur et surtout volume exceptionnels de l'appendice; adhérences précoces entre l'appendice et le sac, (quelle que soit leur origine). Par contre la hernie où le vermium voi-

sine avec d'autres viscères, semble beaucoup plus facilement réalisable. L'appendice peut participer à la hernie du cæcum, ce qui enlève alors la plus grande part de l'intérêt que présente l'appendicocèle même; mais il peut se *juxtaposer* dans le sac herniaire à d'autres organes abdominaux : rarement ovaire, trompe, vessie, etc... plus souvent anse grêle. Cette coexistence d'une anse grêle et de l'appendice dans le sac peut d'ailleurs être interprétée comme un facteur étiologique important dans la production de l'appendicocèle : l'issue d'une anse dépendant de la portion terminale de l'iléon peut très bien favoriser la hernie appendiculaire par traction sur le cæcum et abaissement de l'anse iléo-cæcale normalement accolée; mais l'intestin hernié intervient surtout en fixant l'appendice, en le maintenant contre la paroi du sac, surtout au niveau de la portion condensée, résistante qui constitue le collet et en réalisant sinon son irréductibilité absolue, du moins son maintien dans la hernie.

Ces conditions de mécanisme simple nous paraissent devoir se réaliser beaucoup plus fréquemment que celles qui président à la production de l'appendicocèle isolée. Ce mécanisme a pu d'ailleurs intervenir au début d'un certain nombre de hernies appendiculaires considérées à tort comme primitivement isolées, alors que l'anse grêle a réintégré la cavité abdominale, après avoir réalisé la descente de l'appendice et les lésions qui ont pu déterminer secondairement son adhérence définitive au sac.

Notons enfin parmi les causes favorisantes mises au premier plan par les pathologistes de la période Listérienne : l'adhérence possible entre le testicule et l'appendice. L'existence d'un tractus unissant ces deux organes est exceptionnelle bien que Richet en ait observé un cas incontestable : la migration du testicule et les rapports très étroits qu'il présente à un moment de sa descente avec la région cæco-appendiculaire suffisent à expliquer cette anomalie. Ce qui

domine en réalité l'étiologie de ces hernies inguinales, c'est la persistance du canal vagino-péritonéal largement ouvert. Quant aux appendicocèles crurales d'ailleurs plus rares, elles supposent une ptose cæco-appendiculaire encore plus prononcée et reconnaissent les mêmes causes que les hernies crurales en général, sexe féminin, âge avancé, etc.

CHAPITRE II.

La Hernie appendiculaire

La question de l'appendicocèle a fait l'objet de nombreuses études, la plupart ne traitant, il est vrai que la hernie de l'appendice seul. Citons particulièrement le mémoire de Lévy auquel nous reviendrons et l'excellente thèse d'Esnoult inspirée par le docteur Reymond qui apporte 14 nouveaux cas de hernies appendiculaires.

La présence de l'appendice dans la hernie est de constatation ancienne : Morgagni en 1745, puis Scarpa en 1812, la signalent; Bardeleben, Krause, Luschka en étudient le mécanisme. Tuffier et Trèves lui appliquent leur théorie du glissement.

Quelle est la fréquence de ces appendicocèles ? Esnoult sur 520 cas de hernies dont 350 inguinales et 118 crurales, trouve 14 fois l'appendice dans la hernie avec une proportion de 11 inguinales et 2 crurales contre une seule ombilicale. La statistique de Bazardi (1) donne 57 inguinales contre 44 crurales et une obturatrice sur 98 cas de hernies de l'appendice seul.

Le sexe paraît intervenir en faveur des hommes; sur les 14 cas d'Esnoult, il y a 11 hommes, ce qui s'explique du fait de la prédominance des hernies inguinales.

L'âge de prédilection est un âge avancé : de 63 à 73 ans pour Lévy, de 50 à 60 ans pour Rivet, de 60 à 70 ans pour Sauvage. En réalité, il semble bien qu'à côté de ce maximum de fréquence vers 65 ans qui s'explique par l'import-

(1) BAZARDI, *Ernie del app. verm del cæco. Sperimentale. Clin. Firenze 1895, XI, VI, p. 323-346.*

tance des facteurs ptose et déhiscence des trajets herniaires, il existe dans l'enfance et surtout la première enfance une période où l'appendicocèle se produit couramment. A mesure qu'on multiplie les interventions précoces pour hernies de l'enfant, on découvre très fréquemment dans ces grosses hernies congénitales la présence de l'appendice; c'est ce qui ressort des constatations de Kirmisson. On trouve, en effet dans la hernie de l'enfant les conditions les meilleures à la participation de l'appendice : large sac de hernie congénitale, colons incomplètement accollés; forte impulsion abdominale chez le nourrisson qui crie et pousse; paroi souvent très insuffisante chez l'athrepsique. Il faut dire que dans ces grosses hernies du nourrisson, la présence de l'appendice au milieu de la volumineuse masse herniée ne constitue qu'un épiphénomène de peu d'intérêt clinique, la largeur et la laxité du sac et du collet ne déterminant aucun des phénomènes de compression générateurs de complications.

La symptomatologie de l'appendicocèle que Rivet traite longuement dans sa thèse nous retiendra peu, elle ne présente un réel intérêt clinique qu'à la période des complications. La hernie de l'appendice a pu être diagnostiquée dans des cas exceptionnels où l'on a pu sentir sous les téguments minces et souples, une petite tumeur vermiforme cylindrique et de consistance élastique. Dans les cas de tumeur herniaire de petit volume contenant l'appendice, le diagnostic peut se poser avec certains lipomes préherniaires, certains kystes sacculaires ou kystes du cordon sans parler du diagnostic classique avec le testicule ectopié ou l'adénite crurale. Dans les cas plus fréquents d'appendicocèles associées, aucun signe spécial n'autorise à affirmer la présence de l'appendice dans le sac, sinon les aléas d'une palpation qui pourrait permettre après réduction d'une anse intestinale sonore et gargouillante de différencier l'appendice d'un nodule épiploïde mat allongé et de consistance molle comme l'appendice lui-même.

CHAPITRE III

Des complications de la hernie appendiculaire Leur diagnostic différentiel

Nous serons brefs sur la discussion toute théorique entre l'appendicite herniaire et l'étranglement appendiculaire. D'ailleurs, en dehors d'une vaine querelle qui joue souvent uniquement sur les mots, on peut admettre que le dernier aboutissant de ces deux complications primordiales est bel et bien l'appendicite, que celle-ci procède de lésions inflammatoires initiales, ou du sphacèle secondaire de la portion privée d'irrigation sanguine par l'étranglement. En pathologie intestinale il n'est pas de gangrène aseptique, et le sphacèle secondaire à un étranglement se différencie bien malaisément d'une gangrène massive due à une infection primitive. Ces deux complications ont donc un terme ultime qui leur est commun.

Peut-on les différencier à leurs premiers stades ?

La question fut depuis fort longtemps posée et agitée. Après le premier cas d'appendicite herniaire rapporté par Hévin en 1785, dans son cours de pathologie et de thérapeutique cliniques, les observations de Cabanet (1842) et de Klein (1858), celles de Monod (1861), de Richet (1842) et de Pollosson (1888), la réalité de l'étranglement appendiculaire parut évidente à la lumière des faits apportés par Richelot, Nicaise, Rivet, Bariety et Charnois en 1894. L'observation de Guinard (obs. xv) plaide dans le même sens. Mais pour d'autres auteurs, en particulier Briangon, Osty et surtout Lévy (1903), l'appendicite est toujours primitive,

l'étranglement ne joue aucun rôle dans son éclosion, mais est au contraire déterminé par l'appendicite elle-même, conditionné par les adhérences inflammatoires dont cet organe est le centre. C'est, en somme, la vieille querelle entre les partisans de l'engouement et de la péritonite herniaire et ceux de l'étranglement herniaire primitif, transposée pour l'appendice; et Lévy ne se cache pas de vouloir appliquer à l'appendice la théorie de l'inflammation primitive de Gournaud et Malgaigne reconnue comme insoutenable au niveau de l'intestin. Ses arguments sont : les difficultés de réalisation d'un étranglement purement mécanique sur un appendice étroit, par un anneau en général beaucoup plus large, ce qui est exact si on n'envisage que les étranglements de l'appendice seul; la distinction purement conventionnelle qu'il fait entre le sphacèle suivi de résorption totale et rapide (?) et l'appendicite proprement dite; enfin l'insuffisance des examens histologiques dans les cas d'appendice étranglé : or ces examens existent dans plusieurs des observations que nous rapportons, et décèlent des lésions purement mécaniques de congestion et d'œdème pariétal, très différentes des lésions d'infiltration folliculaire lymphoïde de l'appendicite primitive. En réalité les phénomènes d'étranglement plus ou moins accentués doivent favoriser singulièrement et à brève échéance l'inflammation secondaire de l'appendice.

L'appendicite herniaire primitive peut, indiscutablement, se produire; la situation du diverticule dans un sac herniaire l'exposant, en dehors de tout étranglement proprement dit, à divers traumatismes, et l'organe ectopique étant prédisposé, c'est un fait bien connu de pathologie générale à toutes les localisations pathologiques. Quels sont les symptômes de cette appendicite herniaire, qu'elle soit primitive ou secondaire, à un étranglement prolongé ?

Particulièrement observés à un âge avancé, surtout de 60 à 70 ans (l'appendicite abdominale a son maximum de 10 à 20 ans, d'après les statistiques de Titz, Bamberger et Mlle

Gordon), ces symptômes sont minutieusement étudiés par Lévy dans son mémoire et par Jacquemin dans sa thèse. Ce sont des douleurs à forme de « lancements » survenant par paroxysmes de courte durée, très localisées à l'appendice hernié, ce qui est un signe important. Si on passe à l'examen de la tumeur herniaire, on constate qu'elle présente une tension, une rénitence, parfois une dureté extrêmement marquée.

Mais ce qui est vraiment très spécial à cette forme d'appendicite herniaire, c'est le faible retentissement sur le péritoine abdominal, et sur l'état général, du moins au début. Il s'agit d'une péritonite essentiellement localisée, vraiment extra-péritonéale : aussi les vomissements sont-ils des plus inconstants, l'arrêt des matières et des gaz en général incomplet. La fièvre est le plus souvent élevée, mais avec des variations fréquentes, et s'il y a altération du faciès, elle peut être l'effet d'un réflexe sympathique, ou celui d'une résorption toxique suffisamment intense.

Les formes cliniques sont d'ailleurs nombreuses. Lévy décrit une forme *phlegmoneuse* dont le type est fourni par l'observation de Morestin (Société de chirurgie, 19 mars 1902) se rapportant à un abcès appendiculaire herniaire, ayant envahi et perforé les enveloppes scrotales sans aucun signe de péritonite; une forme *aiguë* et une forme *subaiguë* pouvant évoluer vers la chronicité : ce sont ces formes qui, pour Lévy, pourraient être génératrices de pseudo-étranglement.

Le pronostic de cette appendicite herniaire paraît comporter une certaine gravité : il dépend essentiellement de la solidité des adhérences qui cloisonnent le sac, et surtout de l'extension des lésions au segment appendiculaire qui peut siéger librement dans la grande cavité péritonéale et y propager des lésions graves (cf. obs. XIII).

Le diagnostic sera souvent des plus délicats par suite de l'absence à peu près complète de réaction péritonéale et l'existence de signes généraux des plus discrets. Lévy atta-

che une grande importance aux *douleurs paroxystiques*, siégeant en un point bien *localisé* de la tumeur herniaire. Il faudra donc éliminer : une adénite voisine, une affection testiculaire surtout en cas d'ectopie qu'il faudra systématiquement rechercher, une lésion du cordon (kyste enflammé, où foyer de déférentité) ; chez la femme, une affection du canal de Nüeck, ou des grandes lèvres. Enfin il faudra songer à une *épiplocèle* enflammée et adhérente, de consistance plus molle, à une inflammation d'un autre organe que l'appendice : diverticule de Meckel, ovaire, trompe, vessie, etc. Ces distinctions impossibles à faire cliniquement ne sauraient être que des trouvailles opératoires auxquelles il faudra être préparé pour ne point les laisser passer inaperçues.

L'étranglement de l'appendice peut-il être diagnostiqué *au début*, de la simple appendicite herniaire ? Nos observations spécialement groupées dans ce but, prouvent qu'il constitue une entité anatomo-pathologique indéniable : sillon d'étranglement net au niveau du collet, phénomènes de stase mécanique pure le prouvent suffisamment.

De nos observations elles-mêmes, il découle qu'on peut le différencier cliniquement, sur son début brusque, à l'occasion d'un effort, en l'absence de tout antécédent appendiculaire, ou même digestif, par l'apparition soudaine d'une tumeur herniaire, immédiatement douloureuse ; l'intensité des phénomènes réflexes, vomissements, altération de l'état général, pourront faire penser à un étranglement intestinal, mais on constate souvent la persistance de l'émission de matières et des gaz quand il n'y a pas, en même temps, incarceration au moins temporaire d'une anse intestinale. Notons enfin l'absence habituelle de toute élévation thermique.

À l'intervention, en dehors des constatations histologiques dont nous avons déjà fait état, on trouve dans le sac un exsudat séro-hématique abondant, très différent d'un exsudat inflammatoire trouble et purulent ; un œdème marqué de la portion étranglée et de son méso, sans fausses membranes à la surface de la séreuse. Les constatations opératoi-

res de notre observation n° 1 sont à cet égard tout à fait démonstratives.

L'étranglement de *l'appendice seul* doit d'ailleurs être tout à fait exceptionnel pour les raisons anatomiques soulevées par Lévy : il ne peut guère être trouvé, que dans les hernies crurales, à infundibulum étroit, mais il en existe quelques observations incontestables (cf. obs. XIII, XIV et XV).

Dans la plupart des cas on se trouve en présence de lésions appendiculaires plus ou moins prononcées, en *milieu herniaire* étranglé (cf. obs. I, III, IV, V, VI, VIII, XI). Dans ce cas, ou bien l'anse intestinale étranglée avec l'appendice, est restée étranglée et on est en présence du tableau clinique de l'étranglement herniaire ordinaire : arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre, vomissements de plus en plus fréquents, tardivement fécaloïdes, signes d'intoxication progressive et profonde; et la participation de l'appendice qui présente des lésions de sphacèle peu différentes de celles présentées ou par le cæcum qui le porte, ou par l'anse grêle qui le cotoie, n'ajoute pas grand' chose à l'affection.

Ou bien, l'incarcération intestinale a pu se réduire en laissant un appendice hernié : c'est ce qui fait l'intérêt de notre observation et la justification de ce travail. C'est dans ce cas, le plus fréquent à notre avis, que des lésions appendiculaires peuvent évoluer ensuite pour leur propre compte dans le sac, pouvant faire croire soit à une appendicite, soit à un étranglement primitif de l'appendice seul.

La gravité de l'étranglement appendiculaire a été soutenue par Mérizot et Trégny qui le considèrent comme aussi grave que l'incarcération de n'importe quel autre segment intestinal. Cette opinion paraît excessive : un étranglement diverticulaire n'a jamais la gravité d'une occlusion de la voie principale.

Le pronostic essentiellement variable, est en réalité celui de la péritonite qui suit le sphacèle, et dépend de l'extension

de ce processus de péritonite. C'est ainsi qu'un appendice gravement lésé par la compression d'une anse intestinale secondairement réduite, a peut-être plus de tendance à diffuser ses lésions à travers un collet perméable, qu'un appendice étranglé seul, dont les lésions se localisent à la portion solidement cloisonnée du sac herniaire.

CHAPITRE IV

Hernie inguinale droite et appendicite

Cette notion de fréquence relative de la participation de l'appendice à la hernie et spécialement à la hernie inguinale droite, nous amène à rechercher si, en dehors des étranglements véritables, compliqués de sphacèle et d'appendicite gangréneuse, il n'existe pas, du fait des compressions légères exercées par l'anse herniée quand elle entraîne l'appendice, ou même des tiraillements qu'elle réalise sur le segment cæco-appendiculaire, une relation quelconque entre la hernie inguinale droite et l'appendicite. Cette question a déjà fait l'objet de la thèse de Marque (Bordeaux, 1905-1906), mais il n'y envisage guère que les difficultés de diagnostic entre la douleur de l'appendicite et certaines formes douloureuses de hernie inguinale étranglée ou non. Avant lui, Guinard avait déjà étudié la question et inspiré la thèse de Pindray (1899) ; il reprit ce sujet à la Société de chirurgie (7 mai 1902). Il est certain qu'il est souvent très difficile de distinguer une crise appendiculaire, à symptomatologie basse, d'une complication herniaire du genre étranglement. Dans notre observation, la douleur localisée en un point bien limité de l'orifice interne du canal inguinal et l'existence d'une tumeur appréciable à la palpation profonde, pouvaient aussi bien être interprétées comme une poussée d'appendicite ou comme un étranglement intestinal siégeant au niveau des plans profonds du canal, étranglement du genre « pincement latéral », exceptionnel, il est vrai, au niveau de l'anneau inguinal interne, et plus fréquent à l'orifice crural. On pouvait penser

encore à une hernie « propéritonéale » ou « interstitielle » clivant les plans musculaires de la paroi. Ce sont là des cas de discussion fort délicate, ou l'existence d'un syndrome abdominal, d'un point douloureux inguino-abdominal, et de symptômes d'irréductibilité au niveau de la hernie, peuvent parfaitement faire hésiter le diagnostic. Mlle Gordon, dans sa thèse, cite un cas d'appendicite perforante avec péritonite purulente généralisée, simulant à s'y méprendre, chez l'enfant, un étranglement herniaire.

Ordinairement, en dehors d'accidents concomitants au niveau de la hernie, le diagnostic offre rarement de pareilles difficultés.

Cette coexistence de la hernie inguinale droite et de l'appendicite signalée par de nombreux auteurs, par Gouley (1875) à la Société médicale de New-York, par Pravaz (thèse de Lyon, 1888) à propos de la typhlite, a fait plus récemment l'objet d'un article de Lennart-Noerlin (*Archives générales de chirurgie de Paris*, 1912). Cet auteur pratiquant systématiquement l'appendicectomie au cours de la cure radicale des hernies inguinales droites, a fait l'examen des appendices ainsi enlevés. Sur une dizaine de cas il a constaté dans quatre (soit une assez forte proportion), des lésions appendiculaires manifestes, accompagnées parfois d'expression clinique plus ou moins nette.

Nous croyons utile de résumer ici ces quatre observations :

Obs. I. — Garçon de 11 ans. Hernie inguinale droite, indirecte, réductible; appendicite chronique avec helminthiase. Opération radicale : après ouverture du sac, on voit le cæcum, réuni au mésentère et à l'appendice par des adhérences fermes. On trouve à l'extrémité de l'appendice un calcul fécal. L'appendice ouvert montre des oxyures. Examen histologique : appendicite chronique.

Obs. II. — Garçon de 15 ans. Hernie inguinale bilatérale, congénitale, scrotale, réductible. Appendicite aiguë. A

droite, sac herniaire épais; l'appendice se montre au collet et présente une séreuse injectée. L'appendice extirpé se montre rempli de matières fécales, et présente à l'examen microscopique des hémorragies et des zones d'infiltration purulente de sa paroi.

OBS. III. — Homme de 26 ans. Hernie inguinale droite, congénitale, épiploïque, adhérente. Appendicite chronique. Long appendice libre à contenu pâteux, présentant à son intérieur un gros poil. Examen : infiltration et sclérose de la sous-muqueuse.

OBS. IV. — Hernie inguinale droite. Appendicite chronique. Gros sac herniaire vide, avec dans la profondeur, le cæcum. L'appendice très congestionné, long, coudé au centre par des adhérences anciennes, présente une paroi gonflée, bosselée, œdémateuse, un contenu purulent et fétide. Examen microscopique : sous-muqueuse et sous-séreuse anormalement épaissies. Membranes fibrineuses à la surface de la séreuse. Quelques foyers purulents dans toutes les couches. Dans les vaisseaux, amas de leucocytes.

Les observations semblables sont malheureusement trop rares. Marque n'en donne que 8 dans sa thèse et encore sont-elles inégalement démonstratives : le fait de la coexistence pouvant être dû à une simple coïncidence et ne pas impliquer une relation de cause à effet.

Il est malgré tout tentant de supposer l'existence d'un lien pathogénique et notre observation, en décelant des lésions appendiculaires congestives, consécutives à un étrangement de voisinage, avec formation d'un petit plastron douloureux péri-appendiculaire, qu'on est en droit de considérer comme un premier stade de « préappendicite », apporte à cette hypothèse séduisante un argument de valeur. Il en est de même de l'observation XIV, où la réduction abdominale d'un appendice ayant participé à un étranglement

a été suivie de quelques symptômes témoignant d'une réaction appendiculaire d'ailleurs bénigne.

D'autres documents seraient évidemment nécessaires pour déterminer la fréquence de cette répercussion des hernies inguinales et plus particulièrement de celles compliquées d'étranglement, sur l'appendice.

CHAPITRE V

De quelques applications thérapeutiques

En présence d'une hernie compliquée d'accidents aigus, réalisant le tableau de l'étranglement, l'urgence de l'intervention est un fait universellement reconnu. Une fois le sac incisé et vidé de son contenu plus ou moins septique, on va lever l'obstacle à la réduction, mais en différant celle-ci tant que l'on n'a pas identifié les organes étranglés, et jugé de la gravité des lésions qu'ils présentent. En présence d'un appendice manifestement malade, son ablation s'impose : elle est simple, bien réglée, allonge à peine la durée de l'intervention, et les quelques inconvénients qu'elle présente sont largement compensés par la sécurité qu'elle donne au point de vue du danger de sphacèle et de perforation en péritoine libre après réduction.

Il en sera évidemment de même si on trouve une appendicite herniaire, sans étranglement : il y aura alors intérêt à drainer après appendicectomie par un drain abdominal, mis au contact du moignon appendiculaire, enfoui ou non, et sortant par l'incision de la kélotomie inguinale. Ce drainage abdominal, compromettant la cure radicale de la hernie, pourra fort bien être négligé quand les lésions appendiculaires sont peu profondes, la réaction péritonéale peu étendue, et le moignon bien enfoui.

Si les lésions de l'appendice paraissent minimales, la question tant discutée se pose de l'appendicectomie complémentaire et préventive d'une appendicite ultérieure. Tout dépendra alors, de l'état général du malade, indépendamment des questions d'espèce, telles que les susceptibilités d'un

client non prévenu. C'est ainsi que dans une opération tardive pour hernie étranglée, l'état général étant altéré, on rentrera l'anse incarcerationnée si elle n'est pas suspecte de gangrène, et on ne touchera pas à l'appendice. Donc, si des lésions appendiculaires évidentes imposent l'appendicectomie, un état général suffisamment bon pour ne pas souffrir de la moindre augmentation de durée de l'intervention et du choc opératoire, l'autorise seul.

Il ne faudra jamais manquer, au cours de la kélotomie, après réduction de l'anse herniée, d'explorer avec le doigt le pourtour du collet : l'appendice peut, en effet, y adhérer (obs. 1) et présenter des lésions légitimant son extirpation.

Enfin, quand on intervient pour hernie non compliquée, certains auteurs préconisent l'ablation de l'appendice par l'incision de la cure radicale de la hernie inguinale droite : l'appendicectomie complémentaire systématique a été préconisée par Bérard, Pollosson, Patel, dans toutes les interventions sur la fosse iliaque droite et dans les opérations gynécologiques. Legueu en fait le complément de nombreuses opérations sur le rein. Dans les cures de hernie, Torek, Gosset, Etienne et Aimes, Virebely, Kruger, ont défendu eux aussi l'extirpation de l'appendice, même sain, en apparence. La coexistence relativement fréquente d'une lésion appendiculaire et de la hernie inguinale droite est en faveur de cette ablation systématique, mais elle doit avant tout ne compliquer en rien l'intervention, ne pas en troubler les suites, et être aisément réalisable. Certains chirurgiens comme Nix, ont préconisé la voie inguinale comme accès sur l'appendice, même en l'absence de hernie à traiter : incision d'un pouce, un seul point de suture, anesthésie locale suffisante, trois jours seulement d'immobilisation, tels sont les avantages célébrés. Cette chirurgie de poupée n'est guère en faveur actuellement, et à juste titre : il vaut mieux y voir. L'incision classique de la cure de la hernie inguinale, légèrement prolongée vers le haut en « hernio-laparotomie », suivant l'axe de

L'incision de Roux donne entière facilité, sauf dans les cas d'appendice anormalement haut et surtout rétro-cæco-colique. On sera donc prudent en n'insistant pas exagérément sur une recherche qui doit rester un complément et qui ne doit pas compromettre la cure radicale entreprise. D'ailleurs, suivant la conclusion de Marque, un diagnostic ferme d'appendicite impose une des voies d'accès habituelles (Roux, Mac Burney ou Jalaguier), car ces incisions permettront, seules, de trouver et de traiter l'appendice *dans tous les cas*.

Dans le service du Docteur Bérard, Cotte et Verrier, intervenant sur 15 malades porteurs de hernie inguinale droite, ont trouvé 5 contre-indications générales à l'appendicectomie. Sur 10 essais, ils ont trouvé dans un seul cas un cæcum très adhérent, ne s'abaissant pas. Dans les 9 autres, dont un de hernie crurale, ils ont pratiqué aisément la résection et l'enfouissement de l'appendice sans aucune incision ni dissociation musculaire complémentaire pouvant être suivie ultérieurement d'éventration. Enfin comme justification de cette intervention, ils ont relevé chez 4 malades (sur 10) présentant des hernies entièrement réductibles et non douloureuses, des traces évidentes d'appendicite antérieure; dans deux cas, deux crises abdominales non rapportées à leur véritable cause, et dans tous ces cas, des lésions histologiques évidentes d'inflammation de l'appendice.

Ces faits suffisent à légitimer l'appendicectomie complémentaire quand elle est facilement réalisable.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance du Docteur ICITON, médecin résidant
à l'hôpital Saint-André)

*Compression de l'appendice au collet au cours de l'étranglement
d'une hernie inguinale droite*

Jean R..., 62 ans, cultivateur, entre le 9 juin 1923 à l'hôpital Saint-André, avec le diagnostic porté par son médecin, de hernie inguinale droite étranglée.

Il présente depuis son enfance une volumineuse hernie inguinale bilatérale qui aurait apparu vers l'âge de 8 ans, aurait progressivement augmenté de volume, gênant le malade pour faire son travail, et l'ayant obligé à 18 ans à porter un bandage dont il ne s'est jamais défait depuis. Ce bandage assurait une contention parfaite de ses hernies. Celles-ci, très volumineuses, sortaient parfois, mais étaient toujours facilement réduites par le sujet lui-même, avec sa main.

Aucune affection notable dans ses antécédents, sinon vers l'âge de 40 ans, une poussée de congestion hépatique avec ictère prononcé, guérie à la suite d'une cure à Vichy, renouvelée deux années consécutives. Jamais de troubles digestifs, aucun épisode abdominal permettant de penser à une légère crise d'appendicite; pas de constipation.

N'a jamais présenté du côté de ses hernies de symptômes d'engouement.

Le 8 juin 1923, après une marche de 2 kilomètres, R... a présenté à la suite de la rupture de la ceinture solidarissant les deux

pelotes de son bandage, une brusque issue de ses deux hernies avec douleur vive à droite. Il fait encore deux cents mètres à pied puis, arrivé enfin chez lui, il essaie mais en vain, de réduire la hernie droite qui présente à ce moment la grosseur d'une tête de fœtus. Il éprouve alors des douleurs très vives, à type continu, progressivement croissantes, à maximum siégeant au niveau du collet.

Une demi-heure après il commence à vomir. Ces vomissements se reproduisent quatre à cinq fois pendant la nuit. Quelques gaz sont rendus dans la soirée, mais pas de matières.

Un médecin appelé vers 21 heures, diagnostique un étranglement herniaire et pratique une tentative de réduction prolongée pendant près d'une heure. Mais le taxis ne donne aucun résultat et ne fait qu'augmenter les douleurs du patient.

Le 9 au matin, après un voyage de 30 kilomètres en automobile, R... arrive à l'hôpital. Durant le trajet il a encore présenté deux vomissements muqueux; il a continué à souffrir violemment et ne s'est aperçu à aucun moment que sa hernie s'est réduite tant ses douleurs sont vives.

A l'examen, on constate du côté gauche, une hernie scrotale volumineuse, à contenu intestinal facilement réductible. Du côté droit, pas de tuméfaction très notable; le sac herniaire se dessine encore; il ne renferme qu'un peu de liquide sous faible tension qu'une pression manuelle fait refluer aisément vers la cavité abdominale, mais qui distend, par contre, la partie inférieure du sac quand on fait tousser ou pousser le malade.

La palpation du scrotum n'éveille aucune douleur, mais au niveau du collet profond, en un point correspondant exactement à l'orifice inguinal interne, on sent derrière la paroi abdominale une tuméfaction qui paraît être collée à la face profonde de cette paroi et qui est extrêmement douloureuse à la palpation, déterminant au moindre contact une défense musculaire très prononcée. L'exploration digitale du canal inguinal, en pénétrant par l'orifice externe élargi, permet d'arriver au contact de cette petite tumeur très douloureuse.

Le malade se plaint continuellement et paraît très fatigué; il n'a pas rendu de matières fécales ni de gaz depuis la veille. Pouls

à 80 bien frappé. Température 37°8. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement complémentaire.

En présence de ce tableau, on pense à une appendicite herniaire primitive (le malade étant moins catégorique qu'après l'opération sur l'existence au début des accidents d'une volumineuse hernie étranglée). Le diagnostic est hésitant entre cette dernière hypothèse, une épiplocèle adhérente et enflammée, un pincement latéral à l'orifice profond et une hernie inguinale interstitielle étranglée. L'intervention est décidée.

Opération pratiquée le 9 juin, à 10 heures, par le Docteur Ichon, médecin résidant. On trouve un sac à parois flasques, qui laisse s'écouler à l'incision un liquide séreux, citrin, légèrement hématique et nullement purulent, en communication évidente avec la cavité abdominale. Le sac ne contient aucun viscère hernié. On pratique le débridement vers le haut : le collet est parfaitement perméable, un doigt y pénètre facilement, mais rencontre alors au niveau du bord antérieur de l'orifice inguinal profond, une masse du volume d'une noix, de consistance molle, partiellement adhérente au collet, qu'on extériorise cependant aisément avec une pince. On est en présence de l'appendice et de son méso chevauchant le bord tranchant du collet. L'appendice est long de 8 centimètres, incurvé, et présente vers sa base un sillon net d'étranglement. Son extrémité libre est renflée et présente une congestion sous-séreuse intense avec ecchymose large en un point. Le méso appendice est très épaissi, d'aspect lardacé. Pas d'exsudat puriforme ni de fausses membranes. Appendicectomie facile, le fond du cæcum se laissant aisément extérioriser après rupture de légères adhérences unissant l'appendice au collet du sac.

Cure radicale de la hernie par le procédé de Forgue, après dissection et ligature du sac; pas de drainage abdominal, l'appendice paraissant étranglé et non enflammé. Drainage sous-cutané.

Suites opératoires excellentes. Le lendemain, la douleur a disparu et une palpation prudente pratiquée au niveau du collet ne la réveille plus. Gaz rendus le 10. Ablation du drain le 12. Purgation le 13.

Examen macroscopique de l'appendice : Pas de calculs, ni de corps étrangers; pas de lésions apparentes de la muqueuse; épais-

sissement des tuniques œdématisées et congestionnées; méso infiltré.
L'examen microscopique n'a malheureusement pas été fait.

OBSERVATION II

(POLLOSSON, in-thèse CHARNOIS)

S..., âgé de 54 ans, porteur d'une vieille hernie inguinale droite, voit sous l'influence d'un effort, sa tumeur devenir grosse comme deux poings d'adulte, irréductible et douloureuse. Pas de vomissements. Pas d'arrêt des matières. Au bout de quelques jours, léger ballonnement du ventre; quelques vomissements.

Opération : Appendice ulcéré autour duquel était une zone de péritonite herniaire n'occupant pas tout le sac. Résection. Sutures. Guérison.

OBSERVATION III

(JALACUIER, Congrès de chirurgie, 1888. Résumée in-thèse CHARNOIS)

X. V..., âgé de 46 ans. Hernie inguinale droite depuis 4 ans, bien maintenue par un bandage et facilement réductible. Le 19 décembre 1877, irréductibilité brusque et augmentation du volume de la hernie. Quelques nausées et vomissements. Trois jours après, volume d'un gros œuf, la peau est rouge, œdématisée. La pression est très douloureuse. Etat général satisfaisant. Le pouls est bon, le ventre légèrement ballonné.

Intervention : A l'ouverture du sac il s'échappe du liquide séro-sanguinolent. Anse intestinale ecchymosée, appendice adhérent à l'intestin, gangrené sur une longueur de 8 centimètres.

A l'anneau, aucun signe d'étranglement.

Résection de l'appendice. Réduction. Guérison.

Appendice énorme et long de 9 centimètres.

OBSERVATION IV

(HERBETT, résumée in-thèse CHARNOIS)

Homme de 65 ans. Souffre depuis de nombreuses années d'une hernie inguinale gauche réductible, et maintenue par un bandage. Subitement elle devient irréductible, douloureuse, et augmente de volume. On note les phénomènes ordinaires de l'étranglement.

On opère après huit jours d'attente. Ouverture du sac : masse énorme d'intestin et de péritonite herniaire. L'appendice présenté à sa base une ulcération assez étendue qui donne issue à des matières fécales. Mort 12 heures après.

OBSERVATION V

(POLLOSSON, in-thèse CHARNOIS)

D..., âgé de 67 ans. Porteur d'une hernie inguinale droite depuis plusieurs années, voit sous l'influence d'un effort, sa hernie augmenter de volume, devenir irréductible et douloureuse. Pas de signes nets d'étranglement.

Au bout d'une quinzaine de jours, la peau du scrotum rougit, les phénomènes généraux graves s'installent, il y a des vomissements fécaloïdes. On intervient et on trouve une collection suppurée en dehors du sac.

Le sac contient le cæcum, une anse grêle et une portion du colon ascendant.

L'appendice suivi à partir du cæcum, conduit dans la cavité suppurée et à cet endroit il est profondément ulcéré, presque sectionné.

On termine l'opération par un anus artificiel sur le cæcum et le grêle qui y aboutit.

Mort dans le collapsus le soir même.

OBSERVATION VI

(LAUNAY. Observation rapportée par VILLEMEN à la Société de chirurgie de Paris, le 20 mai 1908)

Garçon âgé de un mois. Depuis quelques jours selles rares et vomissements. En même temps tuméfaction du volume d'une noisette dans l'aîne droite. Brusquement, tableau de l'étranglement herniaire : arrêt complet des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes. Au bout de 40 heures, intervention par M. Launay. Sac friable; appendice sphacélé long de 6 centimètres, adhérent à une anse intestinale; aucun sillon pouvant faire croire à un étranglement. D'ailleurs, le collet était large. Résection de l'appendice. Le lendemain, une selle hémorragique. Guérison.

OBSERVATION VII

(A. LÉVY)

Femme de 73 ans. Aucun antécédent notable. Le 6 avril 1907 apparition d'une petite tumeur dans l'aîne droite, n'occasionnant ni gêne, ni douleur, mais irréductible. Le 8 juin 1901, elle ressent une douleur au niveau de la tumeur qui devient dure et tendue. Puis apparaissent des vomissements bilieux, ensuite aqueux. Pas de constipation.

Le 12 juin, tumeur du volume d'un gros marron, lisse, tendue, légèrement fluctuante, douloureuse. Le ventre est souple.

Opération : Incision classique. Du sac sort un liquide citrin et on constate que l'appendice iléo-cæcal, qui peut aller et venir dans l'anneau crural, est gangrené sur la moitié de sa longueur.

Résection. Sutures. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION VIII

(In-thèse ESNOULT, page 35, obs. n° XIV)

Louis M..., 56 ans. Entre à l'hôpital le 8 avril 1915, porteur d'une hernie inguinale droite étranglée depuis 6 heures. Appen-

dice contenu dans la hernie, présente une teinte rouge violacée et une forte tension au niveau de son extrémité herniée. Débridement de l'anneau. Appendicectomie. Cure radicale. Guérison.

Examen des pièces : Sillon d'étranglement très net sur l'appendice à un centimètre de sa base; aucune lésion d'appendicite.

Cette observation est un cas très net de lésions de l'appendice consécutives à un étranglement de cet organe. Si l'opération n'avait pas été pratiquée, il est probable que l'extrémité herniée se serait sphacelée.

OBSERVATION IX

(In-thèse ESMOULT, page 36, n° xv)

M... Marguerite, 79 ans. Présente une hernie crurale étranglée depuis deux heures. Incision, débridement du ligament de Gimbernat; ouverture du sac : il s'écoule un peu de liquide séreux. Le contenu de la hernie apparaît constitué par l'appendice et le cæcum. L'appendice porte une trace nette d'étranglement. Appendicectomie. Cure radicale de la hernie. Guérison.

Type d'étranglement appendiculaire sans appendicite.

OBSERVATION X

(In-thèse ESMOULT, page 37, n° xvi)

S... Sophie, 67 ans. Présente une petite hernie crurale droite étranglée depuis trois jours. Constipation habituelle. Selles la veille de l'étranglement. Tumeur irréductible siégeant dans le pli de l'aîne, du volume d'une mandarine, rouge, tendue, mate, non fluctuante. Bon état général.

Opération : Sac à parois très épaisses, fibreuses, contenant un peu de liquide séro-sanguinolent et l'appendice long de 8 centimètres, absolument gangrené. Au niveau du collet de la hernie sillon extrêmement net d'étranglement de l'appendice; la portion extra-sacculaire de ce dernier et le cæcum sont sains. Ablation de

l'appendice au ras du cæcum; enfouissement du moignon. Cure radicale. Légère infection de la paroi. Sort guérie un mois après l'intervention. Type d'étranglement appendiculaire prolongé : le sphacèle était strictement limité à la portion étranglée.

OBSERVATION XI

(BAILLET, Société de chirurgie, Paris, 1903)

Garçon de treize mois nourri au sein, bien portant, présentant une hernie inguinale droite, volumineuse, facilement réductible. Le 6 octobre 1903, crise; irréductibilité; bientôt apparaissent les symptômes d'étranglement : suppression des selles, vomissements fréquents, ballonnement du ventre. Le 7 octobre, même tableau, mais pouls petit, fréquent. Opération décidée 21 heures après le début des accidents. Anesthésie au chloroforme. Incision haute : le sac contient un liquide citrin; l'intestin est un peu congestionné. La hernie est constituée par le cæcum et une portion de l'iléon; l'appendice est très gros, adhérent, manifestement enflammé. Résection. Réduction. Guérison.

OBSERVATION XII

Compression de l'appendice par le cæcum au cours d'une hernie étranglée et appendicite consécutive

(Par M. H. TOUSSAINT. *Bulletin de la Société de chirurgie*,
27 novembre 1912, p. 1384-1386)

D..., 21 ans, soldat au 3^e régiment d'infanterie. Depuis son enfance, éprouve à l'occasion d'efforts (course, toux), au niveau du pli de l'aîne droit, une douleur irradiée dans le sens du canal, mais ne siégeant pas dans la fosse iliaque, accompagnée d'issue d'un contenu herniaire que le malade réduit chaque fois, aussitôt, avec la main.

Depuis l'âge de 4 à 5 ans, il porte un bandage, irrégulièrement d'ailleurs, quelquefois Poubliant, quelquefois l'enlevant, parce qu'il maintenait mal la hernie, qui filait sous lui et causait de la gêne.

En juillet 1912, pour la première fois, la hernie descend dans le scrotum; douleur très vive au niveau et au-dessous du pli inguinal droit. Pas de vomissements. Pas de troubles digestifs. D... a réduit sa hernie comme il savait le faire, et s'est mis au lit. Au bout de trois quarts d'heure la douleur disparaissait et il reprenait ses occupations sans avoir fait appeler un médecin.

Le 26 octobre. Issue de la hernie au cours d'une marche; il ne peut la réduire à travers son équipement. Rentré à la caserne deux heures après, il se couche, et la hernie qui avait résisté aux taxis, se réduit spontanément.

Le 29 octobre. Nouvelle issue de la hernie, qui rentre au bout de trois quarts d'heure par taxis prolongé. Douleurs assez vives, mais sans vomissements ni fièvre.

Le 12 novembre. Issue brusque de la hernie au cours d'une promenade. Douleurs vives, pas de réduction possible. Le malade s'alite; il a durant la nuit des frissons violents. Le 13 au matin, vomissements à l'occasion de l'ingestion d'un quart de café, puis il a une selle émise sans efforts qui le soulage. Il entre à l'hôpital à midi. A cinq heures du soir, angoisse, ballonnement douloureux du ventre. Ni matières, ni gaz depuis le matin. Vomissements glaireux.

La hernie inguinale droite, du volume du poing au moins, est le siège d'une douleur intense.

Opération immédiate. Après incision du sac, on trouve le cæcum rempli de gaz et de matières. Section du collet, agent d'étranglement. On fait une herniotomie haute au-dessus du collet. L'appendice se présente alors dans la partie profonde et externe du sac, descendant jusqu'au testicule qui n'avait pas de vaginale spéciale. Un large méso sessile, accolait l'appendice à la séreuse sacculaire, se confondant avec elle et renfermant 50 grammes de sérosité louche, non sanguinolante et sans odeur. Pas de lésions intestinales. La réduction de l'appendice est, par contre, impossible. J'en fais la résection à la base après avoir passé à ce niveau

un catgut autour de son méso. Méso infiltré, chroniquement enflammé, l'appendice épaissi, perméable, sans coprolithe, avait le volume de l'auriculaire et une consistance fibreuse. Une suffusion violacée se dessinait sous la séreuse, à l'extrémité du vermium.

Cure radicale avec drainage remontant jusqu'au moignon appendiculaire. Suites normales. Lever le dix-septième jour. Sortie le vingt-troisième.

OBSERVATION XIII

Pincement isolé du corps de l'appendice dans une hernie crurale droite avec inflammation secondaire de sa pointe

(Par M. J. OKINCZYC et ROUFFIGNAC. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, XLVL, p. 1286-1289)

Femme de 40 ans, ayant depuis plusieurs années une hernie crurale droite. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, en soulevant un fardeau, vives douleurs dans sa hernie qui ne se modifie pas dans son volume. Au bout de deux jours, ces douleurs augmentent et s'étendent au bas ventre. Selles spontanées et régulières; gaz; quelques vomissements pendant les deux derniers jours.

Température, 39° à son entrée; pouls petit, filant à 130.

Examen : Ventre plat, souple, dépressible, non douloureux, sauf dans la région inguino-crurale droite, plus saillante que la gauche. Petite tumeur crurale du volume d'une noix, mais au-dessus de l'arcade crurale et plaquée contre sa face profonde; on sent une tuméfaction arrondie très douloureuse, donnant l'impression d'un plastron inflammatoire. Culs-de-sac utérins souples, non douloureux, ce qui permet d'éliminer une annexite. Par le cul-de-sac latéral droit, on arrive à la tuméfaction inguino-crurale. On pense à une hernie propéritonéale avec épiploïte, pouvant expliquer l'élévation de température et les phénomènes inflammatoires.

Opération immédiate; anesthésie à l'éther. Incision verticale inguino-crurale. On isole d'abord la petite hernie crurale qui, débarrassée de son sac graisseux, se présente comme un petit diver-

ticule du volume d'un haricot. Incision de l'arcade crurale et même de quelques faisceaux des muscles grand oblique et transverse.

Le collet apparaît alors nettement. Incision du petit sac; il s'écoule du pus en petite quantité qui vient de l'abdomen à travers le collet peu serré.

Incision du collet : L'appendice pincé à la partie moyenne de telle façon que sa pointe et sa base sont dans l'abdomen, peut être attiré et extériorisé. Sa base cœcale est saine, sa partie moyenne pincée dans la hernie ne présente pas de lésions bien nettes, mais sa pointe demeurée dans l'abdomen est rouge, œdématisée, présente un placard de fausses membrane et est coiffée par une frange adhérente d'épiploon. Ablation de l'appendice après section et ligature de l'épiploon adhérent. Un drain au contact; fermeture partielle.

Commentaire : Ce cas se rapporte à un pincement partiel portant sur la partie moyenne de l'appendice coudé en anse. L'évolution des lésions s'est faite en deux temps :

- a) Phase mécanique durant deux jours;
- b) Phase inflammatoire.

L'absence de pincement du méso-appendice explique l'absence de troubles vasculaires marqués. Quant aux lésions d'appendicite siégeant au niveau de l'extrémité libre de l'appendice, extrémité qui se trouve intra-abdominale du fait de la couture du vermium, elles peuvent s'expliquer par la théorie classique du vase clos de Dieulafoy.

OBSERVATION XIV

(Docteur DOUVIER, *Dauphiné Médical*, 1912, p. 235-238)

Homme de 41 ans, présentant depuis quatre ans des signes de hernie crurale droite ne le gênant nullement.

En travaillant, le 7 novembre, ressent une douleur à la racine de la cuisse et sa hernie devient plus volumineuse et plus sensi-

ble. Légères coliques, pas de matières, ni de gaz. On diagnostique une hernie crurale étranglée, contenant probablement de l'épiploon. Température : 37°5; pouls : 64.

Opération sous anesthésie au kélène-éther. Le sac est flanqué d'un lipome pré-herniaire volumineux; on arrive en le disséquant à un anneau crural très étroit, n'admettant pas la pulpe de l'index. On le débride légèrement. A l'ouverture du sac il s'écoule un liquide séro-hématique non odorant. J'aperçois et touche dans le sac l'appendice congestionné, mais sans dépôts fibrineux ni taches suspectées; il fuit avant qu'on ait pu le fixer.

L'apparence bénigne de ses lésions autorise à ne pas le rechercher laborieusement pour l'extirper. Cure radicale après ligature et section du sac. Suites bénignes. Cependant température à 37°9 le lendemain et 39° le troisième jour. Gaz et selles normaux. Le troisième jour quelques coliques, un malaise vague; élévation de température à 39°, pouls à 96, semblant indiquer une petite réaction appendiculaire, mais aucun signe de péritonite. Suites parfaites. Purgation au huitième jour. Sort guéri le quinzième jour.

Commentaires : L'appendicectomie aurait été faite si la recherche de l'appendice n'avait présenté quelques difficultés et occasionné une aggravation de l'opération.

OBSERVATION XV

(GUINARD. Rapport de ROUBIER. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 25 novembre 1915)

Femme de 45 ans. Présente une hernie crurale qui devient brusquement irréductible le 3 mai 1915. Le lendemain, douleurs diffuses, mais qui ne l'empêchent pas de continuer son travail pendant trois jours.

A l'intervention, appendice long de 15 centimètres et présentant un sillon d'étranglement très net. Pas de menaces de sphacèle. Parois congestionnées et violacées; péritoine lisse sans fausses membranes.

L'appendice présente une cavité close à contenu liquide chocolat. Muqueuse sans ulcérations. Aucun signe d'appendicite, ce qui est interprété par l'auteur comme un argument contre la théorie de la « cavité close ».

Durant la discussion qui suit, Rochard et Bazy font remarquer qu'un étranglement vraiment serré et durable aurait déterminé du sphacèle dont les lésions se rapprochent singulièrement de l'appendicite proprement dite.

OBSERVATION XVI

(BAZY, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 30 novembre 1904, page 994)

Femme de 81 ans. Présente une hernie crurale droite étranglée à 7 heures. Opérée à 11 heures. Pas de taxis. On trouve dans le sac un liquide rouge brun. Une anse grêle œdémateuse, presque noirâtre, est étranglée. On la réduit. On trouve alors sur la paroi même du sac une masse grasseuse où l'on identifie l'appendice adhérent. Résection de l'appendice suivant les procédés habituels.

Suites excellentes.

OBSERVATION XVII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. MASSÉ, interne des hôpitaux de Bordeaux)

Le malade J. D..., 23 ans, débardeur, entre à l'hôpital Saint-André le 10 avril 1923, pour une hernie inguinale droite étranglée. Le début des accidents remonte à cinq heures environ : Une tumeur qui auparavant se réduisait avec gargarillement, est devenue subitement irréductible et douloureuse. Arrêt complet des matières et des gaz ; un vomissement alimentaire.

A l'examen, on trouve une tumeur irréductible dans la région inguinale droite avec pédicule douloureux. Le malade présente à gauche une cicatrice dans la région inguinale, trace d'une opéra-

tion pour hernie étranglée faite il y a un an. L'état général est bon. Pouls à 80; pas de température.

Opération : Anesthésie au chloroforme. Incision parallèle à l'arcade crurale. Ouverture du trajet inguinal, isolement et ouverture du sac qui est un peu œdémateux. Section de l'étranglement. On trouve dans le sac une anse grêle un peu congestionnée et un appendice présentant un sillon d'étranglement avec suffusions sanguines. Pas de traces de fausses membranes, pas d'adhérences.

Après vérification de l'état de l'anse grêle, on la réduit. On pratique alors une herniolaparotomie et on fait une appendicectomie très facile avec enfouissement du moignon. Suture en trois plans sans drainage. Durée de l'opération : 20 minutes.

La plaie opératoire est recouverte d'un pansement pendant deux jours. Au bout de ce temps on supprime toute espèce de pansement. Les fils sont enlevés le quinzième jour. Le malade sort guéri au vingtième.

*

**

Cas où une anse grêle, après avoir sans doute favorisé la hernie de l'appendice, a coincé cet appendice contre le collet du sac, causant les lésions nettes trouvées au moment de l'opération.



CONCLUSIONS

La présence de l'appendice iléo-cœcal dans un sac de hernie, surtout de hernie inguinale droite, n'est pas une rareté, et ne détermine pas toujours des symptômes spéciaux.

Cette appendicocèle reconnaît comme causes principales : une prédisposition anatomique, un certain degré de laxité des mésos, enfin un abaissement du segment cœco-appendiculaire particulièrement fréquent au cours de la ptose sénile.

Les complications ressortissent soit à l'appendicite primitive dont l'évolution se fait alors à bas bruit, dans le diverticule sacculaire exclu de la grande cavité péritonéale; soit à l'étranglement, nié par certains, mais cependant prouvé par de nombreux faits et dont il convient d'individualiser une forme particulièrement intéressante : la compression de l'appendice sur le collet par les viscères herniés en même temps que lui.

Ces relations intimes et les traumatismes répétés que subit l'appendice du fait de la hernie voisine, permettent d'établir une relation de coexistence, peut-être de causalité, entre hernie inguinale droite et appendicite. Quelques examens anatomo-pathologiques paraissent déjà probants.

Les indications opératoires, les voies d'accès et les techniques varient suivant les cas; mais on peut dire que l'appendicectomie complémentaire et préventive, par voie in-

guinale, paraît parfaitement légitime quand elle est anatomiquement réalisable et qu'il n'existe pas de contre-indication du fait de l'état général.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

J. GUYOT.

Vu :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 16 juillet 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

Nous signalons surtout ici les thèses ou articles parus depuis 1912 sur la question que nous avons traitée. Pour la bibliographie antérieure se reporter à la thèse d'Esnoult (Paris, 1913-14).

ALLEN. — Ileo appendicular hernia. *Surg. Gyn. and obst.* Chicago, 1913, chap. xvii, p. 191-192.

ARGUELLES TERAN. — Un caso de hernia apendicular. *Rev. de san. mil.*, Madrid, 1914, iv, p. 413-416.

BARIETY. — Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite. Thèse de Paris, 1894.

BAUDET. — Sur un cas d'appendicite herniaire. *Archives Médicales de Toulouse*, 1913, chap. xx, p. 162-164.

BENNET. — Appendical pus. in a hernial sac simulating strang. hernia. *Brit. Med. J.*, London, 1912, ch. ii, p. 239.

BRAITSEF. — Appendicitis in an inguinal hernia. *Rush Vrach*, St-Pétersbourg, xiii, p. 773-777.

BULLOCK. — On a case of strangulation of the cæcum in an inguinal hernia sac complicated by acute appendicitis, in an infant 16 month old. *Med Journ. Australia*, Sydney, 1917, ii, p. 5.

BURTY. — Appendice étranglé dans une hernie crurale. *Paris chirurgical*, 1914, vi, p. 729.

CAYOTTE. — A propos de quelques cas d'appendicite herniaire. Thèse Nancy, 1913-14.

CHARNOIS. — Thèse Lyon, 1914.

- COTTE et VERRIER. — Appendicectomie complémentaire dans la cure radicale des hernies inguinales droites. *Lyon Médical*, 1914, ch. CXXII, p. 1077-1079.
- CODET-BOISSE. — Hernie étranglée de l'appendice et du cæcum chez un nourrisson. *Société de Médecine de Bordeaux*, 1913, XLIII, p. 533.
- CONNORS. — Strangulated inguinal hernia containing cæcum and appendix. *Ann. Surgery Philadelphia*, XLI, p. 381.
- DAMBRUN. — Etranglement de l'appendice hernié. *Archives méd. de Toulouse*, 1913, XX, p. 193-195.
- DANIEL. — Hernies de l'appendice. *Progrès Médical*, 22 février 1913, p. 93.
- DELLA TORRE. . . Sopra un caso di apendiciti erniaria primissima infanzia. *Penciero Med. Milano*, 1914, IV, p. 588-591.
- DEVAUX. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et des appendicites herniaires. Thèse Montpellier, 1910-11.
- DOOLIN. — Inflamed appendix in a hernial sac. *Brit. Med. Journ.*, London, 1919, II, p. 239.
- DOUVIER. — Hernie étranglée de l'appendice. *Dauphiné Médical*, Grenoble, 1912, ch. XXXVI, p. 231-238.
- ESNOULT. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal. Thèse Paris, 1913-14.
- ESTOR, DELORD et GUIBAL. — Un cas de hernie de l'appendice à gauche. *Bull. Soc. de Médecine et de Biologie de Montpellier*, 1921-22, III, p. 206-208.
- ÉTIENNE et AIMES. — Trois cas de hernie étranglés chez le nourrisson. La question de l'appendicectomie. *Montpellier Médical*, 1912, ch. XXXVI, p. 244.
- FOWLER. — Inguinal hernia of the cæcum and appendix. *Am. Journ. Surg.*, New-York, 1913, ch. XXVII, p. 26-28.
- GIROLAMO. — L'ernia dell' appendice vermiforme del cæco. *Riforma Med.*, Napoli, 1914, ch. XXX, p. 508-546.
- GOSSET. — Appendicectomie et cure radicale de la hernie inguinale droite. *Journal de chirurgie*, 1911, n° 28.

- HODGSON. — Appendix abscess in a hernial sac. *Univ. Durham Coll. Med. Gazette*, London, 1916, xvi, p. 204.
- HONORÉ. — De l'appendicite herniaire. Thèse Paris, 1902-03.
- HORNSEY. — Cæcum in elft inguinal hernia. *Brit. Med. Journ.*, London, 1915, xxviii, p. 115.
- JAQUEMIN. — Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale. Thèse Paris, 1904-05.
- KIRMISSON. — Les hernies de l'appendice chez les enfants. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1913, ch. xxvii, p. 119.
- KRUCER. — Appendicectomie par voie inguinale. *Deutsche Zeitschrift, für chir.*, ch. xcii.
- LAPEYRE et CATALA. — Hernie isolée de l'appendice. *Montpellier Médical*, 1919-20, xl, p. 147-150.
- LENNART-NOERLIN. — La hernie appendiculaire et l'appendicite herniaire. L'appendicectomie dans les opérations de cure radicale des hernies crurales et inguinales. *Archives génér. de chir.*, Paris, 1912, ch. viii, p. 1303-1310.
- MARQUE. — De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Thèse Bordeaux, 1905-06.
- NORRLIN. — Hernie appendiculaire et appendicectomie avec cure radicale des hernies inguinales et crurales. *Hygiea*, Stockholm, 1913, xxv, p. 379-392.
- NIX. — The inguinal as a means of access on appendix. *New-Orléans Med and Surg. Journal*, 1916-17, lxix, p. 709-717.
- OKINCZYC et ROUFFIGNAC. — Pincement isolé du corps de l'appendice dans une hernie crurale droite avec inflammation secondaire de sa pointe. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1920, xlvi, p. 1286-89.
- PETTIT. — Appendicite herniaire. *Normandie Médicale*, Rouen, 1921, ch. xxxi, p. 51.
- PETTIT DE LA VILLEON. — Appendicite herniaire chez un nourrisson de 6 mois. *Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 1913, xxxiv, p. 585.

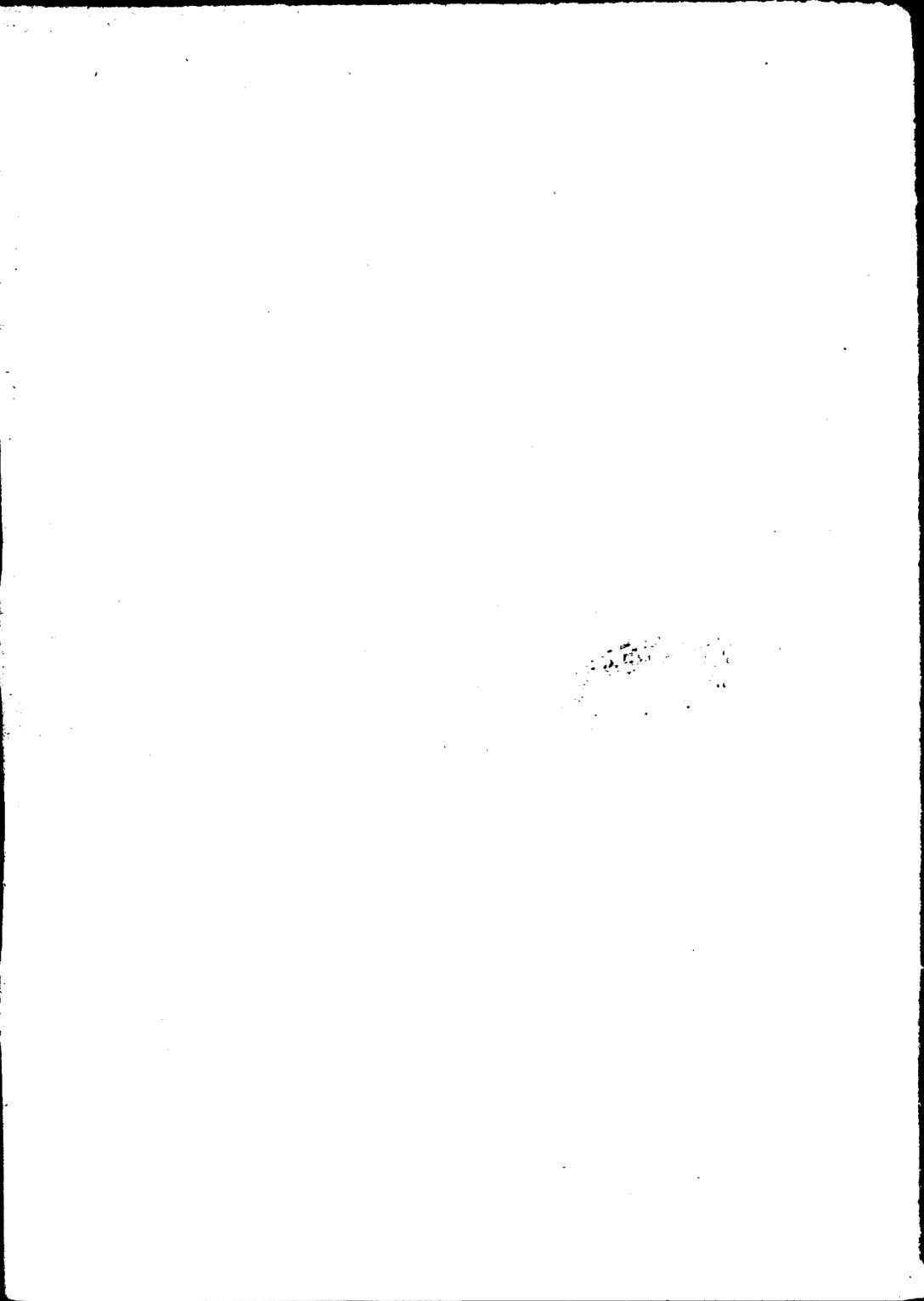
VEAU. — Appendicite chronique et hernie inguinale. *Ann. de méd. et de chir. inf.*, Paris, 1914, ch. XVIII, p. 402-411.

VILLAR (R.). — Hernie inguinale gauche étranglée contenant cæcum et appendice. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1920, XLI, p. 478.

WELBER. — A case of appendix abcess in a hernial sac. *Lancet*, London, 1912, ch. II, p. 1503.

WHITTEMORE. — Strangulated appendix in a hernial sac. *Boston Med. and Surg. Journal*, 1917, CLXXVI, p. 707.





Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Course
BORDEAUX

