

des calculs, sans en faire l'analyse chimique. Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir conclu par l'examen macroscopique à la nature fécale d'un corps étranger, alors que l'analyse, confiée à Patein, le très distingué pharmacien en chef de Lariboisière démontrait qu'il s'agissait de sels minéraux.

2° *Calculs.* — Ces calculs peuvent provenir de trois sources distinctes :

1° Des voies biliaires ; 2° de l'intestin ; 3° de l'appendice lui-même.

En d'autres termes, les uns ne sont que des calculs biliaires de petit volume qui, après avoir parcouru les voies digestives jusqu'au cæcum, ont pénétré, lors des contractions de cet organe, dans la cavité de l'appendice ; ils peuvent servir alors de noyaux autour desquels se déposent des couches de plus en plus nombreuses de sels divers.

Les autres sont liés à la lithiase intestinale, dont la lithiase appendiculaire n'est qu'une localisation ; c'est dire que parmi ces derniers il y en a d'autochtones, développés sur place dans le canal appendiculaire, et d'autres qui, nés dans l'intestin, pénètrent secondairement dans l'appendice. Un de ces calculs autochtones peut sortir librement dans le cæcum, tant que son volume n'est pas trop considérable. Il en est de même de ceux venus du cæcum qui peuvent assurément franchir de bas en haut un orifice qu'ils viennent de traverser en sens inverse. Mais, pour peu que le séjour de la concrétion se prolonge dans le diverticule, il s'ajoute des couches successives, qui augmentent bientôt le volume du corps étranger et s'opposent à sa migration cæcale.

Maurin, dans sa thèse, avait déjà noté cet accroissement des calculs par étapes successives, et on trouve dans la thèse de Rochaz, inspirée par Roux (de Lausanne) en 1895, la reproduction de 65 calculs où toutes les particularités qu'on peut rencontrer sont figurées.

Les calculs de l'appendice sont en général allongés, cylindriques et terminés en cône à leurs extrémités, on les trouve rarement arrondis. Les formes le plus habituellement notées sont celles d'un noyau de datte, d'un noyau de prune, lorsqu'il n'y a qu'un calcul : mais on peut en trouver trois et quatre qui présentent alors des facettes comme certains calculs de la vésicule biliaire.

Leur coloration est en général brune et on peut les écraser le plus souvent sans peine, ce qui a pu faire croire à leur nature stercorale ; ils sont grenus sous le doigt, comme pierreux : mais on peut rencontrer de nombreuses variétés sous le rapport de la consistance, qui peut être molle et onctueuse.

Quoi qu'il en soit, les analyses de tous les chimistes concordent avec les résultats cités dans la thèse de Rochaz. Berlioz a analysé nombre de calculs de Dieulafoy ; Patein a bien des fois étudié les

corps étrangers que je lui ai remis ; tous s'accordent à reconnaître qu'il s'agit de calculs dont la composition est identique à celle des calculs intestinaux, bien connue depuis les recherches déjà anciennes de Fourcroy et Vauquelin.

C'est toujours un mélange de sels calcaires, de phosphate et de carbonate de chaux avec des sels de magnésie, quelques chlorures, des sulfates et parfois même un peu de cholestérine. On peut se demander dans les cas où on a signalé la cholestérine s'il ne s'agissait pas d'un calcul biliaire comme celui que Marchand a présenté à la Société de chirurgie (1).

Ce qui domine, en somme, ce sont les sels de chaux associés aux phosphates ammoniaco-magnésiens. Aberle indique 60,5 p. 100 de phosphate de chaux et 4,3 p. 100 de phosphate ammoniaco-magnésien.

Une matière organique stercorale, brunâtre et soluble en partie dans l'éther cimente avec du mucus les diverses couches stratifiées de ces calculs ; et c'est l'abondance plus ou moins grande de ce ciment mou et onctueux qui rend compte de la différence de consistance de ces calculs tantôt friables et tantôt durs et grenus.

Sur les coupes représentées dans la thèse de Rochaz on voit s'étagier, autour d'un ou plusieurs noyaux, « des couches excentriques plus ou moins irrégulières dont la stratification prouve jusqu'à l'évidence que les calculs appendiculaires se développent et s'accroissent lentement et progressivement dans le canal appendiculaire par l'adjonction de couches organiques et minérales » (Dieulafoy).

Ces noyaux centraux peuvent être, comme nous l'avons vu, des corps étrangers proprement dits, un fragment d'os d'oiseau ou une arête de poisson.

Au cours d'une de mes dernières laparotomies faite d'urgence à Lariboisière dans le service de Peyrot, j'ai trouvé, dans l'appendice que j'avais réséqué, deux calculs arrondis du volume d'un petit pois. Au centre de chacun de ces calculs, nous avons découvert un corps étranger que nous avons pris d'abord pour un crin de brosse à dents. Mais à son réveil, l'opéré nous ayant dit qu'il ne s'était jamais brossé les dents, nous avons examiné attentivement au grand jour ces deux filaments, et notre interne, Page, en voyant qu'une de leurs extrémités était roussie et comme brûlée a pensé qu'il s'agissait de ces racines de soies de porc qui restent implantées dans la couenne du lard. Le malade, interrogé dans ce sens, nous a dit qu'il déjeunait souvent d'un peu de pain et de couenne de lard.

On peut aussi trouver comme noyau central un de ces petits graviers décrits dans une observation de sable intestinal apportée à l'Académie de médecine, en 1873, par Laboulbène et dans une autre

(1) MARCHAND, *Soc. de chir.*, juillet 1895, p. 497.



semblable lue en 1896 à la Société de biologie, par Mongour (de Bordeaux).

Sable intestinal, lithiase intestinale, lithiase appendiculaire, c'est tout un, au point de vue qui nous occupe.

On a signalé enfin dans le contenu de l'appendice, des parasites intestinaux, mais il est très exceptionnel d'observer une appendicite vermineuse. On en trouve un seul cas dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*; un appendice enlevé par Routier contenait des matières fécales et des oxyures vermiculaires.

Dans plusieurs autopsies rappelées par Laboulbène (1) on a découvert des oxyures ou des ascarides dans l'appendice, alors que les sujets n'avaient présenté aucun accident de ce côté. Raphaël Blanchard a étudié les larves d'insectes qui peuvent séjourner dans l'intestin, et, sur un grand nombre d'observations, il n'a pas vu l'appendicite signalée. Dans un seul cas, auquel fait allusion Laboulbène, un appendice perforé contenait un ascaride; mais il y avait, en outre, des ulcérations tuberculeuses.

2° *Parois de l'appendice*. — Au point de vue anatomique, les lésions de l'appendice sont très variées. Sonnenburg les divise en appendicites simples, perforantes, suppuratives et gangreneuses; mais, comme le fait remarquer Legueu (2), ce ne sont pas là des types anatomiques très tranchés; « ce ne sont pas des lésions différentes, ce sont des degrés, des stades successifs d'une évolution qui commence à l'appendicite catarrhale et aboutit à l'appendicite perforante ou gangreneuse. L'appendicite catarrhale en est le degré le plus atténué, l'appendicite perforante ou gangreneuse en constitue le stade le plus avancé ».

Partant de là, Legueu décrit les lésions anatomiques produites :

1° *Par les infections non spécifiques*; 2° *par une infection spécifique : la tuberculose*.

Pour suivre le plan que je me suis tracé, je n'adopterai aucune de ces divisions et j'étudierai les lésions de l'appendice, sans préjuger des causes qui ont pu leur donner naissance.

Nous avons ainsi à décrire quatre sortes de lésions :

1° *Les appendices sans ulcération*; 2° *les appendices ulcérés sans perforation*; 3° *les appendices ulcérés avec perforation ou gangrène*; 4° *les appendices examinés à froid (en dehors des crises)*.

Je rappelle, en deux mots, que l'appendice vermiforme, normal, présente des variations nombreuses, suivant les individus; il a une longueur moyenne de 5 à 8 centimètres, mais il n'est pas rare de lui trouver 10 à 12 centimètres. Reclus en a enlevé un de 17 centimètres. Deux fois, j'en ai mesuré qui avaient 15 centimètres.

Celui de mon observation citée plus loin, d'appendice étranglé

(1) LABOULBÈNE, *Acad. de méd.*, 6 avril 1897.

(2) LEGUEU, *loc. cit.*, p. 17.

sur une partie de son étendue, avait 16 centimètres. On en a vu de 23 centimètres. Sa longueur va en diminuant avec l'âge. Quant au diamètre il varie de 3 à 7 millimètres.

Il est inséré en bas, à gauche, et un peu en arrière du cæcum.

Flexueux ou plus ou moins rectiligne, il n'a pas, par son extrémité arrondie et mousse, de situation fixe dans l'abdomen; il est le plus souvent enroulé en spirale autour de la terminaison de l'iléon, ou accolé à la face postérieure du cæcum sur lequel il remonte parfois très haut. Sappey l'a vu « entrer en contact, par son extrémité avec la vésicule biliaire ». Son point d'insertion au cæcum est relativement fixe. En plantant un poinçon au milieu d'une ligne tendue de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, on arrive sur cette insertion; c'est là le point qui a été si nettement précisé par Mac Burney. Inutile de dire que ces rapports changent lorsque le cæcum est congénitalement déplacé.

Il affecte alors les rapports nouveaux du cæcum. C'est ainsi qu'on lui décrit une situation lombaire, une situation prérénale ou sous-hépatique: ou bien il plonge dans le petit bassin, et, dans cette situation pelvienne, se met en rapport avec le rectum, la vessie et les organes génitaux internes.

Un petit repli séreux, le méso-appendice, l'unit au cæcum; il est entouré de toutes parts par le péritoine, ainsi d'ailleurs que le cæcum, comme on le sait depuis les recherches de Trèves, reprises, en France, par Tuffier. Quant à sa structure, c'est celle des parois du gros intestin; les bandelettes longitudinales du muscle cæcal convergent à l'insertion de l'appendice et lui forment une épaisse couche musculaire.

La muqueuse est surtout remarquable par la quantité de glandes et de follicules clos qu'elle contient, au point qu'on l'a comparée à une plaque de Peyer.

La tunique celluleuse est interrompue à la base de ces follicules clos par des vacuoles lymphatiques de forme allongée. Chez les sujets jeunes, ces follicules sont plus volumineux et font saillie dans la lumière de l'appendice où ils sont entourés d'un bourrelet muqueux « disposé comme le prépuce à l'égard du gland ». Jusqu'à l'âge de vingt ou trente ans, cette plaque de follicules saillants persiste; mais plus tard les follicules deviennent plus petits, sont moins serrés, s'aplatissent, en sorte qu'ils proéminent peu dans la cavité appendiculaire.

Certains auteurs, avec Wœlfler, nient même l'existence de la muqueuse chez les sujets âgés. C'est dire que la valvule incomplète de Gerlach, ainsi que le repli de G. Nanninga qui siège parfois au-dessous de cette valvule, ne sont plus visibles au-dessus de trente ans.

Il faut bien connaître l'irrigation de l'organe. Dans l'épaisseur du méso-appendice chemine l'artère appendiculaire venant de l'artère



iléo-côlique, branche de la mésentérique inférieure; cette artère croise la face postérieure de l'iléon plus ou moins loin de son aboutissement au gros intestin, se dirige en bas à peu près parallèlement au bord mésentérique de l'appendice, envoie à celui-ci un certain nombre d'artères qui la bordent en affectant une disposition scalariiforme et enfin se termine au niveau de l'extrémité de l'appendice. Les veines ainsi que les lymphatiques cheminent le long des artères, mais, ce qui est capital, c'est de savoir que les lymphatiques aboutissent à des ganglions au nombre de 3 ou 4 situés dans l'épaisseur du méso-appendice; de plus, Clado a indiqué qu'une communication constante unit ce système lymphatique à celui de l'ovaire et de la trompe chez la femme. Je n'ai pourtant jamais rencontré le ligament décrit par Clado entre l'ovaire et l'appendice.

Voyons maintenant les modifications qu'on rencontre dans cet organe dans les quatre éventualités que nous venons d'énumérer.

1° APPENDICE SANS ULCÉRATION. — Ce qui frappe tout d'abord, dans les cas où l'appendice malade n'est ni ulcéré, ni perforé, ni gangrené, c'est un état de turgescence spécial de l'organe, qui apparaît rigide avec un réseau vasculaire injecté; l'organe, ainsi *en erection*, affecte une direction variable; au toucher on a la sensation d'une tige ferme et parfois bosselée en chapelet. On sent s'il contient ou non des corps étrangers, calculs ou coprolithes, qu'on fait évoluer dans la cavité. A la coupe, on voit que le canal appendiculaire est libre d'un bout à l'autre et qu'il renferme, sinon des corps étrangers, au moins un mucus louche et même purulent. La muqueuse est épaissie sur toute son étendue et présente une sorte d'œdème, avec un piqueté hémorragique; et même dans ces cas-là, alors que le canal n'est oblitéré nulle part, et que la muqueuse n'est pas ulcérée, on a trouvé les parois infiltrées de cellules embryonnaires et de bactéries pathogènes, en voie de migration du côté de la cavité péritonéale. C'est le cas de citer cette observation, rapportée par Cart (1), où l'on trouva, à l'incision de l'appendice, un grain de blé actinomycosique, enchâssé dans la muqueuse et garni de filaments du parasite.

Dans un second ordre de faits, sur lesquels Dieulafoy a surtout appelé l'attention, le canal appendiculaire est rétréci, et même obstrué en un point, par l'épaississement ou par le froncement de la muqueuse œdématisée. Chez un malade, observé par Dieulafoy (2), ce rétrécissement siégeait au tiers inférieur de l'appendice et toute la partie sous-jacente « était transformée en cavité close irrégulière, et était remplie d'un magma purulent contenant deux petits calculs ». Au-dessus du rétrécissement, les parois étaient normales, comme structure et comme épaisseur, mais, au-dessous un tissu inflamma-

(1) CART, *Arch. gén. de méd.*, 1894.

(2) DIEULAFOY, *Presse méd.*, 11 novembre 1896, p. 601.

toire séparait les culs-de-sac déformés des glandes de Lieberkühn. La couche sous-muqueuse était très épaissie, ainsi que la couche musculaire dont les faisceaux lisses étaient dissociés par l'interposition du tissu inflammatoire. Plus bas la cavité close se dilatait en ampoule et, là, la partie superficielle de la muqueuse paraissait détruite, « la couche sous-jacente était très épaissie et formait à elle seule les deux tiers de l'épaisseur de la paroi; elle avait la structure lymphoïde et était parcourue par des veinules gorgées de sang et quelques artérioles à parois épaissies ». Le péritoine était comme fibreux à ce niveau. L'examen bactériologique montra des colonies de colibacilles dans toute l'épaisseur des parois de la cavité close, sous-jacente à l'oblitération, jusque dans la couche sous-péritonéale, tandis qu'au-dessus de la coarctation « on ne voyait plus sur les coupes, aucune colonie microbienne ». Cette description peut servir de type pour montrer les lésions histologiques de l'appendice, en cas d'oblitération du canal, et la migration des colonies microbiennes à travers des parois non perforées et à peine exulcérées.

2° APPENDICES ULCÉRÉS, SANS PERFORATION. — Les lésions que nous venons de décrire peuvent s'accompagner d'ulcérations de la muqueuse; mais on peut dire, dès maintenant, que ces ulcérations qu'on rencontre lors des rétrécissements et des oblitérations, telles que les a décrites Dieulafoy, s'observent tout aussi souvent sans qu'il y ait la moindre coarctation. Il suffit d'ailleurs d'étudier la genèse de ces ulcérations pour se convaincre qu'elles n'ont, pour apparaître, nul besoin d'être séparées du cæcum par un détroit infranchissable. Dès 1892, Quénu (1) a bien montré le rôle capital des altérations infectieuses des follicules clos, dans la pathogénie des ulcérations appendiculaires. On peut voir aussi, à ce sujet, les notes de Pilliet et Costé à la Société anatomique en 1895, de Siredey et Le Roy (2).

Qu'une infection surgisse dans l'appendice, à la surface de la muqueuse, les follicules clos sont les premiers impressionnés par la résorption lymphatique; une diapédèse intense accumule en masse les phagocytes au niveau des anses vasculaires, qui ne tardent pas à se thromboser. Il résulte de cette oblitération vasculaire, une désintégration moléculaire, une mortification folliculaire centrale et, par suite, un petit abcès sous-muqueux qui ne tarde pas à s'ouvrir dans le canal appendiculaire. Par ce processus, apparaît une ulcération qui peut être plus ou moins étendue en surface, suivant le nombre des follicules clos infectés, plus ou moins étendue en profondeur, suivant l'intensité de l'infection.

Je répète qu'anatomiquement la présence de cette ulcération n'est nullement liée à l'existence d'une cavité close, comme les observations de Brun en font foi, sans parler même des ulcérations d'origine

(1) QUÉNU, *Soc. de chir.*, 1892.

(2) SIREDEY et LE ROY, *Presse méd.*, janvier 1897.



tuberculeuse qui existent dans l'appendice comme sur le cæcum ou l'intestin grêle. On trouve sur la muqueuse des ulcérations absolument semblables à celles de la tuberculose intestinale, avec l'infiltration sous-muqueuse et la caséification gagnant progressivement les parois musculaires et séreuses, après s'être fait jour du côté de la muqueuse.

3° APPENDICES ULCÉRÉS AVEC PERFORATION OU GANGRÈNE. — Les détails dans lesquels je viens d'entrer me dispensent de longs développements sur ce point. La perforation se produit par le même mécanisme que l'ulcération; la séreuse infectée au niveau d'une ulcération prend des adhérences avec un viscère voisin ou avec la paroi abdominale, et si le processus n'est pas très aigu, il se forme autour de la région en voie de perforation une barrière d'adhérences qui limite les effets de l'évacuation appendiculaire. Si, au contraire, la marche de l'infection a été suraiguë, l'appendice est à peine déformé, et la perforation s'est faite sans altérer autrement le reste des parois au niveau d'une ulcération souvent peu étendue. Dans ce cas-là, les liquides septiques de l'appendice infectent rapidement la grande séreuse abdominale.

Le siège de ces perforations varie beaucoup, comme celui des ulcérations; on les rencontre d'ordinaire au niveau de la pointe de l'appendice; cependant, il n'est pas rare d'en trouver tout près de l'insertion cæcale comme dans la pièce représentée fig. 42, que j'ai fait dessiner sur nature; et, lorsque l'ulcération porte sur tout le pourtour du canal, plus ou moins près du cæcum, il en résulte, pour peu que l'infection soit violente, un anneau véritable de sphacèle; ce n'est plus alors une simple perforation, c'est une sorte d'amputation spontanée de l'appendice qui se produit; on trouve alors l'organe complètement détaché, baignant dans un liquide infect. Chez un malade de Roux, le segment, isolé du cæcum, avait pris adhérence avec les parties voisines, et s'était, pour ainsi dire, greffé. En dehors de ce fait exceptionnel, l'appendice s'élimine avec le pus dans lequel il flotte; il peut même passer inaperçu avec les produits de la suppuration. Dans un cas présenté à la Société de chirurgie par Delorme (1), l'examen d'une « fausse membrane » éliminée avec le pus d'un foyer péri-cæcal, a montré à Toupet « qu'il s'agissait d'une paroi complètement tubulée par endroits, et formée à la périphérie d'une fausse membrane très mince, reposant sur une tunique conjonctive dense; celle-ci semblait n'être autre chose que la séreuse. Au-dessus de cette séreuse, on trouvait quelques fibres musculaires lisses; enfin, au-dessous, une membrane celluleuse lâche. Le tissu ambiant était désagrégé. La succession des couches, leur disposition, permettaient d'affirmer qu'il s'agissait d'une paroi intestinale macérée et digérée ».

(1) DELORME, *Soc. de chir.*, décembre 1894, p. 834.

de l'insertion de l'appendice sur le cæcum, de telle sorte que le cæcum présentait, à ce niveau, un orifice de la dimension d'une pièce de 1 franc, que je dus oblitérer par un double plan de sutures.

On conçoit que la forme de ces perforations varie à l'infini et échappe à toute description, depuis l'orifice punctiforme, par où pointe une muqueuse éversée, jusqu'à la plaque de sphacèle qui laisse une perforation à bords déchiquetés et irréguliers.

Dans quelques cas, lorsqu'on intervient après plusieurs poussées, datant de loin, on tombe sur un appendice si volumineux, si déformé, qu'on hésite à le reconnaître, et qu'on le prend même, au début de l'opération, pour l'intestin grêle malade. Communément, il a le

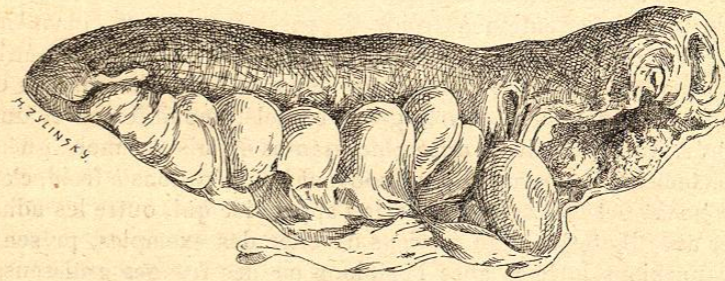


Fig. 42. — L'ulcération et la perforation siègent près de l'insertion de l'appendice ou cæcum.

volume du pouce et on trouve, en l'incisant, que la lumière du canal est très rétrécie par places; il en résulte une série de deux ou trois dilatations remplies de liquide purulent et contenant des corps étrangers.

4° LES APPENDICES EXAMINÉS A FROID (EN DEHORS DES CRISES). — Un premier fait à noter, c'est que souvent, quand on opère à froid, c'est-à-dire en choisissant son heure, en l'absence de tout accident immédiat, on ne trouve que des lésions qui paraissent insignifiantes et incapables de causer de graves accidents. L'appendice se présente alors avec sa forme et ses dimensions normales. Il est seulement adhérent quelque part, dans une situation fixe, et c'est là le seul vestige des crises auxquelles il a donné lieu.

Chez un jeune médecin, opéré par Peyrot, nous avons réséqué un appendice qui paraissait tout à fait sain, mais dont l'extrémité était cependant très adhérente au niveau du cæcum; le canal appendiculaire était perméable d'un bout à l'autre et ne contenait ni pus, ni corps étrangers, ni ulcération.

Nous nous demandions, après l'opération, si ces adhérences suffisaient à expliquer les crises fréquentes qui, depuis des années, obligeaient le malade à interrompre ses occupations plusieurs fois par an? Or, l'intervention date maintenant de quatre ans, et aucune crise ne s'est produite depuis.



Dans d'autres circonstances, l'organe offre des lésions très appréciables. Gérard Marchant (1), chez une jeune fille de dix-sept ans qui avait eu trois atteintes, enleva, à froid, un appendice « rempli de pépins de raisins, appendice non encore altéré dans toute sa longueur, mais turgide, hyperémié dans les trois quarts de sa longueur ». L'examen histologique, au laboratoire de Brault, montra une prédominance de lésions au niveau des follicules clos, dont quelques-uns sont ulcérés, hypertrophiés, hémorragiques. D'autres fois, l'appendice est rempli de matières fécales, nageant dans un liquide fétide; ou bien il a contracté, avec le cæcum le plus souvent, des adhérences extrêmement intimes; bien des opérateurs ont ouvert le cæcum en cherchant à dégager l'appendice.

Dans une intervention à froid, Gérard Marchant (2), chez une femme de cinquante et un ans, a dû faire une suture de 3 centimètres pour réparer une brèche ouverte sur le cæcum, en cherchant à en détacher un appendice court, gros, bosselé, moniliforme et dur. L'opérée, qui souffrait de crises incessantes depuis six mois, guérit complètement. Ce qui complique souvent les opérations à froid, c'est précisément cet état anatomique de l'appendice qui, outre les adhérences avec l'intestin dont je viens de citer des exemples, présente des connexions intimes avec l'épiploon ou des franges graisseuses du cæcum; c'est au point qu'on peut avoir les plus grandes difficultés à le reconnaître, au milieu d'une masse graisseuse intimement accolée à l'intestin.

Lorsque les poussées d'appendicite ont été nombreuses ou suivies d'abcès ouverts à l'extérieur, l'appendice est parfois oblitéré sur la plus grande partie de son étendue, comme dans un cas opéré à froid par Brun, chez un garçon de vingt ans qui avait eu six poussées d'appendicite dont quatre avec abcès. « L'appendice était complètement oblitéré depuis son attache au cæcum jusqu'à 1 centimètre environ de son extrémité qui était soudée à la paroi abdominale, au niveau des anciens foyers de péritonite.

Enfin, d'après un processus dont nous avons déjà parlé, l'appendice peut se détruire et disparaître spontanément à la suite de poussées successives. Dans un cas, cité par Quénu (3), un petit abcès gros comme une aveline, « résultait de la fonte gangreneuse des trois quarts terminaux de l'appendice »; ce foyer communiquait avec un tronçon d'appendice long de 1 centimètre, perméable et sans rétrécissement (puisque Quénu a pu y faire pénétrer un stylet). L'abcès pouvait donc se vider par ce canal dans le cæcum. Ainsi les lésions les plus diverses peuvent se rencontrer en dehors des crises aiguës, depuis de simples adhérences, sans lésions profondes des parois de

(1) GÉRARD MARCHANT, *Soc. de chir.*, septembre 1895, p. 573.

(2) GÉRARD MARCHANT, *Soc. de chir.*, 8 décembre 1894.

(3) QUÉNU, *Soc. de chir.*, décembre 1896, p. 785.

l'appendice, jusqu'aux oblitérations complètes du canal, avec épaissement notable des tuniques, jusqu'à la fusion complète de l'organe, dans un magma de graisse épiploïque et de fausses membranes, jusqu'à l'abcès avec sphacèle enfin, dans lequel l'appendice est en voie de désintégration moléculaire gangreneuse.

Il est capital de bien connaître ces masses, qui atteignent parfois le volume du poing à la suite de poussées successives d'appendicite. Au début de l'opération on tâtonne souvent assez longtemps avant de s'y retrouver, les franges graisseuses du cæcum, larges et adhérentes aux parties voisines, recouvrent l'appendice plus ou moins recourbé en arrière et englobé dans des épaissements du péritoine. Le cæcum, la fin de l'iléon, l'appendice et son méso unis à l'épiploon enflammé chroniquement forment un magma informe, une véritable tumeur qui peut même être mobile ou tout au moins mobilisable. Ces détails anatomiques sont très importants à connaître au point de vue opératoire. Ajoutons que, dans les appendicites d'origine tuberculeuse, il se joint à ces lésions anatomiques les fongosités spécifiques qui infiltrent la masse et lui donnent une consistance mollasse toute spéciale.

3° *Lésions extraappendiculaires.* — Partie de l'appendice, l'infection peut se localiser autour de l'organe, ou envahir la séreuse péritonéale dans toute son étendue, ou bien encore donner naissance à des lésions à distance et sans rapport de continuité avec le cæcum; de là, trois divisions naturelles dans ce paragraphe :

A. *Infections périappendiculaires.*

B. *Infections péritonéales généralisées.*

C. *Infections à distance.*

A. INFECTIONS PÉRIAPPENDICULAIRES. — Suivant l'intensité de l'infection, les lésions diffèrent autour de l'appendice; la tendance aux adhérences péritonéales est la caractéristique des infections atténuées; c'est aussi l'origine de la localisation des abcès autour du cæcum et de l'appendice.

Lorsque l'infection n'aboutit pas à la suppuration extraappendiculaire, le processus adhésif conduit à ces lésions décrites dans les appendicites opérées à froid, sur lesquelles je ne reviens pas; mais, pour la majorité des cas, la suppuration s'enkyste au milieu des fausses membranes qui la séparent de la grande cavité péritonéale; c'est ainsi que se constituent les abcès péri-cæcaux, qu'il serait plus logique d'appeler *abcès périappendiculaires*, étant donnée leur origine la plus habituelle. Comme on peut le prévoir, ces abcès ne sont pas fatalement liés à la perforation de l'appendice, puisque l'infection peut se faire au travers des parois non ulcérées; cependant, le plus souvent, c'est la perforation qui est l'origine de l'infection. Aussi, n'est-il pas rare de rencontrer, dans le liquide de ces abcès, des coprolithes, des concrétions fécales plus ou moins