

ramollies, des corps étrangers; Gerster (1) a même signalé des gaz, mais c'est moins commun. Cependant, il faut croire que le contenu de l'appendice n'est pas toujours très virulent, car des faits incontestables montrent que la formation d'un abcès n'est pas, fatalement, la conséquence de la perforation.

Sur 94 cas d'appendicites perforantes cités par Maurin, il y a eu 94 abcès; sur 257 autopsies d'appendices perforés, Fitz a toujours trouvé de la suppuration péritonéale, mais, ce qui n'est pas contestable, c'est que l'exsudat peut se résorber et disparaître spontanément. Reclus a insisté sur ce point, qui est mis hors de doute par les observations de Guttman, de Leyden, de Frænkel, etc.

Sans méconnaître l'importance de ces résorptions, il faut bien savoir que la suppuration est la règle, lorsque l'appendice est perforé; mais cette suppuration n'est pas toujours franche; et, comme l'a bien vu Guttman, « il y a une foule d'intermédiaires entre les exsudats séreux, séro-purulents et purulents ».

On a cherché, dès le début, à faire une classification des abcès appendiculaires, suivant leur siège. Talamon les classait en quatre groupes, et la division de Gerster, en cinq types, est classique.

Ces divisions sont absolument factices. Prenons ces cinq types de Gerster.

- A. *Le type ilio-inguinal;*
- B. *Le type antérieur;*
- C. *Le type postérieur;*
- D. *Le type pelvien;*
- E. *Le type interne.*

Répondent-ils à la totalité des faits? évidemment non. C'est du pur schéma et, ce qu'il faut retenir, c'est que l'abcès peut siéger tout autour du cæcum et se prolonger, par continuité, jusque dans les régions les plus éloignées du point de départ; aussi, si l'on tenait absolument à classer, le plus simple serait de dire naïvement, avec Laffargue: il y a un type ascendant, un type descendant, un type interne et un type externe: cela comprend toute la cavité abdominale. Ces abcès peuvent, je le répète, mener partout et, ce qui complique la question, c'est que le cæcum et, par conséquent, l'appendice, n'a pas toujours sa situation normale dans la fosse iliaque droite.

Ouvrant un abcès de la fosse iliaque gauche, en 1895, à Lariboisière, je disais aux élèves: « Si ces lésions siégeaient à droite, je diagnostiquerais une appendicite. » L'opération fit voir que le cæcum et l'appendice étaient en ectopie iliaque gauche.

Legueu (2) a montré que, chez l'enfant surtout, le cæcum a une situation très variable: tantôt il siège haut, à la partie postérieure

(1) GERSTER, *New York med. Journ.*, juillet 1890.  
 (2) LEGUEU, *Soc. anat.*, 5 février 1892.

de la fosse iliaque droite, fixé sous le rein, près de la crête iliaque, bien loin de la paroi abdominale antérieure, et six fois sur cent sujets, il était franchement collé au devant du rein, sans avoir aucun rapport avec la fosse iliaque; tantôt il est enveloppé complètement dans le mésentère et, partageant la mobilité de cet organe, il va se loger au fond de la cavité pelvienne, entre la vessie et le rectum, ou au-dessus du ligament large et du fond de l'utérus chez les petites filles.

Que deviennent dans ces cas-là les classifications des sièges des abcès? Il faut au moins, à l'exemple de Legueu, distinguer les cas où le cæcum est en situation normale et ceux où il est ectopie; d'autant mieux que l'ectopie peut favoriser dans une certaine mesure l'éclosion de l'appendicite.

En lisant les observations, on trouve des abcès un peu partout. Jalaguier a eu raison de signaler ces fusées qui remontent le long du côlon jusqu'au foie. Le 10 janvier 1898 j'ai trouvé chez un malade âgé de seize ans un appendice perforé rempli de calculs et collé sur le bord inférieur du foie.

J'ai observé à l'hôpital Beaujon un malade chez qui, après avoir ouvert un abcès au niveau de l'anneau inguinal droit, abcès que je croyais en relation avec une déférentite blennorragique, j'ai trouvé, en prolongeant mon incision, un appendice perforé dans la cavité de l'abcès.

Chez un enfant opéré par Jalaguier, la perforation appendiculaire « avait donné lieu à un énorme abcès qui remontait derrière le côlon ascendant jusqu'au rein, qui remplissait la fosse iliaque et arrivait jusqu'au fond des bourses ».

Je citerai encore les abcès « en fer à cheval », qui, partis de l'appendice, suivent de droite à gauche le pourtour du détroit supérieur jusqu'à l'S iliaque, et fument ensuite le long du rectum dans le petit bassin.

Un type fréquemment observé est l'abcès qui se porte du côté de l'ombilic.

Enfin, par exception, si l'appendicite survient quand le cæcum est dans une hernie, on peut avoir une suppuration du sac et un phlegmon herniaire comme Charnois (1), Gangolphe (2), Sauvage (3), Oller (4) et Bariéty (5) en ont cité des exemples. Ce qu'il ne faut pas omettre de dire, c'est que parfois l'abcès est d'un tout petit volume et reste cantonné au niveau du méso-appendice, comme dans un ganglion suppuré.

(1) CHARNOIS, thèse de Lyon, 1894.

(2) GANGOLPHE, *Lyon médical*, 1892.

(3) SAUVAGE, thèse de Paris, 1894.

(4) OLLER, thèse de Paris, 1894.

(5) BARIÉTY, thèse de Paris, 1895, n° 276.

Souvent même les abcès volumineux résultent de la fusion de plusieurs petits abcès périappendiculaires qui, primitivement, ne communiquaient pas entre eux.

Ce que nous avons dit des infections localisées du péritoine dans la première partie de ce travail nous dispense d'entrer dans de longs développements sur la marche de ces abcès. Ils peuvent s'ouvrir spontanément dans un viscère creux, comme l'intestin, la vessie, l'utérus, ou se faire jour à l'extérieur par un cul-de-sac du vagin ou par la peau. Le diaphragme a pu se perforer comme dans une observation de Monod et dans un fait de Salzwedel (1) où l'abcès sous-diaphragmatique s'ouvrit dans le poumon.

On donne comme curiosité pathologique deux cas d'ouverture de l'abcès dans l'artère iliaque.

Que deviennent ces foyers ainsi ouverts à l'extérieur?

Le trajet fistuleux, plus ou moins long et sinueux, entre la poche péritonéale et la peau, s'insinue sous les plans musculaires de la paroi, où il forme des diverticules et des clapiers. La poche péritonéale est tapissée de fausses membranes épaisses, indurées, rigides, qui ont peu de tendance à se rapprocher, d'autant plus qu'à l'infection, venue de l'orifice cutané par le trajet fistuleux, s'ajoute, le plus souvent, la virulence des produits appendiculaires incessamment versés par la perforation persistante.

Dans ces conditions, la fistule peut exister pendant des années, et, comme l'orifice cutané siège dans des régions souvent éloignées du cæcum, leur origine appendiculaire ne laisse pas d'être difficile à reconnaître. Trois fois, avec Peyrot, nous avons pu dépister cette origine et guérir, en quelques semaines, des malades, dont l'un souffrait depuis douze ans.

Une de ces fistules siégeait, chez une jeune fille, à la face antéro-externe de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope.

Chez une autre femme, l'ouverture d'un abcès gazeux de la fosse iliaque *externe* droite, occupant cette région jusqu'au grand trochanter, nous mena, par un goulot, traversant la paroi musculaire au-dessus de la crête iliaque, dans une poche péricæcale où l'appendice était perforé (2).

Enfin, tout récemment, chez un homme de la salle Nélaton à Lariboisière, actuellement guéri, comme les deux malades précédentes, nous avons pu, par un orifice siégeant à la région lombaire droite qui avait depuis douze ans provoqué les diagnostics variés de tuberculose vertébrale, de tuberculose iliaque, d'abcès périnéphrétique, nous avons pu, dis-je, arriver sur un appendice perforé à son extrémité dans une poche occupant la région cæcale. Cette

(1) SALZWEDEL, *Soc. méd. int. de Berlin*, janvier 1891.

(2) Hôpital Lariboisière, 16 octobre 1896.

poche était limitée en avant par le rein, la masse intestinale, et le péritoine très épaissi, et en arrière par le carré des lombes et la fosse iliaque. En explorant sa paroi antérieure on découvre un pertuis arrondi, fongueux et blanchâtre, dans lequel on ne peut introduire un stilet. Dans l'idée que c'est l'orifice d'un trajet conduisant à une cavité située plus profondément, on débride au-dessus et au-dessous et on peut saisir et attirer un cordon blanc, du calibre d'une plume de corbeau, ressemblant à une veine. Ce cordon induré se continue avec l'appendice, qui est recouvert d'un feuillet péritonéal qui l'engaine et sous lequel il glisse. En incisant cette gaine séreuse circulairement, on entre dans la cavité péritonéale et on voit l'appendice inséré au cæcum. Après la section de cet appendice sous une soie, on le trouva épais et blanchâtre avec une longueur de 8 centimètres : toutes les tuniques étaient augmentées de volume : mais la muqueuse était pâle et il n'y avait pas trace d'oblitération et même de rétrécissement du conduit. — Il est probable que l'appendice fixé à la paroi postéro-latérale de l'abdomen a donné au début, il y a douze ans, naissance à un abcès qui s'est ouvert dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Celui-ci s'étant ouvert à l'extérieur, la guérison s'est faite du côté du ventre où a seulement persisté l'abouchement de l'extrémité de l'appendice dans l'abcès lombaire, ce qui maintenait la fistule ouverte.

B. INFECTIONS PÉRITONÉALES GÉNÉRALISÉES. — Comme l'infection localisée, étudiée dans le paragraphe précédent, elle peut résulter de la perforation de l'appendice ou d'une propagation de l'infection appendiculaire, sans solution de continuité des parois de l'organe. Je ne m'arrêterai pas à décrire de nouveau les lésions de l'infection suraiguë du péritoine, intoxication péritonéale de Jalaguier.

L'étude anatomique ne diffère pas plus que l'étude bactériologique, et nous avons suffisamment décrit plus haut (1) les formes anatomiques, qui varient suivant la qualité des microbes pathogènes, suivant leur virulence, suivant enfin le mode de réaction de la séreuse péritonéale.

C. INFECTIONS A DISTANCE. — Des suppurations éloignées, sans continuité avec la région appendiculaire, ne sont pas une des particularités les moins intéressantes à signaler.

Elles peuvent siéger :

a. *En dehors du péritoine* ; b. *Dans la cavité péritonéale.*

a. Pour les premières, on les rencontre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui avoisine la région cæcale ; ce sont les paratyphlites de Schuchardt. Je crois bien que la continuité a existé, dans ces cas-là, au début, et que l'appendice se trouve tardivement inclus dans des épaisissements péritonéaux qui l'isolent de l'abcès.

(1) A. GUINARD, *Traité de chir. clin. et opér.*, vol. VII, p. 261.

Piard, dans un long mémoire sur les suppurations à distance dans l'appendicite (1), admet plutôt que ces abcès résultent du transport par la voie veineuse ou lymphatique des microorganismes pathogènes. Ce serait, d'après lui, des abcès lymphangitiques sous-séreux. Dans la gaine des muscles droits, au-dessus de l'ombilic, dans la loge de Retzius, on a trouvé des abcès séparés du péritoine par un tissu œdémateux, épais.

On pouvait prévoir, étant données les relations bien connues entre la plèvre et le péritoine diaphragmatique, que les abcès pleuraux devaient se rencontrer au cours de l'appendicite, sans parler, bien entendu, des cas, déjà cités, où le diaphragme est perforé. D'après Wolbrecht, la plèvre suppure 38 fois sur 100 appendicites et Kœrte l'a constaté 4 fois sur 24. Cela me paraît absolument exagéré. Je ne l'ai pour ma part jamais observé.

Tous les organes peuvent être atteints et je renvoie au mémoire de Piard pour les détails; on y verra les abcès de la rate d'Oppenheimer, les abcès du foie décrits par Achard (2) et Berthelin (3), abcès alvéolaires, dus à l'infection de la veine porte et à la thrombose de ses petites branches; les abcès du rein de Wallès; les lésions cardiaques de Schwartz et d'Achard; les abcès du poumon de Legg, du cerveau de Mac Clellan et de Roux, de la parotide de Vaussy, Roux, etc.

b. Pour les abcès péritonéaux, on les trouve dans tous les points de la cavité abdominale sans qu'il y ait la moindre communication ou même la moindre contiguïté entre eux; ils sont souvent multiples et méritent le nom d'*infections enkystées, à foyers multiples*, que leur a donné Nélaton. Il n'est pas rare que l'aspect du contenu de ces poches péritonéales varie sur le même sujet. J'ai opéré, à Lariboisière, un jeune homme que j'ai guéri par trois incisions portant sur des foyers distincts: la première me permit d'enlever un appendice au milieu d'une suppuration épaisse et fétide, collectée au devant du cæcum, près de la crête iliaque; la seconde, pratiquée sur le bord externe du muscle droit du côté droit, donna issue à un grand verre de sérosité transparente; une troisième incision ouvrit dans la fosse iliaque gauche une collection de liquide louche, contenant quelques grumeaux et ne ressemblant en rien au pus de la loge péri-appendiculaire. Toutes ces loges sont limitées par des anses intestinales agglutinées et par l'épiploon épaissi, induré et adhérent.

Les abcès sous-diaphragmatiques, qu'on observe surtout au niveau de la convexité du foie, sont actuellement très étudiés, surtout en Amérique; leur origine appendiculaire est peut-être plus fréquente qu'on ne croit (Beck).

(1) PIARD, thèse de Paris, 1896.

(2) ACHARD, *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1894.

(3) BERTHELIN, thèse de Paris, 1895.

Après avoir décrit passivement, pour ainsi dire, toutes les lésions qu'on rencontre dans l'appendicite, nous avons à nous demander quelle est la pathogénie de ces lésions.

**Pathogénie.** — Infection des parois de l'appendice et folliculite, ulcération infectieuse et gangrène avec perforation de ces parois: telles sont les lésions dont il faut expliquer la genèse.

Il me semble qu'on a compliqué la question comme à plaisir. Je ne vois vraiment pas qu'il y ait à s'étonner outre mesure de la fréquence de ces accidents en ce segment spécial du tube digestif. Depuis longtemps je le répète au lit du malade; la muqueuse intestinale est un tégument interne analogue à la peau. Si l'épiderme est exposé aux traumatismes et aux infections extérieures, l'épithélium intestinal est soumis aux injures des substances ingérées. Les aliments peuvent contenir des corps étrangers avec des angles ou des arêtes piquantes, et l'épithélium peut subir des traumatismes véritables ouvrant la porte à toutes les infections. De plus, certaines maladies générales peuvent amener des ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale, tout comme les infections scarlatineuse, rubéolique, etc., peuvent donner des desquamations de l'épiderme.

On n'est pas surpris de voir une lymphangite et une adénopathie, un phlegmon et un abcès, succéder à une lésion superficielle de la peau des doigts ou des organes génitaux, par exemple, et on semble étonné de rencontrer des suppurations autour du cæcum et de son appendice. Comment pareils accidents ne s'observent-ils pas plus souvent, voilà ce qu'on devrait se demander: et cela tient probablement à une fonction physiologique de protection très active dévolue à l'épithélium de la muqueuse digestive ou à la richesse phagocytaire de la région, ou encore à ces deux éléments réunis; mais que cette *fonction de protection* vienne à être entravée pour une raison quelconque à préciser, la barrière épithéliale sera franchie et le processus infectieux attaquera l'épaisseur des parois à découvert.

Étudier la pathogénie de l'appendicite, c'est donc rechercher quelles conditions peuvent favoriser l'infection de la muqueuse en paralysant pour ainsi dire la fonction physiologique qui protège, à l'état normal, les parois du tube digestif contre l'envahissement microbien. La question ainsi posée s'éclaire: elle prend un caractère de généralité qu s'applique à toute la longueur de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. L'appendice n'apparaît plus comme un organe mystérieux au niveau duquel la pathologie prend des allures spéciales.

En somme, d'après la conception que je me fais de la pathogénie des accidents ulcéreux des parois intestinales, il faut considérer la région appendiculaire comme une des plus exposées à l'infection, en raison de sa disposition anatomique; mais cette région n'échappe en rien à la loi commune qui régit la pathologie générale des voies digestives.

Quatre régions du segment sous-diaphragmatique du tube digestif sont des sièges d'élection de l'infection : l'estomac, le duodénum, le cæcum et son appendice, l'ampoule rectale. Encore est-il qu'en dehors de ces quatre sièges d'élection, il faut citer aussi les angles que fait le côlon transverse en se continuant avec le côlon ascendant et le côlon descendant, et enfin l'anse oméga. Toutes ces régions ont des traits communs au point de vue anatomo-physiologique. Ce sont des points d'arrêt pour les aliments ou les matières : l'estomac, le cæcum, l'ampoule rectale sont des organes où *séjourne* le magma digestif ; les angles du côlon, l'S iliaque, le duodénum sont des défilés coudés ou sinueux où la circulation des matières est relativement gênée. Aussi c'est presque exclusivement à ces divers segments que se localisent les infections des parois digestives.

L'estomac et le duodénum ont leurs ulcères ronds, la cõlite des angles du côlon et de l'S iliaque est bien connue, les abcès de la région ano-rectale sont extrêmement fréquents. Pourquoi le cæcum et l'appendice échapperaient-ils à cette loi, commune à tous les segments où les matières sont destinées à séjourner ou sont gênées dans leur circulation ? — Et quoi de surprenant à ce que l'appendice soit le plus souvent atteint puisque son anatomie en fait un diverticule fermé, une *fistule borgne interne*, un *cæcum du cæcum*, suivant l'expression pittoresque de Reclus, puisque sa structure en fait un organe particulièrement riche en follicules clos au point qu'on a pu la comparer à celle d'un ganglion lymphatique.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que le jéjunum et l'iléon soient absolument à l'abri des infections qui atteignent si souvent les parois de l'appendice. Sans parler des ulcérations spécifiques de la tuberculose ou de la fièvre typhoïde, par exemple, qui peuvent infecter le péritoine, même sans le perforer, on rencontre (exceptionnellement il est vrai), des ulcérations dues à une infection pour ainsi dire banale, et ces ulcérations peuvent donner naissance au syndrome clinique de l'appendicite. J'ai laparotomisé un jeune malade qui avait tous les symptômes d'une appendicite avec suppuration en dedans du cæcum ; l'évacuation et le drainage de la collection purulente n'empêchèrent pas le malade de succomber et, à l'autopsie, nous trouvâmes, Peyrot et moi, le cæcum et l'appendice absolument normaux ; une perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes siégeait à 30 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale, sur le bord libre de l'iléon. Il n'y avait pas trace de lésions de la muqueuse du tube digestif. C'était comme un véritable ulcère rond perforé, en dehors de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. C'est l'ulcère de l'estomac ou du duodénum — siégeant par exception sur l'iléon.

En réalité, sur toute l'étendue des parois digestives on peut avoir des lésions infectieuses locales ; mais ces lésions s'observent surtout

dans des lieux d'élection que l'anatomie et la physiologie désignent tout naturellement ; ces sièges d'élection sont les organes où les matières alimentaires séjournent plus ou moins et sont gênées dans leur circulation ; c'est la *région ano-rectale*, c'est l'*estomac* et le *duodénum*, c'est enfin, et surtout, le *cæcum et son appendice*.

Toutes ces considérations sont capitales si l'on veut discuter avec fruit toutes les théories qui ont été émises sur la pathogénie de l'appendicite ; elles montrent d'abord que les causes sont multiples, qu'il n'y a pas *une* appendicite, mais *des* appendicites, et qu'il faut s'attacher à établir des divisions bien tranchées plutôt qu'à rechercher une explication applicable à tous les cas indistinctement.

Il ne faut donc pas, à l'exemple de Reclus (1), suivi par Legueu, étudier trois classes d'appendicites : 1° les appendicites de cause locale ; 2° les appendicites par propagation ; 3° les appendicites de cause générale. On doit diviser, au point de vue pathogénique, les causes de l'appendicite en 1° *causes prédisposantes* et 2° *causes déterminantes*, ces dernières ne donnant naissance aux accidents infectieux qui caractérisent la maladie, que sur des sujets *prédisposés*. Il y a loin de cette conception à l'idée qu'une simple cause mécanique locale peut provoquer l'éclosion du mal.

Jusqu'aux grandes discussions de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine (1896 et 1897), la théorie mécanique, invoquée par Dieulafoy pour les expliquer, semblait régner en maîtresse. Cette théorie séduisante, dite *théorie du vase clos*, soutenue avec une ardeur et un talent incomparables par Dieulafoy, remplaçait la théorie de Talamon, première en date, et qui n'a de commun avec elle que son inexactitude. En deux mots, rappelons les grandes lignes de ces deux théories, qui ont eu le sort étrange de rallier d'abord tous les suffrages, pour n'être plus admises ensuite que par leurs auteurs.

A. THÉORIE DE TALAMON. — Comme celle de Dieulafoy, cette théorie est toute mécanique. Talamon, frappé de la présence des calculs dans l'appendice malade, en fait la cause univoque des accidents. D'après lui, des matières fécales durcies seraient « roulées et brassées » dans le cæcum, où elles s'arrondissent comme des boulettes sous le doigt (2) ; et ce sont ces sortes de pilules qui pénètrent mécaniquement dans l'appendice et s'enclavent à la partie supérieure de l'étroit canal. La conséquence la plus grave de cette pénétration intempestive et de cet enclavement, est « la compression des parois de l'appendice et la gêne de la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois » ; car alors la vitalité de la muqueuse sous-jacente est compromise et les microorganismes, qui étaient inoffensifs dans l'appendice sain, deviennent pathogènes et infectent les parois

(1) RECLUS, *Sem. méd.*, 23 juin 1897, p. 237.

(2) TALAMON, *Appendicite et pérityphlite*. Coll. Charcot-Debove, p. 45.

affaiblies de l'organe. « Les microbes, inoffensifs et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments, privés du liquide sanguin nourricier. » Voilà qui est bien clair.

Pour qu'il y ait appendicite, il faut qu'une boulette fécale pénètre dans l'appendice et comprime les vaisseaux qui vont en irriguer les parois; de ce fait, le vermium est transformé en un vase clos: le mot est de Talamon et non de Dieulafoy. Ce que nous avons dit plus haut des corps étrangers de l'appendice montre bien que c'est le plus souvent d'un véritable calcul, et même d'un calcul autochtone de l'appendice qu'il s'agit; de plus, souvent aussi, tous les accidents se déroulent sans qu'il y ait trace de corps étrangers, de calculs ou de scybales dans la cavité appendiculaire.

Les expériences de Roger et Josué (1) ont montré qu'en liant l'appendice à sa base, en ayant soin de respecter les vaisseaux, on voit se produire l'infection des parois de l'appendice; enfin, en clinique, les appendicites « à canal ouvert », c'est-à-dire sans corps étrangers, calculeux ou autres, et, par conséquent, sans vase clos, sont communes.

Voici donc une théorie qui, pour être exacte, exige: 1° la présence constante d'un corps étranger dans l'appendice; 2° la pénétration de ce corps étranger du cæcum dans le canal; 3° l'arrêt de la circulation sanguine dans les parois, par compression mécanique.

Nous venons de voir que la clinique et l'expérimentation démontrent que ces trois conditions ne sont presque jamais remplies puisque: 1° la présence du calcul fait souvent défaut; 2° le corps étranger se développe souvent sur place par stratifications successives; 3° la persistance de la circulation sanguine dans les parois n'empêche pas l'éclosion de l'appendicite. Autant dire qu'il ne reste rien de cette théorie pathogénique.

B. THÉORIE DE DIEULAFOY. — C'est la théorie de la *cavité close* (mot de Talamon), qui diffère de la précédente par plusieurs points, bien qu'elle lui ait emprunté son nom.

Toute appendicite est produite par l'oblitération du canal appendiculaire en un point, et la transformation de l'extrémité aveugle en cavité close. Je cite textuellement Dieulafoy (2): « Le canal appendiculaire peut être oblitéré, soit à son orifice cæcal, soit sur une partie de son trajet, par des processus différents. Cette oblitération peut tenir à un calcul progressivement envahissant, elle peut tenir à une tuméfaction des parois résultant d'une infection locale, elle peut tenir à un processus fibroïde. Souvent même, ainsi que je l'ai constaté, plusieurs de ces causes se trouvent réunies; le calcul appendiculaire et la tuméfaction infectieuse des parois apportent

(1) ROGER et JOSUÉ, Appendicite expérimentale (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1896, n° 4, p. 79).

(2) DIEULAFOY, *Acad. de méd.*, 10 mars 1896.

l'un et l'autre leur contingent à l'obstruction partielle du canal appendiculaire. Cette obstruction est momentanée ou persistante suivant la nature du processus oblitérant.

« Mais, quelle que soit la cause de l'obstruction, que cette obstruction soit due à un calcul, à une tuméfaction infectieuse des parois, à un rétrécissement fibroïde ou à plusieurs de ces causes réunies, le fait essentiel, le fait qui domine toute l'histoire de l'appendicite, c'est que la partie du canal appendiculaire sous-jacente à l'oblitération est transformée en une cavité close.

« Dès lors, les microbes de l'appendice, qui, à l'état normal, étaient inoffensifs pour le sujet, comme tous les microbes de l'intestin à l'état libre, ces microbes, emprisonnés, vont exalter leur virulence. »

Ainsi, à l'origine de toute appendicite, il y a, d'après Dieulafoy, oblitération du canal appendiculaire, et là, non plus seulement, comme dans la théorie de Talamon, par un corps étranger, mais aussi bien par un rétrécissement progressif du canal, par une coudure, par une torsion, etc.

Ce qui a fait la fortune extraordinaire de cette théorie du vase clos, c'est qu'elle semblait étayée sur l'expérimentation. Dieulafoy se basait surtout sur une célèbre expérience de de Klecki (1). Cet auteur réalise sur des chiens l'occlusion d'une anse intestinale au moyen d'anneaux en caoutchouc; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, il constate que l'anse étranglée n'est pas perforée et que cependant il y a déjà de l'infection péritonéale polymicrobienne. Dans cette anse, expérimentalement transformée en cavité close, les microbes intestinaux ont pullulé, et il s'est produit « une forte exaltation de leur virulence ». Mais, peut-on étendre ces résultats intéressants de l'intestin à l'appendice? Dieulafoy invoque alors les expériences de Roger et Josué qui ont vu la virulence des microbes d'un appendice, lié aseptiquement à sa base, augmenter et donner naissance à une infection de l'appendice.

Gervais de Rouville (2) a aussi montré expérimentalement que l'oblitération incomplète de l'appendice ne provoque aucune réaction pathologique tandis que son occlusion parfaite exaltait la virulence du contenu du vase clos. J'insiste sur ces faits en raison de l'autorité de Dieulafoy qui les a soutenus avec son talent habituel, mais on peut dire qu'actuellement, ils n'ont plus qu'un intérêt historique.

J'ai lu à la Société de chirurgie (3) une importante observation qui suffit à démontrer que la transformation de l'appendice en cavité close n'amène pas fatalement les accidents cliniques de l'appendicite. Une femme de quarante-cinq ans portait depuis six jours une hernie

(1) DE KLECKI, Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 710).

(2) GERVAIS DE ROUVILLE, *Soc. de biol.*, 7 nov. 1896.

(3) A. GUINARD, *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 novembre 1896, p. 744.