

seul calcul, mais on en peut constater jusqu'à trois et quatre; ils présentent alors quelques facettes. La coloration habituelle de ces calculs est brunâtre, leur consistance est tout ce qu'il y a de plus variable : friables et sans cohésion; ou denses, de consistance pierreuse, avec tous les degrés intermédiaires.

Ces calculs sont formés de plusieurs éléments. Berlioz m'a fait une analyse minutieuse de plusieurs calculs appendiculaires que je lui avais confiés, et les résultats de ses recherches concordent absolument avec les résultats obtenus par d'autres chimistes (Volz, Bulter, Pelet). On trouve dans ces calculs une matière organique stercorale, brunâtre, en grande partie soluble dans l'éther, et des sels minéraux surtout calcaires, phosphates et carbonates de chaux; parfois des sels de magnésie, des traces de chlorures, des sulfates, très rarement de la cholestérine (Walt). Ces divers éléments organiques et minéraux sont cimentés par le mucus que sécrètent abondamment les glandes de l'appendice.

On comprend alors pourquoi les concrétions appendiculaires sont tantôt molles, friables, tantôt dures et comme calcifiées. Si la concrétion est surtout riche en matériaux organiques, elle est molle ou au moins elle se ramollit facilement au moment de l'infection appendiculaire. Si la concrétion est surtout riche en éléments minéraux, en sels calcaires, elle peut prendre une consistance pierreuse, comme un vrai calcul.

Il est facile de surprendre sur le fait la formation et l'évolution de ces concrétions calculeuses appendiculaires; il suffit d'en faire la coupe pour constater que le plus souvent ces concrétions sont *stratifiées*. Autour d'un ou plusieurs noyaux s'étagent des couches excentriques, dont la stratification prouve que les calculs appendiculaires s'accroissent lentement, progressivement, dans le canal appendiculaire par l'adjonction de couches organiques et minérales. Ce processus était très évident dans les calculs appendiculaires que j'avais donnés à Berlioz; la coupe d'un de ces calculs, fort volumineux, montrait des stratifications

aussi nettes que les coupes stratifiées représentées dans la thèse de Rochaz.



Lithiase appendiculaire. — Calculs stratifiés.

C'est en étudiant le processus que je viens de décrire, c'est en comparant la formation lente et progressive des calculs appendiculaires à la formation tout à fait analogue des calculs biliaires, que l'idée m'est venue de proposer, pour la genèse des calculs de l'appendice, la dénomination de *lithiase appendiculaire* (origine microbienne ou diathésique), lithiase dont les connexions me paraissent intimes, avec les autres lithiases urinaire et biliaire.

Que devient alors l'ancienne théorie (Talamon), théorie d'après laquelle les calculs arrivent dans l'appendice, préalablement formés dans le cæcum? Suivant les expressions de Talamon, c'est dans le cæcum que les scybales sont roulées et brassées; « elles s'y arrondissent comme des boulettes sous le doigt¹ » et, après ce travail quasi pilulaire, elles sont lancées du cæcum dans l'appendice. Cette théorie a été ruinée par les arguments de Rochaz que je vais citer textuellement: « C'est sur la forme, parfaitement sphérique, des calculs, que Talamon s'appuie pour étayer sa théorie; mais, cette forme parfaitement sphérique, nous ne la rencontrons que trois fois sur nos 65 cas, et la forme que nous rencontrons presque toujours, qui est la règle, est justement cette forme allongée, cylindrique, et qui est la forme admise par les auteurs. Comment expliquer, par les boulettes de Talamon, les longues saucisses stercorales, remplissant l'appendice d'un bout à l'autre? Comment les grosses concrétions pourraient-elles pénétrer ainsi, toutes faites, par une ouverture qui n'a, au plus, que 5 millimètres

1. Talamon. *Appendicite et pértiphylite*, p. 45.

de diamètre, et qui est encore plus ou moins complètement fermée par une valvule? Au contraire, la disposition en couches concentriques des calculs indique une formation lente qu'on ne peut expliquer que dans un recessus séparé du tube intestinal, et non dans le cæcum, où ces calculs seraient emportés au bout de peu de temps par le flot des matières. »

La question est donc jugée; aux excellentes raisons invoquées par Rochaz, je n'ai rien à ajouter. Ce qui reste acquis, c'est que l'appendicite, dite calculeuse, est associée à un processus de lithiase appendiculaire *née sur place* et lentement développée, processus un peu comparable, dans sa genèse, aux autres lithiases biliaire et urinaire.



Appendicite calculeuse. — Calcul ayant transformé une partie du canal appendiculaire en cavité close (obs. personnelle).

Appendicite non calculeuse. — L'appendicite n'est pas toujours d'origine calculeuse, il s'en faut. Il est des cas, et ils sont certainement les plus nombreux¹, où l'appendicite évolue avec toutes ses conséquences les plus graves, sans qu'on retrouve la moindre concrétion calculeuse à l'intérieur du canal appendiculaire. Il s'agit, en pareil cas, d'une infection de la muqueuse que les chirurgiens américains avaient nommée, faute de mieux, *appendicite catarrhale*. Je lui propose la dénomination d'*appendicite oblitérante*. En pareil cas, sous l'influence peut-être de la tuméfaction de la muqueuse infectée; le canal appendiculaire est oblitéré à son orifice ou en un point de son parcours, exactement comme sont oblitérés les canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal, ou comme est oblitérée la trompe d'Eustache au cas d'otite aiguë. Ce processus aigu aboutit à la formation d'une ou plusieurs cavités appendiculaires sous-jacentes, origine de

1. Le Dentu. Académie de médecine, séance du 24 mars 1896.

tous les accidents. Les planches suivantes donnent une idée de ce processus.



Appendicite oblitérante. — Transformation du canal appendiculaire en cavité close par tuméfaction des parois de l'appendice (obs. personn.).

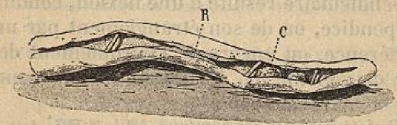


Appendicite oblitérante. — Plusieurs oblitérations du canal appendiculaire. La cavité close est piriforme. (Le Dentu. Acad. de méd., 28 avril 1896.)



Appendicite oblitérante. — L'appendice est transformé en cavité close par oblitération du canal appendiculaire à sa partie supérieure; le reste de l'appendice est dilaté en ampoule. (Routier. Communication à la Société de chirurgie, 21 mai 1896.)

On trouve parfois réunies dans la même appendicite plusieurs causes d'oblitération; telle appendicite est à la fois calculeuse et oblitérante; les calculs peuvent être libres dans la cavité close, ainsi qu'on le voit sur la figure ci-jointe.



Canal appendiculaire oblitéré au point R par tuméfaction des parois de l'appendice; C, calculs libres dans la cavité close (obs. personnelle).

Les appendicites oblitérantes, *non calculeuses*, ont la même gravité que les appendicites calculeuses : toxi-infection, symptômes et accidents sont identiques. Elles peuvent aboutir également à tous les accidents appendiculaires et péritonéaux, elles provoquent tout aussi bien, la gangrène ou la perforation de l'appendice. Nous voilà donc bien loin de certaine théorie (Talamon) qui, pour expliquer l'appendicite, faisait jouer un rôle considérable à la compression des vaisseaux appendiculaires par un calcul qui souvent... n'existe pas.

Je viens de parler du processus oblitérant aigu; il y a aussi un processus oblitérant chronique, qui aboutit au rétrécissement fibreux et à l'oblitération du canal appendiculaire en un point de son trajet (sténose comparable aux rétrécissements du canal uréthral). Ce processus est chronique d'emblée ou fait suite à des poussées d'appendicite aiguë, de même qu'une endocardite est parfois suivie de rétrécissement mitral. Dans un cas d'Achard¹, où les lésions avaient abouti à la perforation de l'appendice et à des abcès du foie, le foyer infectieux appendiculaire était dû à l'oblitération de l'orifice du canal par un tissu d'apparence fibreuse sans trace de calcul. Rendu a publié un cas d'appendicite purulente provoquée, non pas par des calculs, il n'y en avait pas trace, mais « par une sorte de frocement fibreux qui séparait l'appendice malade du cæcum sain »; il fut facile de voir que la communication du cæcum avec l'appendicite était complètement oblitérée².

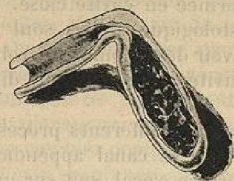
Appendicite par coudure et étranglement. — Dans quelques circonstances, l'appendicite n'est ni calculeuse, ni oblitérante, le foyer appendiculaire résulte d'une flexion, coudure ou torsion de l'appendice, ou de son étranglement par une bride, par une adhérence, ou encore de l'enroulement de l'appendice autour de son méso³. En pareil cas, le canal appen-

1. Achard. *Société médicale des hôpitaux*, 1894, p. 795.

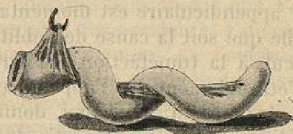
2. Rendu. *Société médicale des hôpitaux*, 1896, n° 4, p. 81.

3. Pozzi. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 8 avril 1896. — Brun. *La Presse médicale*, 10 mai 1897.

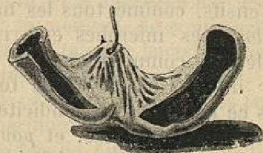
diculaire est transformé en cavité close dans la partie qui est sous-jacente à la coudure, à la flexion, à l'étranglement.



appendicite par coudure. Le canal appendiculaire est complètement oblitéré au niveau du coude; la partie sus-jacente est saine, la partie sous-jacente est transformée en cavité close (observation personnelle).



Appendicite par enroulement de l'appendice autour de son méso; cavité close par étranglement.



Appendicite due à l'étranglement de l'appendice par une bride; la cavité close siège au-dessous de l'étranglement.

L'appendicite ainsi créée, est aussi grave que l'appendicite calculeuse et que l'appendicite oblitérante; la toxi-infection du foyer appendiculaire est la même, accidents et complications sont identiques. L'une des planches ci-dessus représente une appendicite *par coudure* recueillie chez une de mes malades opérée par Cazin et examinée dans mon laboratoire.