

La direction du cæcum n'est pas tout à fait verticale, mais un peu oblique en bas et à gauche. On a cherché à expliquer ainsi pourquoi la hernie du cæcum, très rare d'ailleurs, a été quelquefois observée du côté gauche. Mais pour rendre compte de ce siège anormal, on a aussi invoqué une transposition congénitale des organes.

Jusqu'à la sixième édition de cet ouvrage, j'avais écrit cette phrase : « Le péritoine maintient le cæcum appliqué contre la fosse iliaque interne et, en général, ne lui forme pas de méso-cæcum, de telle sorte que la tunique musculuse est en contact immédiat avec le tissu cellulaire sous-séreux de cette fosse. »

Je reconnais que c'était là une erreur, démontrée surtout par les travaux de Trèves. Sans doute, la disposition du cæcum est un peu variable suivant les sujets, mais un fait très fréquent est celui-ci : le cæcum est enveloppé de tous côtés par la séreuse.

C'est ce que j'ai voulu démontrer par la figure 237 : le cæcum a été reporté en haut, dégagé de la fosse iliaque, et l'on voit que le péritoine l'enveloppe de toute part. On voit aussi un gros faisceau ligamenteux qui fixe le cæcum dans la fosse iliaque et doit, jusqu'à un certain point, s'opposer à sa descente.

La propagation de l'inflammation du cæcum au tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque est donc impossible dans ces conditions; il s'agit alors, dans ces cas, de péritonite, peut-être quelquefois d'adénite ou d'adéno-phlegmon ayant, le plus souvent, l'appendice pour point de départ.

Que devient, avec cette disposition anatomique, l'histoire des hernies du cæcum sans sac, le cæcum glissant au-dessous du péritoine pour gagner l'orifice supérieur du canal inguinal ou du canal crural? Car enfin, ces cas existent. Il y a des hernies du cæcum sans sac ou à sac incomplet. La raison en est que la disposition anatomique considérée jadis comme constante est sans doute très exceptionnelle, mais se rencontrerait cependant environ 8 fois sur 100.

Nous savions, d'ailleurs, que le cæcum hernié peut occuper un sac comme les autres viscères, lequel sac est même susceptible d'acquérir un volume énorme.

J'en ai observé, autrefois, un exemple si curieux qu'il me semble utile de le consigner ici.

Une hernie inguinale droite étranglée avait été réduite en ville. Les accidents d'étranglement persistant malgré la réduction, le malade fut envoyé à l'hôpital Saint-Louis et placé dans le service de Denonvilliers, où j'étais interne. Denonvilliers était absent : Richet, alors chirurgien du même hôpital, voulut bien voir le malade. Il était rationnel de penser que la réduction avait été opérée en masse et que le collet du sac, repoussé dans le ventre, continuait à étrangler l'intestin. Ce fut l'opinion de Richet, et il pratiqua aussitôt une large incision au-dessus de l'arcade crurale pour aller à la recherche de l'étranglement. Malgré les explorations les plus minutieuses, on ne put découvrir la cause des accidents : l'intestin grêle fut attiré au dehors, il était sain; bref, l'opération, bien que très indiquée et très méthodiquement pratiquée, ne donna pas de résultat, et le malade mourut quelques heures après. La hernie ne contenait que le cæcum. Cet intestin était beaucoup plus distendu qu'un estomac ordinaire d'adulte. Il avait été réduit, mais il était tordu, renversé et repoussé dans l'épigastre et l'hypocondre gauche en avant de l'estomac. C'est à cette torsion