

Si la situation du cæcum est aussi variable que je l'ai dit précédemment, il est évident que l'appendice présente, lui aussi, les mêmes variétés de situation. On peut donc le rencontrer : en haut ou en bas de la fosse iliaque ; au-devant du muscle psoas ; dans le bassin, au contact de l'ovaire, de l'utérus, de la vessie ; exceptionnellement dans la région lombaire, au-devant du rein droit, sous le foie, au niveau de l'ombilic. Mais, je le répète, il est un point en quelque sorte classique où l'on doit toujours rechercher d'abord l'appendice : c'est la face interne du cæcum, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'embouchure de l'intestin grêle. La découverte de l'intestin à ce niveau constitue donc un point de repère des plus précieux pour trouver l'appendice.

La direction de cet organe est des plus variables, en raison surtout des adhérences qu'il a pu contracter. Il se dirige en haut, en bas, en dedans, quelquefois en dehors en passant en arrière du cæcum, en arrière du côlon.

L'appendice n'est pas complètement flottant dans la cavité péritonéale ; il est fixé, sauf à son extrémité libre, par un repli du péritoine, le méso-appendice qui se continue avec l'extrémité inférieure du mésentère. Ce méso présente aussi de grandes variétés comme hauteur, comme épaisseur. Il est quelquefois si peu développé que sa section ne constitue pas un temps spécial de la résection de l'appendice. D'autres fois, il faut le comprendre entre deux ligatures et le couper séparément. Nous verrons plus loin qu'il peut être très épaissi et contenir des ganglions lymphatiques.

L'appendice est creusé d'une cavité, constante à l'état normal. L'oblitération partielle ou totale de cette cavité est toujours pathologique. On y a trouvé des corps étrangers de toute nature, en particulier des calculs stercoraux qui jouent évidemment un rôle important dans la pathogénie de l'appendicite, surtout de la colique appendiculaire. On y a rencontré aussi des vers intestinaux : ascarides, oxyures, trichocéphale, dont l'influence morbide sur l'appendice n'est pas encore bien déterminée.

L'orifice appendiculaire présente, sur sa moitié supérieure seulement, un repli semi-lunaire auquel on a voulu faire jouer le rôle de valvule (Gerlach). J'en démontrerais l'existence, que je crois constante, dans mes cours, sur des cæcums desséchés après insufflation ; mais il remplit bien mal son rôle de valvule et ne me paraît avoir qu'une très médiocre importance dans l'espèce.

La structure de l'appendice, très simple d'ailleurs, démontre l'existence d'une couche sous-muqueuse de follicules clos. C'est dans cette couche que Pilliet fixa le siège de l'appendicite qu'il appela *folliculaire* et qu'il étudia sur des pièces provenant de mon service.

C'est aussi l'opinion de M. Letulle, qui pense que toutes les variétés connues d'appendicite ont une origine cavitaire. De plus, pour cet auteur, une appendicite aiguë, même légère, se complique toujours d'une lymphangite pariétale et centrifuge, dont il est impossible à l'avance de prévoir la gravité. Ces idées me paraissent absolument justes et plaident en faveur de l'ablation de tout appendice qui reste malade après une première attaque.

Il est donc nécessaire d'indiquer sommairement ici la disposition de l'appareil lymphatique appendiculaire, bien étudié par M. Tixier. Les lymphatiques nés de l'appendice et aussi d'une portion du cæcum aboutissent à des ganglions que M. Tixier divise en trois groupes : le moins important est le groupe *méso-appendiculaire* constitué par des ganglions occupant le centre du méso ;