

« Une convalescence batarde, traînante, alors que les lésions « locales « refroidissent » normalement doit faire penser à la possibilité d'une tuberculose appendiculaire. »

GEO. A.

HERNIES ADHÉRENTES DU GROS INTESTIN, par le Dr J. Louis Ransohoff (*Annals of Surgery*, Aug. 1912).

L'A. repousse les différentes démonstrations données à ces hernies « H. par sac incomplet », « H. par glissement », parce qu'elles sont basées sur des théories pathogéniques erronées.

Le contenu du sac est ordinairement du cæcum et du colon ascendant à droite, du colon ilio-pelvien à gauche. On rencontre très rarement le colon transverse. On a déjà trouvé du petit intestin, même le testicule et le cordon.

Pathogénies R. fait la critique des différentes théories et croit que pour bien comprendre la pathogénie de ces hernies, il est essentiel de considérer l'embryologie du conduit intestinal ses mésentères, et surtout les changements secondaires qui surviennent dans le mésentère du gros intestin.

Suit une étude détaillée de l'intestin chez l'embryon. De cette étude, R. tire les conclusions suivantes :

- 1° « Les hernies à sac incomplet » n'existent pas primitivement ;
- 2° Le sac est complet dès le début ; il n'a été oblitéré que par des adhérences à type embryonnaire ;
- 3° Une anse intestinale trouvée dans un sac herniaire est une preuve que cette anse était primitivement mobile ;
- 4° Dans les hernies adhérentes du gros intestin, la hernie est primitive, les adhérences secondaires.
- 5° Le nœud de la situation est l'excès de volume de l'anse du colon.

Morphologiquement : Ces hernies se divisent en trois variétés, suivant les rapports qui existent entre le sac et son contenu :