

crurale droite qui, habituellement réductible, résistait à toutes les manœuvres de taxis qu'elle avait pu faire; je l'opérai à Lariboisière, non pas d'urgence, car elle n'avait aucun signe d'étranglement et aucun symptôme de réaction péritonéale, mais le lendemain de son entrée à l'hôpital, tout à loisir, comme s'il s'agissait de la cure radicale d'une hernie irréductible. Aussitôt après avoir ouvert le sac, j'arrivai sur une anse étranglée que je pris tout d'abord pour l'intes-

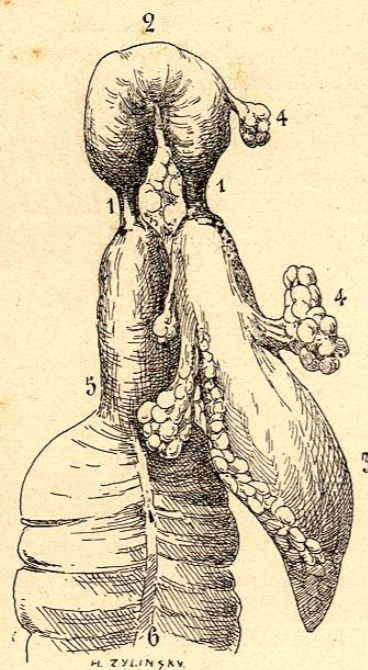


Fig. 43.

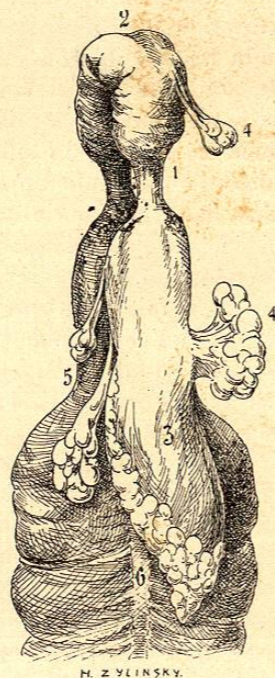


Fig. 44.

Fig. 43 et 44. — Hernie étranglée de l'appendice. — 1, double oblitération de l'appendice au niveau de l'anneau herniaire; 2, segment hernié de l'appendice; 3, extrémité close libre dans la cavité abdominale; 4, franges graisseuses; 5, extrémité cæcale de l'appendice; 6, cæcum.

tin grêle, mais, dès que l'anneau fut débridé, au moment où j'attirai l'anse herniée au dehors pour vérifier l'état des parois au-dessus de l'anneau herniaire, je vis sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice et, en opérant une légère traction, j'amenai au dehors la partie inférieure du cæcum; je réséquai alors l'appendice au-dessous d'une ligature à la soie, placée à son insertion cæcale. Il n'y avait pas trace de liquide dans le péritoine, et la malade guérit sans avoir présenté aucune réaction générale pendant les jours qui ont suivi l'opération. La pièce enlevée a été présentée à la Société

anatomique (1). L'appendice avait une longueur exagérée de 16 centimètres; l'étranglement portait sur l'appendice seul, c'est-à-dire qu'on pouvait voir, attendant à l'organe, un méso graisseux qui allait du cæcum à l'extrémité libre de l'appendice sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment, *les vaisseaux étant respectés*, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique. Les figures 43 et 44 montrent sur l'appendice deux anneaux qui marquent la place où le canal était oblitéré. Au delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume d'une amande. Nulle part on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle; les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées et très congestionnées, mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toute espèce de fausses membranes.

Comme on le voit, il y avait en réalité deux cavités closes dans cet appendice, l'une dans le sac herniaire (n° 2, fig. 43) et l'autre dans la

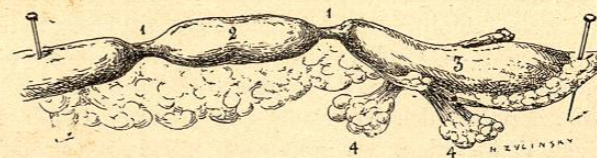


Fig. 45. — Appendice enlevé et étalé avec les deux étranglements (1,1) et les deux cavités closes (2 et 3).

cavité abdominale (n° 3, fig. 43). Toutes deux contenaient un liquide couleur chocolat, mais on ne découvrait sur la muqueuse aucune ulcération superficielle ou profonde.

Legueu (2) rapproche de ce fait une observation de Romme (3), où un appendice hernié et étranglé depuis quatre jours était gangrené et perforé. Mais il n'y a aucune analogie à établir. Le sphacèle est inévitable quand l'appendice est hernié *en totalité*: c'est une question de circulation sanguine, et le vase clos est secondaire dans l'espèce: c'est de la gangrène par oblitération des vaisseaux nourriciers.

On ne saurait, pour la même raison, rapprocher le cas de hernie de l'appendice publié par E. Tailhefer (4) (de Toulouse): l'appendice était *tout entier* contenu dans le sac herniaire, et, par conséquent, se trouvait séparé de la grande cavité péritonéale, qu'il ne pouvait pas infecter. Chez ma malade, au contraire (Voy. les figures 43, 44, 45), toute l'extrémité libre et close de l'appendice était flottante dans le ventre, et la hernie ne contenait qu'un petit segment de l'organe tout près

(1) Soc. anat., 19 juin 1896.

(2) LEGUEU, *loc. cit.*, p. 10.

(3) ROMME, *Zeit. für Chir.*, Bd. XLI, p. 1-3.

(4) TAILHEFER, Appendicite herniaire (*Indépend. médicale*, 17 novembre 1897, p. 361).

du cæcum. C'était ce que Peyrot (1) appelle une *hernie récurrente* : ce n'était pas une hernie étranglée de l'appendice, c'était une hernie du segment de l'appendice attenant au cæcum.

Ce qui fait de mon observation une véritable expérience de laboratoire, c'est que la circulation dans le bout périphérique de l'appendice était conservée puisque le *mésappendice n'était pas compris dans l'étranglement*. C'est absolument la ligature aseptique que Roger et Josué ont faite sur les chiens en ayant soin de ménager les vaisseaux, et tout s'est passé, chez ma malade, comme chez les chiens en expérience. En se reportant au travail de Roger et Josué, on peut s'assurer que les microbes inoffensifs de l'appendice sont transformés en *agents pathogènes* par le fait de leur emprisonnement ; mais ces auteurs n'ont jamais dit « que la virulence des microbes était exaltée dans la cavité close ». Bien au contraire, la virulence des microbes de l'appendice clos *va en diminuant de jour en jour* après la ligature aseptique de cet organe à sa base. Un de leurs chiens, ainsi traité et cité dans leur mémoire, est resté vivant pendant trois mois, après lesquels la cavité close contenait, comme chez ma malade, un liquide louche, de virulence très atténuée.

Il faut donc conclure des expériences de Roger et Josué, qu'après la ligature de l'appendice, les microbes emprisonnés deviennent pathogènes, en ce sens qu'il se forme du pus dans la cavité close ; mais ces microbes, loin d'avoir une virulence de jour en jour plus vive, comme cela a lieu dans l'intestin étranglé examiné par de Klecki, arrivent, au bout de sept à huit jours (Roger et Josué), à perdre toute virulence, et n'ont aucune tendance à traverser les parois de l'appendice pour aller infecter le péritoine. Le contraire serait d'ailleurs en opposition avec toutes les données de la pathologie générale ; ne sait-on pas, en effet, que le pus le plus virulent arrive à devenir complètement aseptique quand il est enfermé dans un espace hermétiquement clos ? C'est un fait d'observation banale dans les vieilles salpingites de la femme. Pourquoi l'appendice échapperait-il à cette loi commune.

Concluons donc que l'expérimentation et les données de la pathologie générale s'accordent à démontrer que la théorie du vase clos ne saurait s'appliquer à la pathogénie des accidents péritonéaux de tous les cas d'appendicite.

La clinique vient aussi plaider dans le même sens, et Brun (2) a montré plusieurs appendices oblitérés, transformés en cavité close et provenant de malades qui ne présentaient aucun symptôme d'intoxication. Inversement, tous les chirurgiens ont vu et enlevé des appendices en pleine crise de suppuration péritonéale, alors que le canal vermiculaire était absolument perméable sur tout son trajet.

(1) PEYROT, *Bull. de l'Acad. de méd.*, septembre 1896.

(2) BRUN, *Presse méd.*, 6 août 1896.

Brun, Walther, Jalaguier, Reclus, Championnière, etc., ont cité des faits de ce genre qui sont d'observation courante ; en sorte que Broca (1) a pu dire que sur 79 opérations d'appendicites, trois fois seulement il a trouvé une cavité close et dans ces 3 cas, il s'agissait d'appendicites à rechute *sans abcès* ; et, par un revirement bizarre, la conclusion qui paraît avoir rallié tous les suffrages après la grande discussion de la Société de chirurgie, c'est que, suivant les paroles de Brun (2) « l'oblitération de l'appendice n'étant pas fatalement accompagnée des phénomènes infectieux qui caractérisent l'appendicite et, d'autre part, l'appendicite infectieuse pouvant évoluer en dehors de toute oblitération appendiculaire », on peut affirmer, avec Jalaguier (3), que « l'oblitération du canal appendiculaire est le *résultat* et non la *cause* de l'appendicite ».

Routier seul a élevé la voix pour défendre la théorie de la cavité close chère à son maître Dieulafoy. Il fallait pour cela expliquer : 1° les *appendicites sans cavité close* ; 2° les *cavités closes sans infection péritonéale*.

Pour les faits si nombreux d'appendices perméables dans l'appendicite, Routier répond que la muqueuse, en se gonflant, en se congestionnant (pourquoi?), transformait sur le vivant l'appendice en cavité close ; puis, après l'opération, « sous l'influence de la décongestion produite par l'acte opératoire lui-même, la tuméfaction disparaît », et l'oblitération n'existe plus (*sic*).

S'étonnera-t-on que cette explication n'ait convaincu personne ?

Quant aux cavités closes qui n'ont donné naissance à aucune infection péritonéale, comme cela s'est rencontré dans mon observation citée plus haut, Routier, ne sachant comment concilier la théorie de son maître Dieulafoy avec ce fait précis, a simplement et purement nié que l'appendice en question ait été jamais étranglé. Je le renvoie à la séance de la Société anatomique où l'appendice a été présenté ainsi qu'à l'examen des figures 43, 44 et 45.

Concluons donc avec tous les chirurgiens que l'oblitération du canal vermiculaire est le *résultat* et non la *cause* de l'appendicite.

Mais cette occlusion partielle ou totale de l'appendice est-elle indifférente ? Assurément non : seulement elle n'agit dans l'espèce que comme une cause prédisposante de premier ordre, surtout quand elle n'est que partielle.

CAUSES PRÉDISPOSANTES DE L'APPENDICITE

Ce sont toutes les causes qui, localement, peuvent entraver la libre circulation des liquides appendiculaires. Elles sont locales ou générales.

(1) BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 9 décembre 1896, p. 775.

(2) BRUN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 décembre 1896, p. 749.

(3) JALAGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 décembre 1896, p. 757.

1° **Causes prédisposantes locales.** — Elles se divisent en deux groupes comprenant : A. *Les corps étrangers* ; B. *Les difformités congénitales ou acquises.*

A. **Corps étrangers.** — Nous les avons déjà classés en trois groupes ; ce sont d'abord des *corps piquants*, comme des aiguilles, des fragments de petits os, etc. ; ils produisent, en pénétrant dans l'appendice, une véritable perforation traumatique ; ces faits sont très rares mais leur existence n'est pas douteuse, comme en témoigne le cas de Poland (1) où, à l'autopsie d'une fillette de douze ans, on trouva un petit corps en plomb qui avait perforé l'appendice.

Dans un second groupe, se placent les *concrétions fécales*, les scybales venues du cæcum et plus ou moins durcies ; mais, dans aucun cas, ces boulettes ou plutôt ces petits cylindres fécaux ne peuvent, à eux seuls, produire une appendicite ; la preuve c'est que, dans bon nombre d'autopsies de sujets n'ayant jamais présenté pendant leur vie de symptômes péritonéaux, on trouve le vermium gorgé de matières fécales ; il faut cependant reconnaître que ces scybales sont une gêne à la libre circulation des liquides de l'appendice, circulation déjà normalement difficile de par l'anatomie. Il suffira dans ces conditions d'une cause occasionnelle banale, telle qu'un traumatisme, un excès alimentaire, une indigestion, un coup de froid, etc., pour amener l'éclosion brusque des accidents.

Enfin, dans le troisième groupe, se trouvent les *calculs* de la lithiase appendiculaire ; ceux-ci diffèrent beaucoup des scybales en ce qu'ils augmentent progressivement de volume sur place par l'apport successif de nouvelles stratifications ; ils arrivent alors à acquérir le volume d'un noyau de cerise, de datte, d'olive ou de prune. Leurs dimensions sont telles qu'ils dilatent l'appendice, irritent mécaniquement la muqueuse et suppriment plus ou moins complètement la communication avec le cæcum. C'est là, mais là seulement, qu'on pourrait parler de vase clos et de pyogénèse consécutive. Le plus souvent, c'est encore une cause déterminante qui donne le signal des accidents, mais la présence du calcul et l'oblitération intermittente et presque complète de l'orifice cæcal, causée par son volume, jouent cependant un rôle considérable.

B. **Difformités congénitales ou acquises.** — J'ai parlé plus haut des appendicites familiales et je me suis demandé avec Talamon si quelque disposition anatomique congénitale ne donnait pas la clef de ces sortes d'épidémies familiales très réelles ; mais il n'en est rien ; elles sont dues à une alimentation déficiente, à un encombrement intestinal, ou, comme l'a bien montré Dieulafoy, à la diathèse arthritique qui favorise la lithiase appendiculaire chez les membres d'une même famille.

(1) POLAND, *Encycl. int. de chir.*, t. VI, p. 341.

Aussi L. Championnière (1) a-t-il pu dire avec raison : « Je suis convaincu que la théorie du vase clos ne supporte pas l'examen. Si elle était vraie et si la disposition vicieuse des appendices familiaux était exacte, il n'y aurait d'autre parti à prendre que de réséquer l'appendice aux gens, comme on leur résèque le prépuce, et cette opération serait même mieux motivée que la circoncision. »

Je n'en dirai pas autant des difformités acquises qui peuvent avoir une véritable influence pathogène. Ainsi les adhérences peuvent retenir le vermium dans une position vicieuse, le couder presque à angle droit ou le fixer loin du cæcum, en un mot, le mettre dans une situation telle que la vidange normale de la cavité vermiculaire est plus ou moins entravée.

Broca (2) a publié un cas de torsion brusque et aiguë de l'appendice et, dans un autre ordre d'idées, on conçoit qu'une ulcération typhique ou tuberculeuse peut, en se cicatrisant, rétrécir l'orifice d'abouchement de l'appendice ; mais toutes ces causes locales n'agissent qu'en exagérant les conditions défavorables qui font de l'appendice normal un siège d'élection pour les infections d'origine alimentaire. Comme Reclus l'a si bien dit, en exposant sa *théorie de la stagnation*, les germes pathogènes « trouvent dans le liquide appendiculaire stagnant un excellent bouillon de culture », inoffensif, à la condition qu'une des causes locales énumérées plus haut ne vienne pas entraver sa libre évacuation dans le cæcum.

2° **Causes prédisposantes générales.** — Il faut noter ici toutes les affections capables de modifier, par les lésions qu'elles produisent, l'anatomie ou la physiologie de l'appendice. Elles peuvent se diviser en trois classes : 1° les maladies diathésiques ; 2° les maladies infectieuses ; 3° les maladies propagées des organes voisins.

1° **LES MALADIES DIATHÉSQUES.** — Au premier rang, on doit placer l'*arthritisme*, que Dieulafoy a surtout mis en relief dans cette question ; cette diathèse agit d'une manière détournée en donnant naissance à la lithiase appendiculaire ; c'est en étudiant de près les appendicites familiales, que Dieulafoy a vu qu'on les observe surtout « dans les familles où règnent la goutte, l'arthritisme, la gravelle urinaire ou biliaire ».

Les calculs intestinaux, comme ceux de l'appendice, naissent sous la même influence générale que les calculs biliaires ou urinaires, ils sont dus à des vices de nutrition, du genre de ceux étudiés par Bouchard (3), et on peut dire, avec Dieulafoy (4) : « L'arthritisme, l'obésité, la lithiase biliaire, la goutte, le diabète, les lithiases rénales et

(1) LUCAS CHAMPIONNIÈRE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 décembre 1896, p. 822.

(2) BROCA, *Gaz. hebdom.*, octobre 1896.

(3) BOUCHARD, *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

(4) DIEULAFOY, *Étude sur l'appendicite.* Paris, 1896, p. 13.

appendiculaires sont autant de manifestations possibles, héréditaires ou acquises, de la même diathèse. »

C'est uniquement en favorisant la lithiase de l'appendice que l'arthritisme peut jouer un rôle prédisposant, le calcul amenant une stagnation anormale des liquides dans le vermium.

2° MALADIES INFECTIEUSES. — Les unes agissent par des manifestations locales qui mettent l'appendice dans un état de moindre résistance et s'opposent à sa libre évacuation; les autres portent leur action nocive sur les amas de tissus lymphoïdes de la muqueuse appendiculaire absolument comme sur les follicules clos d'autres organes, les amygdales par exemple.

Pour les premières, qui agissent indirectement, je citerai la fièvre typhoïde, la tuberculose et toutes les ulcérations infectieuses banales. Nous avons vu, dans les causes prédisposantes locales, que des brides cicatricielles pouvaient résulter de la guérison d'ulcérations de ce genre, mais, en dehors de ces faits mécaniques, il faut tenir compte des ulcérations en elles-mêmes qui peuvent permettre l'infection du péritoine, même en dehors d'une perforation complète.

Pour les secondes, l'action est absolument directe; depuis que Jalaguier a attiré l'attention sur ces appendicites survenant au cours des maladies infectieuses, tous les chirurgiens ont pu en observer et, de fait, Mlle Gordon (1), dans sa thèse, cite 8 appendicites succédant à la rougeole, 2 à la coqueluche, 2 à la scarlatine, 2 à la rougeole et au rhumatisme articulaire aigu, 1 à la diphtérie, à la grippe, à la fièvre typhoïde; Jalaguier a noté en outre la varicelle et les oreillons. Pour ma part, j'ai vu des accidents appendiculaires durer trois semaines, après avoir débuté à la fin d'une varicelle, chez une fillette de dix ans.

« Plus j'étudie l'appendicite, dit Jalaguier, et plus j'ai tendance à la considérer, dans certains cas, tout au moins, comme une manifestation locale d'une infection générale; ceux qui ont comparé l'appendicite à l'amygdalite, ne sont pas éloignés de la vérité (2). »

Comment agissent ces maladies infectieuses générales? Y a-t-il une infection de l'appendice spéciale pour chacune d'elles? ou bien l'infection spécifique, ourlienne, scarlatineuse, grippale, éberthienne, etc., se borne-t-elle à exagérer, à exalter la virulence des liquides appendiculaires? Il est bien vraisemblable que toutes ces maladies infectieuses ne s'accompagnent des accidents péritonéaux de l'appendicite que si le sujet est prédisposé par une des causes mécaniques étudiées plus haut; cela explique comment tant de rougeoles, tant de varicelles, tant d'oreillons, tant de maladies infectieuses en un mot, guérissent sans ces localisations cæcales, dues, en

(1) Mlle GORDON, thèse de Paris, 1897.

(2) JALAGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 décembre 1896, p. 757.

pareil cas, à une prédisposition telle que la présence d'un calcul ou d'une boulette fécale, par exemple.

Les expériences de Beaussehat montrent que la folliculite infectieuse, qui est le début de toutes les appendicites peut être produite par la voie sanguine à la condition expresse que les parois de cet organe soient en état de moindre résistance. Dans les trois expériences où Beaussehat a déterminé une simple infection sanguine, sans traumatiser l'appendice, les lapins n'ont présenté aucune lésion appendiculaire.

Chez les sujets prédisposés on peut voir survenir des crises appendiculaires sous l'influence de causes très diverses, l'une apparaissant pendant une grossesse, une autre pendant une maladie infectieuse, etc.

Si on veut s'astreindre à user du séro-diagnostic dans tous les cas d'appendicite, on s'apercevra plus souvent qu'on ne le pense, que les accidents sont survenus au cours d'un typhus levissimus méconnu. J'ai dans ma pratique un cas de ce genre absolument positif. Je considère ce fait comme ayant une importante capitale.

3° MALADIES PROPAGÉES D'UN ORGANE VOISIN. — Au premier rang de ces organes, il faut placer l'intestin.

L'entérite, la typhlite, la colite, de quelque nature qu'elle soit, mais surtout la variété muco-membraneuse, sont les maladies de l'intestin qu'on doit surtout incriminer.

Nombre de médecins avec Dieulafoy, Potain, Hutinel, etc., nient toute relation entre la colite muco-membrane et l'appendicite; mais Talamon et Brun ont bien vu que souvent en clinique, l'entérocolite persiste après la guérison d'une appendicite et nécessite, comme Broca l'a dit, un régime alimentaire spécial. Jalaguier, Walther, Reclus, joignant leurs observations à celles de Jules Simon, de Marfan, de Siredey, de Mathieu, etc., ont démontré les relations étroites qui unissent les deux affections. Les thèses de Mlle Gordon et d'Anghel ne laissent aucun doute à cet égard et les expériences de Beaussehat (1) achèvent de préciser les faits.

« Le mode d'infection le plus habituel est l'infection descendante, d'origine intestinale », dit Beaussehat. Cette conclusion est légitime puisqu'il a pu, chez six lapins, provoquer les lésions de l'entérocolite en gavant ces animaux de viande hachée en pleine putréfaction et, les six fois, les ulcérations s'étendaient à la muqueuse de l'appendice. Dans l'observation de Reclus (2) c'est une véritable expérience de laboratoire, étudiée en clinique.

« Une jeune femme, pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, eut l'idée de s'administrer elle-même un lavement contenant, pour 200 grammes d'eau, 50 centigrammes de sublimé corrosif. Effrayée de son acte, elle prend, aussitôt après, un grand lavement d'eau tiède

(1) BEAUSSEHAT, thèse de Paris, 1897.

(2) RECLUS, *Pathogénie de l'appendicite (Sem. méd.)*, 23 juin 1897, p. 237.

qu'elle rend avec le précédent. Elle n'en fut pas moins atteinte d'entéro-colite presque immédiate, avec ténésme, selles sanglantes, glaireuses pleines de débris épithéliaux, ces accidents durèrent huit à dix jours; ils avaient cessé depuis deux ou trois jours lorsque, tout à coup, survinrent une douleur vive dans la fosse iliaque droite, des nausées, des vomissements, du tympanisme, de la défense des muscles droits et un empâtement de la région, en un mot tous les signes d'une appendicite. »

Il est clair que, dans ce fait, les lésions de colite avaient disparu, avaient guéri, alors que la muqueuse appendiculaire dans des conditions défavorables de réparation, s'était laissé envahir par les microorganismes, par les germes infectieux qui pullulent dans le canal du vermium.

Après l'intestin, il faut mentionner les *organes génitaux de la femme*.

Les observations abondent dans lesquelles une infection salpingienne s'est compliquée d'une appendicite aiguë. Dans ces cas-là, la propagation de l'infection a été souvent expliquée par les connexions lymphatiques qui rendent l'ovaire et l'appendice solidaires dans une certaine mesure. Une véritable lymphangite, en suivant le ligament appendiculo-ovarien, décrit par Clado, pouvait gagner la couche lymphoïde de l'appendice et déterminer une appendicite phlegmo-neuse. Cette explication n'est pas absolument sûre. Barnsby, dans des recherches récentes qui font le sujet de sa thèse, n'a jamais rencontré ce ligament de Clado.

L'infection se fait plutôt *par contiguïté*.

On l'a vue aussi aller de l'utérus vers l'appendice après un curetage (1), mais ici encore les idées pathogéniques que je soutiens trouvent dans la clinique une éclatante confirmation. N'est-il pas fréquent, en effet, de rencontrer l'appendice cæcal englobé dans des adhérences péri-annexielles et d'être obligé de le sectionner au cours d'une ablation d'annexes droites suppurées et cependant, chez ces malades-là, qui ont bien de l'appendicite, au *sens anatomo-pathologique* du mot, il n'y a pas trace d'appendicite au *sens clinique* de ce mot.

Pourquoi cela? parce que cette infection propagée n'est pas, plus que les causes énumérées plus haut, suffisante à elle seule pour donner naissance aux symptômes de l'appendicite, et ces symptômes ne se produisent que s'il existe une prédisposition locale (calculs, scybales, torsions, coudures, etc.).

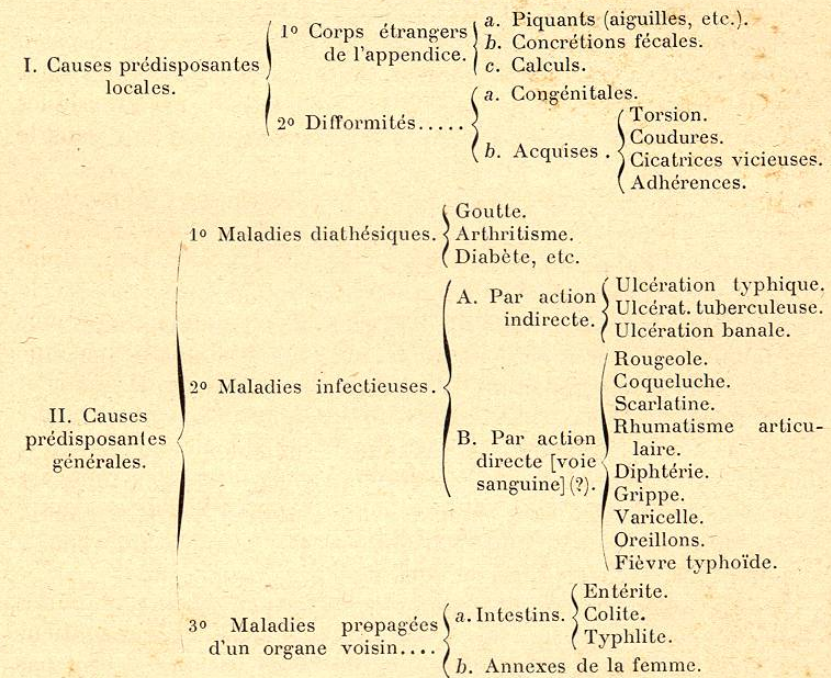
En somme, toute appendicite débute par une folliculite infectieuse et la pathogénie de cette infection est complexe; elle est due à la localisation sur l'appendice d'une maladie générale; cette localisation

(1) MONOD, *Gaz. hebdom. et Soc. méd. de Bordeaux*, mars 1895.

tient à une prédisposition, variable dans sa nature, mais qui a dans tous les cas pour effet de troubler le fonctionnement physiologique de l'appendice.

Le tableau suivant résume les principales causes dont l'action combinée mène aux symptômes de l'appendicite :

Pathogénie des appendicites.



Symptômes. — Aux formes anatomiques, décrites plus haut, correspondent divers types cliniques qu'on peut grouper comme il suit :

1° *Les appendicites suraiguës par perforation d'emblée*; 2° *les appendicites subaiguës avec ou sans perforation consécutive*; 3° *les appendicites chroniques ou à rechutes*.

1° *Les appendicites suraiguës par perforation d'emblée.*

Dans cette forme, il s'agit d'une perforation de l'appendice survenant inopinément, alors que le péritoine voisin n'est nullement altéré; c'est l'analogue de la perforation de l'estomac ou du duodénum au niveau d'un ulcère rond. Ce qui la distingue, c'est que les accidents débutent brusquement avec une intensité extrême, alors que le malade semblait dans un parfait état de santé. En dehors des cas où la perforation est produite par un corps étranger piquant, comme une aiguille, une arête, etc., il pouvait y avoir un ulcère