

SEIZIÈME LEÇON

APPENDICITES — PÉRITONITES APPENDICULAIRES

(Suite.)

MESSIEURS,

Les observations que je vous ai citées à notre dernière séance, vous donnent une idée de l'appendicite et vous font entrevoir une partie de ses méfaits. L'étude complète en sera faite à la prochaine leçon; mais avant d'entreprendre la description détaillée de ce mal « qui répand la terreur », il est nécessaire d'en élucider la pathogénie, car faute d'une pathogénie bien comprise, on ne peut avoir sur les symptômes, sur les complications, sur le traitement de l'appendicite que des idées erronées. Aussi, ai-je l'intention de consacrer une longue leçon à cette question de *pathogénie*; veuillez donc vous armer de patience et me prêter votre attention.

Les théories concernant la pathogénie de l'appendicite se sont ressenties des théories qui avaient été émises pour expliquer la pathogénie de ce qu'on supposait être la typhlite. On accusait, tantôt la constipation, tantôt la diarrhée, sans bien savoir exactement lequel de ces deux états était le plus coupable. Puis on a incriminé les corps étrangers, les fragments d'os, les arêtes de poisson, les

coquilles d'œufs, les épingles, les aiguilles, les noyaux de prunes, les pépins de fruits, que sais-je encore! Je ne nie pas le fait; mais les lésions appendiculaires par corps étrangers, déjà fort rares, deviennent quasi introuvables depuis qu'on y regarde de plus près. Sachez que les corps étrangers plus ou moins volumineux, tels que fragments d'os, noyaux de prunes, de dattes, de cerises, etc., sont absolument incapables, avec leur volume, de pénétrer dans l'orifice étroit du canal appendiculaire. Tout au plus, pourrait-on incriminer de très petits corps étrangers, tels que les pépins de raisin et encore même, depuis que la question est mieux connue, depuis que les concrétions appendiculaires sont mieux étudiées, on voit que ces concrétions calculeuses, qui peuvent revêtir en effet la forme de grains de café, de noyaux de dattes, de grains de blé, de haricots, etc., ne sont autre chose que des calculs appendiculaires, dont la genèse et la structure sont maintenant élucidées.

Il faut donc abandonner l'ancienne théorie, par trop simple et absolument insuffisante, du corps étranger, pénétrant dans l'appendice, traumatisant, traversant ses parois et provoquant ainsi une péritonite par perforation; tout cela est bien loin de la vérité. Je me suis efforcé, en accumulant toutes les preuves possibles, anatomiques, bactériologiques et expérimentales, de simplifier et d'unifier la pathogénie de l'appendicite en recherchant une formule qui fût applicable à tous les cas. Si je ne me fais illusion, je crois l'avoir trouvée, mais au prix de quelles polémiques, je dirai même au prix de quelles attaques! C'est ce que je n'ai pas à rappeler ici.

La théorie de l'appendicite, telle que je la comprends, se résume en quelques mots : *L'appendicite ou, si on préfère, les accidents appendiculaires et accidents péritonéaux, résultent de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en une cavité close dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés.* Chacun des termes de cette proposition va être développé en détail et, pour procéder avec ordre, analysons d'abord les divers processus qui peuvent

faire du canal appendiculaire une cavité close. Je range ces processus sous trois chefs.

1. — Il y a une appendicite dite *calculuse*, ce qui veut dire que, lorsqu'un calcul appendiculaire arrive, par son accroissement progressif, à oblitérer le canal en un point de son trajet, la partie du canal sous-jacente à l'oblitération est transformée en cavité close. Alors éclatent symptômes et accidents.

2. — Il y a une appendicite que je vous propose de nommer *oblitérante*, ce qui veut dire que, lorsque les parois du canal appendiculaire, tuméfiées suivant un processus aigu, ou rétractées suivant un processus fibroïde chronique, arrivent à oblitérer le canal en un point de son trajet, la partie du canal sous-jacente à l'oblitération, est transformée en cavité close. Alors éclatent symptômes et accidents.

3. — Il y a une appendicite qui dépend de la flexion, de la coudure, de la torsion, de l'enroulement, de l'étranglement de l'appendice, ce qui veut dire que la partie du canal appendiculaire sous-jacente à l'endroit fléchi, coudé, tordu, étranglé, se trouve par cela même transformée en cavité close. Alors éclatent symptômes et accidents.

Passons en revue ces trois processus habituellement isolés, parfois combinés, et commençons par la pathogénie de l'appendicite calculuse.

*Appendicite calculuse.* — Quand un chirurgien est appelé à pratiquer une opération pour des accidents d'appendicite ou de péritonite appendiculaire, c'est dans l'appendice qu'on retrouve le calcul, si le processus infectieux n'a pas détruit ou perforé l'appendice; mais si l'appendice a été perforé, gangrené, le calcul a pu passer dans le péritoine et on le retrouve soit au moment de l'opération, soit plus tard avec les pansements<sup>1</sup>. Ces calculs appendiculaires sont remarquablement étudiés dans la thèse de M. Rochaz<sup>2</sup>; on

1. Loison. Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de l'appendicite ulcéro-perforante. *Revue de chirurgie*, t. XV, 1895, p. 1-25.

2. Rochaz. Contribution à l'étude des calculs appendiculaires. *Thèse*, Lausanne, 1895.

y trouve la description et la reproduction sur planches, de soixante-cinq calculs ou concrétions appendiculaires faisant partie des observations de M. Roux (de Lausanne). Les calculs appendiculaires ont les dimensions les plus variées et on est surpris d'en voir qui peuvent atteindre le volume d'un noyau de prune et au delà; ils ne sont pour ainsi dire jamais arrondis; ils sont plus ou moins allongés, fusiformes, cylindriques. Habituellement, on ne trouve qu'un 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 variable: tantôt ils sont mous et friables, sans cohésion; tantôt ils sont denses, durs, de consistance pierreuse, avec tous les degrés intermédiaires.

Ces calculs sont formés de plusieurs éléments qui entrent en proportions diverses dans leur composition. M. 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 cités par M. Rochaz (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 et 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 la consistance pierreuse, comme un vrai calcul. Il est facile de surprendre sur le fait la formation et l'évolution de ces concrétions calculuses 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, plus ou moins irrégulières, dont la stratification prouve jusqu'à l'évidence que les calculs appendiculaires se développent et 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 M. Berlioz; la coupe d'un de ces calculs, fort volumineux, représenté dans la figure ci-dessous, montrait des stratifications aussi nettes que les coupes stratifiées représentées dans la thèse de M. Rochaz. 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*, lithiase dont les connexions sont parfois intimes, nous le verrons plus loin, avec les autres lithiases urinaire et biliaire.

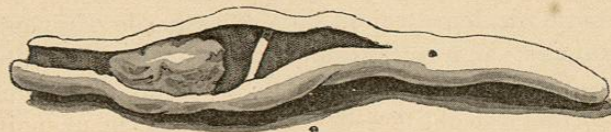


Calculs appendiculaires. — Coupe stratifiée d'un calcul.

Que devient alors l'ancienne théorie d'après laquelle les calculs arrivent dans l'appendice, préalablement formés dans le cæcum? Suivant les expressions de M. Talamon, c'est dans le cæcum que les scybales sont roulées et brassées, « elles s'y arrondissent comme des boulettes sous le doigt<sup>1</sup> » et, après ce travail, quasi pilulaire, elles sont lancées du cæcum dans l'appendice. Cette théorie a été ruinée par les arguments de M. Rochaz, que je vais citer textuellement: « C'est sur la forme, parfaitement sphé-

1. Talamon. *Appendicite et pérityphlite*, 1892, p. 45.

rique, des calculs, que M. 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, que M. Talamon n'a jamais rencontrée, et qui est la forme admise par les auteurs. Comment expliquer, par les boulettes de M. 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 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 de matières<sup>1</sup>. » La question est donc jugée; aux excellentes raisons invoquées par M. 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, comparable, dans sa genèse, aux autres lithiases biliaire et urinaire. La figure ci-dessous représente l'appendicite cal-



culeuse du petit malade de notre première observation; le calcul, par son accroissement progressif, était arrivé à oblitérer le canal appendiculaire, la partie sous-jacente avait été transformée en cavité close et vous n'avez pas oublié quels avaient été les accidents. Sept des malades dont je vous ai rapporté l'histoire avaient été atteints de cette variété d'appendicite.

1. Rochaz. *Loco citato*, p. 19.

*Appendicite oblitérante.* — L'appendicite n'est pas toujours d'origine calculeuse, il s'en faut ; peut-être même les appendicites non calculeuses sont-elles les plus fréquentes ; sept des malades dont je vous ai cité l'observation étaient atteints de cette variété d'appendicite oblitérante non calculeuse. Ce qui était d'abord considéré comme une rareté devient maintenant un fait banal, et M. Le Dentu, dans une de ses communications, en a réuni dix-sept cas<sup>1</sup>. Ces appendicites non calculeuses ont la même gravité que les appendicites calculeuses ; leurs symptômes sont exactement les mêmes, 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.

Il s'agit en pareil cas d'une infection locale que les chirurgiens américains avaient nommée, faute de mieux, appendicite catarrhale. Je propose de nommer ces appendicites, *appendicites oblitérantes*. Il y a des appendicites oblitérantes comme il y a des artérites oblitérantes, non pas que le processus oblitérant soit le même, mais de part et d'autre, lumière du canal appendiculaire, et lumière de l'artère, sont oblitérées en un point de leur trajet. Le processus de l'appendicite oblitérante est aigu ou chronique. Le processus oblitérant aigu résulte de la tuméfaction de la muqueuse et des parois ; le canal 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 ; la poussée d'appendicite peut guérir spontanément, si la tuméfaction cède à temps ; la lumière du canal retrouve alors sa perméabilité, mais les parois de l'appendice restent adultérées et des récives sont à redouter. Le processus oblitérant chronique résulte d'un rétrécissement fibroïde et progressif des parois,

1. Le Dentu. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 24 mars 1896.

arrivant jusqu'à l'oblitération du canal appendiculaire en un point de son trajet, et comparable aux rétrécissements du canal urétral ; ce processus est chronique d'emblée ou fait suite à des poussées d'appendicite parfois légères en apparence, de même qu'une endocardite d'apparence bénigne est parfois suivie de lésions irrémédiables et de rétrécissement de l'orifice mitral. Dans un cas publié par M. Achard<sup>1</sup>, où les lésions avaient abouti à la perforation de l'appendice, à un foyer de pérityphlite, à des abcès aréolaires du foie, le foyer infectieux appendiculaire était consécutif à l'oblitération de l'orifice du canal par un tissu d'apparence fibreuse sans trace de calcul. M. 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 froncement fibreux qui séparait l'appendice malade du cæcum sain » ; il fut facile de voir que la communication du cæcum avec l'appendice était complètement oblitérée<sup>2</sup>.

Je vous ai montré les pièces anatomiques provenant de nos *appendicites oblitérantes*. Vous avez pu en étudier les préparations histologiques et vous avez constaté les lésions provenant de la tuméfaction des parois (processus aigu), les lésions provenant du processus fibroïde rétractile (processus chronique) et l'oblitération du canal appendiculaire sus-jacent à la cavité close. Les figures ci-jointes vous donnent une idée exacte de l'appendicite oblitérante.



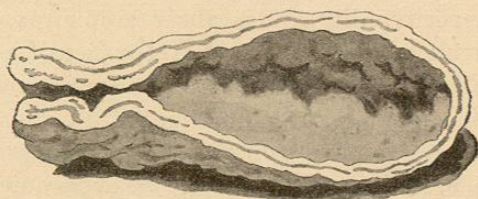
Appendicite oblitérante. — Transformation du canal appendiculaire en cavité close par tuméfaction des parois de l'appendice.

1. Achard. Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, p. 793.

2. Rendu. Discussion sur l'appendicite expérimentale. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1896, n° 4, p. 81.



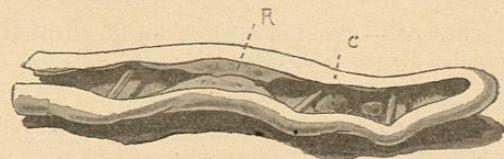
Appendicite oblitérante. — Plusieurs oblitérations du canal appendiculaire. La cavité close est piriforme. (Le Dentu. *Académie de médecine*, 28 avril 1896.)



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.)

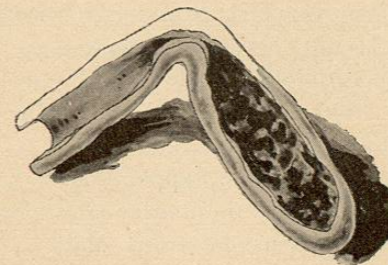
Que le processus de l'appendicite oblitérante soit aigu ou chronique, qu'il soit dû à une tuméfaction des parois ou à leur rétraction fibroïde, les symptômes de l'appendicite n'éclatent que lorsque l'oblitération est complète, lorsque la partie sous-jacente du canal appendiculaire est transformée en cavité close.

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



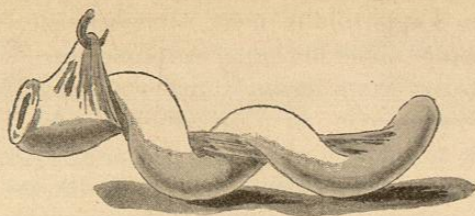
R. Rétrécissement et oblitération du canal appendiculaire.  
C. Cavité close contenant deux calculs libres.

*Appendicite par coudure et étranglement.* — Dans quelques circonstances, l'appendicite n'est ni calculeuse, ni oblitérante; elle résulte d'une flexion, d'une coudure, d'une 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 méso<sup>1</sup>. En pareil cas, le canal appendiculaire est transformé en cavité close dans la partie qui est sous-jacente à la coudure, à la flexion, à l'étranglement. L'appendicite ainsi créée est aussi grave que l'appendicite calculeuse et que l'appendicite oblitérante; ses symptômes sont exactement les mêmes; elle peut aboutir également à tous les accidents appendiculaires et péritonéaux; elle provoque tout aussi bien la gangrène et la perforation de l'appendice. Voici une appendicite par coudure recueillie chez un de mes malades opéré par M. Cazin; nous en avons fait l'examen détaillé dans mon laboratoire; elle est représentée sur la planche ci-jointe. L'oblitération du canal est complète au niveau de la coudure; la partie sus-jacente est absolument saine; la partie sous-jacente, transformée en cavité close, présente des altérations avancées dont les préparations vous seront montrées demain; vous y verrez les colonies microbiennes traverser les parois de la cavité close dans la direction du péritoine.

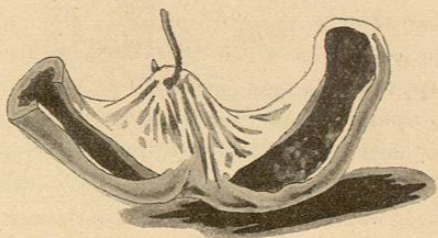


Appendicite par coudure. Le canal appendiculaire est complètement oblitéré au niveau du coude; la partie sus-jacente est saine, la partie sus-jacente est transformée en cavité close siège des lésions.

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



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.

De tout ceci, il résulte que le canal appendiculaire peut être oblitéré soit à son orifice cæcal, soit sur une partie quelconque de son trajet, par des processus différents. Cette oblitération peut tenir à un calcul progressivement envahissant; elle peut tenir à la tuméfaction de la muqueuse et des parois appendiculaires; elle peut tenir à un processus fibroïde rétrécissant; elle peut tenir à l'enroulement, à la coudure, à la torsion, à l'étranglement de l'appendice. Cette oblitération du canal appendiculaire est momentanée ou persistante, suivant la nature du processus oblitérant. Mais quelle que soit la cause de l'oblitération, qu'elle tienne à un calcul, à la tuméfaction des parois, à un rétrécissement fibroïde, à la coudure, à l'étranglement de l'appendice, peu importe, le fait essentiel, le fait qui domine toute l'histoire de l'appendicite, c'est que la *partie du canal appendiculaire sous-jacente à l'oblitération est transformée en cavité close*. Dès lors, les microbes

de l'appendice, qui, à l'état normal étaient inoffensifs, comme tous les microbes de l'intestin à l'état libre, ces microbes emprisonnés peuvent exalter leur virulence, comme dans les fameuses expériences de M. Klecki; ils vont devenir un foyer de poly-infection, dont le coli-bacille est le principal agent. On peut dire que, dès ce moment, l'appendicite est constituée, et dès lors peuvent éclater tous les accidents, toutes les complications que nous étudierons en détail à la prochaine séance.

Il est bien entendu que la cavité close peut être fort petite et dépasser à peine le calibre normal du canal appendiculaire, surtout si l'oblitération est récente; la cavité close peut, au contraire, atteindre de fortes proportions, à forme ovalaire, ampullaire, etc., si l'oblitération est de date plus ancienne. Il est bien entendu également qu'au moment de l'opération, la cavité peut n'être plus close, au sens rigoureux du mot, le canal primitivement oblitéré ayant pu récupérer sa perméabilité après quelques jours ou quelques semaines. Il n'y a que le rétrécissement fibroïde qui, lui, persiste indéfiniment, mais l'oblitération par tuméfaction des parois peut être transitoire: premièrement, elle peut disparaître par le fait seul de l'opération qui dégorge les tissus tuméfiés; deuxièmement, elle peut disparaître ou s'amender, tout naturellement, du fait même de l'évolution des lésions, après avoir été le *primum movens* de l'infection pariétale, qui, elle, a pu poursuivre son chemin.

Telle est la théorie de l'appendicite par cavité close, dont la première idée m'a été suggérée par les belles expériences de M. Klecki. C'est le moment de confirmer cette théorie par des preuves bactériologiques et expérimentales, dont je vais vous rendre témoins.

Dès 1889, M. Clado avait présenté au Congrès de chirurgie un très remarquable travail clinique et expérimental sur l'infection herniaire. Il avait vu que les microbes de l'intestin étranglé pénétraient dans le sac herniaire sans qu'il y ait perforation de l'intestin, et cela, dès le lendemain de l'étranglement. Il avait suivi la migration des microbes à travers

les tuniques intestinales non perforées; il avait constaté que la cavité péritonéale peut être envahie à son tour; il avait enfin signalé la possibilité des accidents infectieux par généralisation des agents microbiens.

Bennecken, Oker-Blom et bien d'autres, ont repris plus tard ces expériences, sans citer le travail de M. Clado, et ont démontré que le coli-bacille, enfermé dans une anse intestinale herniée, étranglée, invaginée, peut passer dans le péritoine par pénétration à travers les tuniques de l'intestin, ou par voie lymphatique, et déterminer ainsi des infections péritonéales.

Mais le travail le plus complet entrepris sur ce sujet est celui de M. Klecki<sup>1</sup>. Avec toutes les précautions antiseptiques voulues, M. Klecki étrangle une anse intestinale, chez des chiens, au moyen d'anneaux en caoutchouc. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, les chiens meurent ou sont sacrifiés; on constate, avec le plus grand soin, que l'anse intestinale étranglée n'est point perforée, et cependant elle a donné naissance à une péritonite. Je ne peux pas suivre M. Klecki dans tous les détails de ses expériences; mais voici les principaux faits qui en ressortent: Dans l'anse intestinale expérimentalement transformée en cavité close, il se produit une énorme pullulation des microbes habituels de l'intestin, et une *forte exaltation de leur virulence*. Ces microbes, dans leur nouvel état pathologique, peuvent traverser la paroi intestinale non perforée et déterminer consécutivement une péritonite. La virulence des microbes est plus violente dans l'anse intestinale transformée en cavité close qu'elle n'est violente dans le péritoine. « Ce n'est donc pas dans la cavité péritonéale qu'il faut chercher la clef de la question; le coli-bacille et autres microbes qui forment la poly-infection arrivent dans le péritoine à travers l'anse pathologique, dans laquelle ils ont déjà subi des changements biologiques, qui exaltent leur propre virulence et la virulence de leurs toxines. »

Ces données expérimentales m'avaient paru absolument

1. De Klecki. Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Étude sur la virulence du coli-bacille. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895, t. IX, p. 710-736.

applicables à la pathogénie de l'appendicite, et c'est alors que je proposai la théorie de la cavité close, théorie qui me paraît avoir reçu une complète confirmation. Je vais essayer de vous le démontrer: MM. Roger et Josué pratiquent la ligature aseptique de l'appendice chez le lapin, en ayant bien soin de ménager les vaisseaux. Ils sacrifient l'animal quelque temps après, et ils constatent que la partie sous-jacente à la ligature est transformée en une cavité purulente. Ils en concluent, à juste raison, qu'il a suffi d'emprisonner les microbes de l'appendice « pour transformer les microbes inoffensifs de l'intestin en agents pathogènes<sup>1</sup> ».

M. de Rouville a, également, provoqué l'appendicite expérimentale chez le lapin, en liant l'appendice iléo-cæcal à sa base avec un fil de soie aseptique; il a pu reproduire ainsi toute la pathogénie de la lésion par cavité close. Voici, du reste, les conclusions de ses intéressantes expériences<sup>2</sup>. « La première expérience nous fait assister à l'évolution, trop fréquente, de l'appendicite chez l'homme, terminée par gangrène, perforation de l'appendice, abcès péri-appendiculaire, et péritonite généralisée; la perforation s'est ici produite, en l'absence de tout calcul dans l'appendice, et en dehors de toute blessure vasculaire pendant l'opération. La seconde expérience montre que si les lésions infectieuses peuvent, dans certains cas, rester longtemps localisées au niveau de l'appendice, ce dernier n'en constitue pas moins un foyer d'infection de violence extrême, point de départ possible d'accidents formidables, qu'une intervention chirurgicale, pratiquée en temps opportun, permettra seule d'éviter. « Ces deux faits parlent dans le même sens que celui récemment rapporté par MM. Roger et Josué, et viennent, comme ce dernier, à l'appui de la théorie de l'appendicite par cavité close, soutenue par M. Dieulafoy<sup>3</sup>. »

1. Roger et Josué. Appendicite expérimentale. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1896, n° 4, p. 79.

2. De Rouville, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. *La Presse médicale*, 27 mai 1896.

3. La théorie nouvelle de l'appendicite, telle que je la soutiens, diffère par bien des côtés des idées émises par M. Talamon. Pour M. Talamon, le calcul « engagé brusquement dans l'appendice par une contraction intempestive du