

considérablement les douleurs. Ce n'est qu'à ce moment que je puis examiner l'abdomen, et encore assez superficiellement. Je remarque une forte tension des parois abdominales, de la sonorité normale et de la sensibilité au niveau des régions épigastrique, lombaires gauche et droite. De plus, la pression exercée sur cette dernière région ainsi que les mouvements du malade occasionnent des paroxysmes douloureux du début.

L'urine est normale et coule facilement.

Le soir à 8 h. le thermomètre marque 100°5, et le pouls 105.

Le 19. à 8h. a. m.—temp, 102°5; pouls 115, petit et dur. Même tension des parois abdominales; lesquelles sont sensibles au toucher; pas de ballonnement du ventre; sueurs profuses.

Les symptômes sont assez accusés pour me laisser croire que le malade souffre d'une péritonite par perforation. Je continue le traitement de la maladie par la morphine à doses calmantes.

Le 20 et le 21, les symptômes s'aggravent et se succèdent jusqu'à ce qu'enfin survient la mort, le 22, à 5h. p. m., laquelle est précédée d'une journée par des vomissements fécaloïdes.

*Examen post-mortem* (fait en présence des Drs. Barry et Desroches).—En ouvrant l'abdomen on voit un liquide, tenant en suspension des matières fécaloïdes, s'écouler avec abondance dans la région lombaire droite, par une petite ouverture siégeant au duodénum. D'anciennes adhérences unissent par brides l'estomac et quelques anses intestinales aux parois de l'abdomen. Comme il était facile de le prévoir, le péritoine tapissant les parois abdominales au niveau des régions épigastrique, et hypochondriaques droite et gauche, l'estomac, le foie et les anses intestinales contenues dans ces régions, est recouvert d'une couche fibrineuse, épaisse, laiteuse. On ne peut, à l'œil nu, constater la présence du pus. Le reste du péritoine est congestionné et ne contient aucun exsudat fibrineux ni séreux, si ce n'est le liquide qui s'est échappé par la petite ouverture du duodénum.

L'examen de la muqueuse de l'estomac et du duodénum ne laisse voir d'anormal que l'ulcère ayant amené la perforation de l'intestin. Cet ulcère, parfaitement rond, à bords taillés à pic, de couleur bleu-noirâtre et d'un diamètre de trois lignes, est situé dans la partie supérieure et horizontale du duodénum, à 1½ pouce du pylore. Autour de cet ulcère se trouve un léger gonflement de la muqueuse, avec induration, de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centins.

Le cours de l'intestin est libre dans toute son étendue.

On peut maintenant se demander: quand le diagnostic de cette affection était-il possible. J'avoue n'avoir pu la diagnostiquer à son début; ce n'est que lorsque la péritonite par perforation a été évidente, que j'ai soupçonné, par le siège de la douleur, que l'ulcère duodénal pouvait en être la cause.

L'histoire du malade révèle bien quelques symptômes de cette