

parfois fatales même, sont celles qui, méconnaissant non seulement la perforation mais même l'existence de la perforation au début, conduisent à un traitement symptomatique et à l'abstention opératoire jusqu'au moment où l'aggravation progressive de l'état du malade et la réunion des signes grossiers de la péritonite rendent le diagnostic évident. Mais, alors, je le répète, il est souvent trop tard pour intervenir, ou du moins les chances de guérison par l'intervention ont diminué dans des proportions considérables.

Beaucoup moins graves, quoiqu'encore regrettables, sont les demi erreurs ou les diagnostics incomplets, dans lesquels la péritonite aiguë étant reconnue, on n'arrive pas à déterminer son origine, ou bien on l'attribue à une cause inexacte. Ici du moins la constatation de l'existence d'une péritonite aiguë conduit immédiatement à l'intervention chirurgicale qui permettra de rectifier l'erreur, de déterminer et de traiter la vraie cause de l'affection.

Les diverses erreurs de diagnostic sont d'une fréquence très inégale. Celle qui est de beaucoup le plus souvent commise est l'erreur avec *l'appendicite* aiguë perforante, alors que, chose curieuse, l'erreur inverse n'est pour ainsi dire jamais commise. La confusion est due à la fréquence plus grande de l'appendicite aiguë, et au fait, déjà signalé plus haut, qu'au bout de quelques heures et souvent assez vite, les douleurs spontanées et à la pression ont leur maximum dans la fosse iliaque droite. Or on peut, sinon toujours, du moins le plus souvent, éviter cette erreur, en ayant présentes à l'esprit les notions suivantes :

Dans l'appendicite aiguë la douleur est en général progressive et n'atteint son maximum d'intensité qu'au bout de quelques heures ; elle est d'emblée localisée à la fosse iliaque droite où siègent également, dès le début, la contracture et l'hyperesthésie cutanée. Même si la réaction péritoniale tend à se généraliser, le maximum des signes objectifs reste dans la fosse iliaque droite.

Dans la perforation aiguë des ulcères de l'estomac et du duodénum la douleur est soudaine, brutale, immédiate ; elle apparaît brusquement avec la perforation. D'autre part elle est d'emblée atroce, épouvantable ; les malades se plient en deux, se tordent en criant, quelques-uns ont immédiatement une syncope suivie d'un état de choc qui peut se prolonger un certain temps. Au début la douleur spontanée et à la pression, ainsi que la contracture localisée, siègent toujours au-dessus de l'ombélic, tantôt à l'épigastre, tantôt dans la région sous costale droite. Un peu plus tard ces deux signes peuvent se désunir.

J'ai déjà dit que lorsqu'on examine le malade plusieurs heures après la perforation, il n'est pas rare de l'entendre se plaindre surtout de douleurs iliaques droites et de trouver là, en effet, avec de la contracture, le