

mement violente et même syncopale, pouvant s'accompagner de vomissements, l'attention du médecin est tout naturellement et aussitôt attirée vers l'organe antérieurement malade. L'exploration lui fait alors constater que les douleurs continuent, exprimées par les gémissements, le facies d'angoisse, l'attitude en chien de fusil, et la crainte de tout examen, que le ventre est rétracté, contracturé, dur comme du bois, d'abord et surtout au-dessus de l'ombélic, puis dans toute l'étendue de la paroi au fur et à mesure que le temps passe et que la douleur se généralise à tout l'abdomen.

Le rapprochement des renseignements fournis par l'interrogatoire et des constatations objectives impose pour ainsi dire le diagnostic de perforation aiguë de l'estomac ou du duodénum, et sans perdre un temps précieux à administrer à son malade de la morphine ou de l'opium, le médecin fait appel d'extrême urgence au chirurgien. Tels sont les cas faciles au point de vue du diagnostic, et favorables au point de vue chirurgical, la nature de l'affection étant reconnue et l'opération pratiquée dans les premières heures qui suivent l'apparition des accidents.

Il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi et que le diagnostic n'est pas toujours aussi facile à faire.

Les difficultés peuvent tenir à diverses causes. D'abord à l'absence des accidents dyspeptiques antérieurs, et plus souvent peut être à la méconnaissance de ces accidents, soit par le malade qui, parce qu'ils sont anciens, ou ont été légers, les a oubliés, ne leur attribue pas l'importance qu'ils méritent et néglige d'en parler à son médecin, soit par le médecin lui-même qui, parce qu'il ne pense pas à une péritonite par perforation, ne dirige pas son interrogatoire dans le sens des causes possibles, et en particulier gastriques ou duodénales, de perforation des viscères abdominaux. La douleur de début peut n'avoir pas été aussi soudaine et aussi violente que dans les cas typiques. Quant à son maximum spontané ou révélé par l'exploration de l'abdomen, il peut non seulement ne pas siéger à l'épigastre ou sous le foie, mais même se trouver ailleurs et en particulier dans la fosse iliaque droite.

Cela est surtout vrai au bout de quelques heures, lorsque le liquide épanché à travers la perforation a filé le long du misocolon transverse et du colon ascendant. Il n'est pas rare, alors, de trouver dans la région appendiculaire une douleur plus vive que dans la région susombilicale. Il faut se souvenir de cette éventualité pour ne pas se laisser égarer et pour se rappeler que la douleur et ses caractères (à part peut être ceux de la douleur tout à fait initiale), sont pour le diagnostic des éléments incertains et facilement trompeurs.

En pratique les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Elles sont aussi très inégales en importance et en gravité. Les erreurs complètes, graves,