

rétracté, et chez les sujets maigres on voit se dessiner la saillie des grands droits contracturés. La respiration abdominale est supprimée et on s'en rend compte de la façon suivante: on ordonne au malade couché à plat sur le dos de faire lentement des respirations aussi profondes que possible, et on regarde sa paroi abdominale de profil, à jour frisant. Outre que le malade a de la peine à inspirer profondement, le mouvement étant arrêté plus ou moins brusquement par la douleur, on constate l'absence du gonflement inspiratoire et de l'affaissement respiratoire de l'abdomen. La paroi, rigide, ne présente que de légères ondulations qui se transmettent de haut en bas; la respiration prend le type thoracique pur.

Enfin *si on voit* la contracture *on la sent* encore mieux. Sous la main qui la palpe, la paroi est dure, tendre, et la moindre pression, en réveillant ou en exagérant la douleur, augmente encore la rigidité musculaire. Au début, cette contracture n'est pas généralisée. En tous cas elle est inégale, suivant les régions de l'abdomen. Je reviendrai plus loin sur ce caractère qui dans le cas qui nous occupe est de toute première importance.

Si à ce symptôme primordial s'ajoutent, comme c'est la règle, des douleurs abdominales vives, brusquement apparues, de l'arrêt complet des gaz depuis plusieurs heures, un facies de souffrance, des altérations du pouls, tantôt petit et filant, tantôt trop bondissant, il n'en faut pas davantage pour faire le diagnostic de péritonite aiguë, probablement par perforation, et pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale immédiate.

Mais il ne faut pas se contenter de ce simple diagnostic; il faut déterminer *la cause* de la péritonite, reconnaître qu'il s'agit d'une perforation aiguë d'un ulcère gastrique ou duodénal. La chose est possible, mais plus ou moins facile suivant les cas. On peut à cet égard envisager deux éventualités différentes. Il y a ou il n'y a pas d'antécédents gastriques ou dyspeptiques nets.

Dans le premier cas le diagnostic est facile. L'interrogatoire révèle des douleurs apparaissant plus ou moins tard après les repas, et calmées par l'ingestion d'aliments, du pyrosis, parfois des vomissements, des hémorragies: hématémèses ou melœna. Ces accidents peuvent d'ailleurs être plus ou moins anciens. Dans certains cas il y a longtemps que le sujet souffre de l'estomac et digère mal; mais en l'absence d'accidents graves, il a négligé de se soigner. D'autres fois les accidents sont plus récents, plus aigus, le malade a maigri de façon notable. D'autres fois encore le sujet se sent atteint d'un ulcère pour lequel il a été ou est encore soigné.

Si dans ces conditions et, tantôt à l'occasion d'un effort, tantôt pendant un repas, au cours de la digestion, tantôt enfin sans cause apparente, le malade est pris brusquement dans la région épigastrique ou sous costale droite d'une douleur (avec parfois sensation de déchirure interne) extrê-