

La guérison est rapide après l'ouverture dans le vagin et le rectum. Quelquefois la tumeur se vide par reprises successives, et chaque fois se développe le cortège des mêmes troubles généraux.

La *pelvi-péritonite chronique* est consécutive à une péritonite aiguë, ou bien elle est chronique d'emblée. Dans ce dernier cas, le début est insidieux, mal accusé; la malade se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, de tiraillements et de pesanteur pendant la marche ou dans la station debout; il existe des troubles menstruels, de la leucorrhée, des ménorrhagies. Généralement, à chaque époque menstruelle, on constate une recrudescence dans les symptômes, due à une poussée aiguë; le toucher donne à peu près les mêmes résultats que dans la pelvi-péritonite aiguë.

Au bout de quelque temps l'état général se détériore; les malades maigrissent, les traits sont tirés et expriment la souffrance; elles marchent difficilement, courbées et comme pliées en deux; on voit apparaître de la dyspepsie, des états névralgiques multiples, de la métrorrhagie (hémoptysies utérines de Gueneau de Mussy), de la dysménorrhée, une tendance à l'hypochondrie ou à l'hystérie, et enfin, si le sujet est prédisposé, à l'évolution tuberculeuse.

La pelvi-péritonite chronique peut entraîner en outre des troubles morbides qui subsistent, même quand la phlegmasie est tout à fait éteinte, ce sont : des troubles de la menstruation, de la dysménorrhée douloureuse, la stérilité, la tendance aux avortements, conséquences des brides et des adhérences qui entraînent des positions vicieuses des organes intrapelviens.

PRONOSTIC. — La pelvi-péritonite entraîne rarement la mort; mais c'est une affection sérieuse par les souffrances qu'elle inflige à la femme, par ses fréquentes rechutes (forme à répétition de Gosselin), par les dangers de la terminaison par suppuration, et par les altérations irrémédiables imprimées à l'utérus et à ses annexes.

DIAGNOSTIC. — La pelvi-péritonite peut être confondue avec la métrite; mais, dans la métrite, les culs-de-sac ne sont pas déformés, l'utérus, quoique augmenté de volume, conserve sa mobilité; la douleur est moins vive, tormineuse, non péritonéale. Le *phlegmon du ligament large* occupe un autre siège; il est franchement latéral, la tumeur proémine peu dans l'excavation pelvienne et se développe surtout vers l'aîne et la fosse iliaque; elle fait corps avec la paroi abdominale antérieure.

L'*hématocèle rétro-utérine* a un début plus aigu, parfois fran-

chement syncopal; rare dans la période postpuerpérale, elle coïncide le plus souvent avec une époque menstruelle; la tumeur constatée par le toucher se forme très rapidement en quelques heures; elle est plus volumineuse, molle d'abord, elle s'indure ensuite, ce qui est le contraire dans la pelvi-péritonite, où l'induration précède le ramollissement. Cependant certaines formes d'hématocèle à répétition sont difficiles à distinguer de la pelvi-péritonite, d'autant plus que, dans un certain nombre de cas, elles ne sont que des pelvi-péritonites hémorrhagiques (Virchow, A. Voisin), analogues au point de vue anatomique à la pachyméningite hémorrhagique.

La pelvi-péritonite chronique se distinguera des *déviation*s utérines, de la rétroversion surtout, des *corps fibreux*, des kystes ovariens enflammés, par le toucher vaginal combiné au toucher rectal et à la palpation abdominale, et enfin par l'emploi prudent de l'hystéromètre.

TRAITEMENT. — Dans la période aiguë du début et pendant les poussées inflammatoires, le traitement antiphlogistique sera indiqué: bains entiers, cataplasmes émollients; il faudra être très sobre d'émissions sanguines locales (sanguées à la région hypogastrique ou sur le col, comme le conseillaient Aran et Bernutz), dans la crainte de provoquer l'anémie. L'application permanente de compresses froides ou de vessies de glace est préférable; l'administration du calomel à faible dose a souvent les plus heureux effets sur la résolution des poussées congestives; enfin on prescrira le repos absolu au lit, surtout pendant la période menstruelle. Pour hâter la résolution on pourra recourir à l'emploi répété de vésicatoires volants. Si la suppuration s'est établie, si le foyer tarde à se vider spontanément et est accessible, l'ouverture artificielle pourra être pratiquée.

Dans la pelvi-péritonite chronique, outre les moyens locaux, il sera nécessaire de recourir à une médication générale pour modifier la constitution de la malade, lutter contre l'anémie et la *cachexie utérine* et contre les états nerveux, l'hystéricisme et la dyspepsie qui en dérivent.

Un régime tonique, l'exercice modéré, le séjour dans les stations thermales (Saint-Sauveur, Baden, Kreuznach), l'hydrothérapie sagement appliquée sont les moyens auxquels il faudra recourir.

Péritonite aiguë. — DUGÈS. Art. Péritonite, in Diction. en 15 vol. — CHOMEL. Art. Péritonite, in Dictionn. en 30 vol. — BROUSSAIS. Histoire des phlegmasies chroniques. — SCOUTETTEN. Anatomie path. de la péritonite (Arch. gén., 1823). — CRUVEILHIER (J.). Traité d'anat. path., 1840. — GAUDERON. De la péritonite idiopa-

thique aiguë des enfants, thèse de Paris, 1879. — BAUER. Krankheiten des Peritoneum, in Ziemssen's Handb., Bd VIII, 2^e Hälfte, 1875. — SIREDEY et DANLOS, Art. Péritonite in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. XXVII. — E. VILLEMEN. Recherches sur la péritonite traumatique, thèse de Paris, 1877. — RONDOR. Péritonite aiguë généralisée primitive, thèse Paris, 1877. — J. BESNIER. Phlegmon sous-péritonéal et péritonite idiopathique suppurée (Arch. gén. méd., 1875). — RICHARD POTL. Péritonite aiguë chez les enfants du deuxième âge (Jahrb. für Kinderheilkunde, 1879).

Péritonite puerpérale. — BAUDELOCQUE. Traité de la péritonite puerpérale. Paris, 1830. — VOILLEMIER. Histoire de la fièvre puerpérale observée en 1838 à l'hôpital des Cliniques (Clinique chirurg., Paris, 1862). — TARNIER. De la fièvre puerpérale observée à la Maternité. Paris, 1858. — Académie de médecine, discussion sur la fièvre puerpérale (1858). — BÉHIER. Conférences cliniques, Paris, 1864. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). Lymphatiques utérins et lymphangites utérines, thèse de Paris, 1870. — SIREDEY. La fièvre puerpérale n'existe pas (Annales de gynécologie, 1875). — FROUPE. Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérine, thèse de Paris, 1876. — S. PERRET. De la septicémie, thèse de concours, 1880. — E. RAYMOND. De la puerpéralité, thèse de concours, 1880. — A. DOLÉRIS. La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs, thèse, Paris, 1880. — STOLTZ. Article Puerpéralité (Nouv. Dict. de méd., 1881). — RENDU. La fièvre puerpérale (Rev. d'Hayem, 1882).

Péritonite chronique. — ANDRAL. Clinique médicale. Paris, 1840, t. II. — LOUIS. Recherches sur la phthisie. Paris, 1843. — DÉMON. Essai sur la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, thèse de Paris, 1848. — GRISOLLE. Traité de path. interne, t. I. — CLÉMENT. De la péritonite chronique, thèse de Paris, 1865. — EMPIS. De la granulie. Paris, 1865. — HÉMEY. Péritonite tuberculeuse, thèse de Paris, 1866. — LASÈGUE. Péritonite chronique (Arch. de méd., 1867). — VALLIN. De l'inflammation péri-ombilicale dans la tuberculose du péritoine (Arch. gén. de méd., 1868). — PEHAM (C.). De la péritonite tuberculeuse, th. de Paris, 1871. — HILTON FAGGE. Observ. on some points connected with diseases of the liver or of the peritoneum (Guy's hosp. Reports, t. XX, 1875). — GUENEAU DE MUSSY (N.). Clinique médicale, t. II. Paris, 1877. — TAPRET. Péritonite chronique d'emblée, thèse de Paris, 1878.

Péritonites partielles, pévi-péritonite. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II. — FRERICUS. Traité des maladies du foie, trad. fr., 3^e édit., 1877. — HILTON FAGGE. Cases of abscess without the upper part of the abdomen (Guy's Hosp. Reports, 1873). — FOIX (P.). Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen, thèse de Paris, 1874. — BESNIER (E.). Art. Rate, in Dict. encyclop. des sc. médicales. — BOURDON (H.). Des tumeurs fluctuantes du petit bassin (Revue médicale, 1841). — ARAN. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris, 1858. — NONAT. Traité des maladies de l'utérus. Paris, 1860. — BERNUTZ et GOUPIL. Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1862, t. II. — VALLEIX. Guide du médecin praticien, édit. de LORAIN, t. V. — BROUARDEL. Tuberculisation des organes génitaux de la femme, thèse de Paris, 1865. — AUGER. De la lymphadénite péri-utérine, thèse de Paris, 1876.

ASCITE.

L'ascite ou *hydropisie du péritoine*, est l'épanchement de sérosité dans le péritoine. L'ascite *primitive* ou *idiopathique* est très rare; le plus souvent elle est *secondaire* ou *symptomatique*.

ÉTOLOGIE. — L'ascite est parfois congénitale et devient alors une cause de dystocie, mais c'est un fait exceptionnel dont on compte les exemples.

Peu commune pendant la première enfance, l'ascite augmente de fréquence après six ans (Rilliet et Barthez); elle s'observe le plus souvent entre quarante et cinquante ans. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes (Gintraç).

L'ascite *idiopathique* est une affection rare: elle s'observe comme une sorte de fluxion compensatrice sous l'influence du froid ou de l'ingestion de boissons glacées, tandis que le corps est en sueur (deux faits de B. Teissier); on l'a rencontrée de même à la période de desquamation de la rougeole ou de la scarlatine avec ou sans albuminurie concomitante. Dans un certain nombre de cas elle a succédé à la suppression ou à l'arrêt du flux menstruel, surtout chez de jeunes filles au moment de l'établissement de la menstruation. L'ascite peut être également la suite d'un traumatisme de l'abdomen. Dans toutes ces circonstances, l'ascite revêt un caractère d'acuité qui la rapproche jusqu'à un certain point de la péritonite.

L'ascite *secondaire*, beaucoup plus fréquente, se rencontre dans les affections de la séreuse péritonéale, dans les maladies qui mettent un obstacle à la circulation et dans celles qui atteignent un des viscères abdominaux; enfin elle peut aussi reconnaître pour cause une altération du sang.

La péritonite aiguë simple s'accompagne rarement d'ascite, mais on voit souvent l'hydropisie survenir dans la tuberculose miliaire du péritoine. La péritonite chronique, surtout lorsqu'elle est de nature cancéreuse, donne plus souvent lieu à l'épanchement ascitique lequel est d'habitude sanguinolent.

L'hydropisie du péritoine qui résulte d'un obstacle à la circulation veineuse générale est toujours précédée d'anasarque dans le domaine de la veine cave, et reconnait pour cause une maladie du cœur ou des poumons.

Une autre cause d'ascite dans les maladies des organes thoraciques est l'engorgement du foie, la cirrhose cardiaque; la cirrhose atrophique agit de la même façon, en rétrécissant et oblitérant les ramuscules de la veine porte en même temps qu'elle empêche le retour du sang dans la veine cave inférieure. La cirrhose hépatique est la cause de beaucoup la plus fréquente de l'épanchement ascitique; les tumeurs de la rate, de l'estomac, du pancréas, des ganglions mésentériques, ne produisent guère l'ascite que par compression directe de la veine porte; enfin l'oblitération de la veine porte elle-même (pyléphlébite adhésive et suppurative) s'accom-

pagne presque fatalement d'épanchement dans la cavité abdominale.

Les altérations du sang qui donnent lieu à l'ascite sont un état hydrémique avec diminution de la quantité d'albumine du sérum : aussi ce symptôme se rencontre-t-il fréquemment dans les affections des reins, la leucocythémie, les cachexies (cachexie palustre, scorbutique, de misère, etc.) ; l'ascite fait partie du cortège symptomatique de l'anasarque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La quantité de liquide épanché dans le péritoine est très variable : réduite parfois à quelques centaines de grammes, elle peut atteindre le chiffre de 30 à 40 litres ; le chiffre moyen est de 8 à 10 litres. Ce liquide, analogue au sérum du sang dont il diffère cependant, est clair et limpide, d'une couleur jaunâtre ou verdâtre ; il peut se trouver d'une consistance épaisse, visqueuse, parfois même gélatineuse ; lorsqu'il contient un peu de sang, sa coloration devient rougeâtre. Sa réaction est généralement alcaline, sa densité très élevée.

La caractéristique du liquide ascitique, comme de tous les épanchements hydropiques analogues, est la présence de l'*albumine* : celle-ci, qui se présente à l'état d'albumine pure ou d'albuminate de soude, ne dépasse jamais le chiffre de 5 grammes par litre, et est accompagnée d'une autre substance azotée, spéciale, de nature albuminoïde, que Gannal a appelée *hydropisine*. C. Schmitt et Hoppe ont montré que c'était le liquide ascitique qui, après celui de l'hydrothorax, contenait le plus d'albumine : la richesse en albumine varie d'ailleurs avec la cause et avec l'*âge* de l'ascite ; c'est ainsi, par exemple, que la quantité d'albumine est toujours plus considérable dans les affections qui ralentissent le cours du sang que dans celles où l'hypoalbuminose du sérum sanguin est très marquée (mal de Bright).

La fibrine n'existe jamais qu'en quantité très faible dans le liquide ascitique ; sa coagulation donne naissance à quelques flocons qui nagent dans le liquide et emprisonnent les éléments figurés du sang, globules rouges et leucocytes. Le liquide péritonéal renferme encore les éléments du sérum sanguin, des matières grasses, des matières extractives et des sels : l'urée en particulier ne fait jamais défaut et se trouve surtout en abondance dans les ascites brightiques.

Le liquide ascitique est parfois d'une grande richesse en cholestérine ; en pareil cas il s'échappe, au moment de la ponction, avec des reflets dorés qui sont dus aux miroitements des paillettes qu'il renferme. D'autres fois le liquide a un aspect ou une consistance chyleuse

qui a vivement sollicité, dans ces derniers temps, l'attention des observateurs (1).

Le péritoine présente des altérations lorsque l'ascite est le résultat d'une irritation sécrétoire ou lorsqu'elle est symptomatique d'une affection aiguë ou chronique de cette séreuse (péritonite tuberculeuse, cancéreuse, etc.). Dans les autres cas, la séreuse est blanchâtre, opalescente, comme dans les cas d'imbibition prolongée. Les muscles de la paroi abdominale, distendus par l'épanchement, sont pâles et amincis ; les intervalles qui existent entre les aponévroses s'accusent et donnent facilement issue à des hernies après que le liquide a disparu. Sur la peau on observe fréquemment des vergetures.

DESCRIPTION. — Il est assez rare que l'ascite se montre brusquement ; ce mode de début ne s'observe que dans les obstructions rapides de la veine porte et dans les hydropisies péritonéales spontanées. Le plus souvent l'ascite affecte tout d'abord des allures insidieuses et s'installe avec lenteur ; la tuméfaction de l'abdomen, qui se produit dès que la séreuse contient un peu de liquide, est le premier symptôme qui attire l'attention des malades par la sensation de plénitude et de tension qu'elle détermine, après l'ingestion des aliments en particulier. Le ventre a une forme ovoïde, la base de la poitrine est dilatée, les fausses côtes sont repoussées excentriquement. Lorsque l'épanchement a acquis de plus grandes proportions et que le malade est observé dans le décubitus horizontal, les flancs sont élargis et débordent latéralement, tandis que la région ombilicale est aplatie. Dans la station debout, l'élargissement des flancs disparaît ; il se produit à l'hypogastre et dans les deux régions iliaques une saillie en forme d'*oultre* plus ou moins considérable suivant les cas. Lorsque l'épanchement a atteint des proportions plus grandes encore, la cicatrice ombilicale se déplisse et proémine en avant : il se peut même qu'elle soit le siège d'une petite tumeur saillante, fluctuante, transparente, produite par de la sérosité qui s'est infiltrée après avoir franchi l'anneau.

(1) Les observations d'épanchements chyliformes ne sont pas nombreuses ; on connaît surtout celles de Smidt, Guttman, Debove, Weil, etc. ; leur mécanisme comme leur constitution intime est mal connu : pour les uns, il s'agit d'épanchement chyleux véritable (Quincke) ; pour d'autres, il y a transformation simple d'un épanchement purulent en matières grasses (Weil, N. Gueneau de Mussy). Pour Debove, enfin, il s'agit d'une production de source inconnue de graisse émulsionnée, et de son mélange à la sérosité péritonéale.

La *fluctuation* et les modifications de la *percussion* sont deux caractères très importants de l'ascite.

La *fluctuation*, lorsque l'épanchement est abondant, doit être recherchée dans la position horizontale par la percussion *diamétrale* (Racle); une main est appliquée à plat sur un des flancs du malade, tandis que l'autre main, placée sur l'autre flanc ou près des pubis, frappe de petits coups sur l'abdomen : on a alors une sensation de *flot*, due à l'ondée liquide que déplace la percussion. Il faut éviter de prendre pour le flot les mouvements d'ébranlement et de tremblement que la percussion communique à la peau et aux couches musculaires : pour cela on comparera la sensation de flot à celle qu'on obtient dans une région voisine où l'on sait qu'il n'existe pas de liquide, ou bien on fera placer le bord cubital de la main d'un assistant dans la direction de la ligne blanche, ce qui suffit pour intercepter les vibrations musculaires, sans gêner le mouvement oscillatoire du liquide (Trousseau).

Lorsque le liquide est peu abondant ou lorsqu'il existe une cloison formée, par exemple, par l'intestin interposé, il faut avoir recours à la *fluctuation périphérique* : on place le malade dans le décubitus latéral qui permet l'accumulation du liquide dans un point facilement accessible, et en appliquant les deux mains l'une près de l'autre, ou même en ne se servant que d'une main et en percutant avec l'indicateur, tandis qu'on écarte la peau avec les autres doigts et le pouce, on peut obtenir très nettement la sensation de flot.

La *percussion* est de tous les moyens physiques d'investigations celui qui donne les renseignements les plus précieux (Frank, Rostan, Piorry). Le liquide, s'accumulant dans les parties les plus déclives, occupe l'hypogastre et les flancs et refoule les intestins, qui sont plus légers, vers l'ombilic et l'épigastre. La percussion donne un son tympanique dans toutes les parties occupées par l'intestin et surtout au pourtour de l'ombilic ; au contraire, dans tous les points où il existe du liquide, la percussion donne un son mat et une résistance au doigt qui varie avec l'épaisseur du liquide. Entre ces deux zones de sonorité tympanique et de matité absolue existe une *ligne de niveau*, sensiblement horizontale, au niveau de laquelle la percussion donne souvent un son hydroaérique. Lorsqu'on déplace le malade, qu'on le met dans le décubitus latéral, les liquides et les gaz, obéissant aux lois de la pesanteur, conservent les mêmes rapports : la partie inférieure mate est séparée de la partie supérieure

sonore par une ligne de niveau, comme dans le cas précédent ; il est parfois nécessaire d'attendre quelques instants avant de constater ces phénomènes, le déplacement du liquide se faisant avec une certaine lenteur lorsqu'il existe des cloisons, des adhérences ou que le liquide est visqueux. Lorsque l'ascite devient plus abondante encore, la matité s'élève au-dessus de l'ombilic et peut même devenir complète, le liquide passant entre la paroi abdominale et l'intestin retenu par le mésentère. Lorsqu'au contraire l'épanchement est peu considérable, il faut employer quelques artifices pour constater la présence du liquide ; on pourra faire placer le malade, suivant le conseil de Racle, sur les coudes et les genoux, à *quatre pattes*, position qui permet à l'épanchement de venir se collecter au niveau de l'ombilic où il est facilement appréciable.

L'hydropisie du péritoine s'accompagne de troubles morbides en rapport avec la compression que subissent les différents viscères. La constipation habituelle, la difficulté des digestions avec sensation de poids et de tiraillements dans l'abdomen, parfois des nausées et des vomissements, tels sont les signes qui traduisent le plus souvent la gêne fonctionnelle du tube digestif. Le refoulement du diaphragme détermine une dyspnée parfois très intense ; on observe aussi parfois des irrégularités et des intermittences dans les battements du cœur. Enfin la compression de la veine cave inférieure et des iliaques primitives détermine assez fréquemment l'œdème des membres inférieurs.

En général il y a une diminution très marquée de la sécrétion urinaire : les urines sont rares, concentrées, rouges et laissent déposer un abondant sédiment, fait qui est dû à la fois à la compression des artères rénales et des reins et à la grande quantité d'eau qui s'épanche dans le péritoine. Lorsqu'on pratique la paracentèse de l'abdomen chez un malade atteint d'ascite, il est fréquent de voir la quantité d'urine augmentée pendant les jours qui suivent la ponction.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche de l'ascite est variable ; comme nous l'avons vu, l'hydropisie idiopathique débute ordinairement avec brusquerie, tandis que dans la plupart des cas la formation de l'ascite symptomatique est lente et insidieuse. La durée de la maladie n'est parfois que de quelques semaines, tandis que d'autres fois elle atteint plusieurs années : Lecanu a rapporté un cas de guérison, après 886 ponctions, d'une ascite de quinze ans de durée.

La gravité de l'ascite dépend moins de l'épanchement lui-même que de la maladie hydropigène : la guérison est possible dans un grand nombre de cas. L'ascite idiopathique disparaît parfois en quelques semaines pour ne plus reparaitre. La résorption lente du liquide, une sorte de crise (Mondière), se traduisant par des évacuations alvines très abondantes, une diurèse ou une diaphorèse excessive, ont parfois amené la guérison spontanée de l'ascite. On a pu voir aussi, mais beaucoup plus exceptionnellement, un épanchement intrapéritonéal se résorber sous l'influence d'un coup de trocart suivi de ponction blanche.

L'ascite liée à la cirrhose hépatique est presque toujours vouée à une extension progressive, à moins que l'on agisse encore à cette phase de l'hépatite interstitielle où l'élément conjonctif non encore organisé est susceptible de rétrocession, contrairement à l'opinion soutenue par l'École allemande. En pareil cas, ainsi qu'un des premiers le professeur Semmola en a cité des exemples, l'épanchement ascitique est susceptible de résorption complète sous l'influence du traitement ioduré.

Des faits d'ordre analogue ont été rapportés depuis par Leudet et L. Bouveret.

L'épanchement ascitique symptomatique de la cirrhose du foie est susceptible de modification heureuse et parfois même de disparaître sous l'influence du développement d'un riche réseau veineux abdominal.

La terminaison favorable peut enfin être le résultat de ponctions répétées ou même de l'évacuation spontanée du liquide à travers la peau, dans l'intestin et la vessie (B. Teissier).

Lorsque la terminaison doit être fatale, le ventre continue à augmenter de volume, l'hydropisie devient générale, la dyspnée s'accroît et les malades finissent par succomber dans le marasme.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'ascite est facile ; nous ne reviendrons pas sur les signes caractéristiques de cette affection, mais une fois l'ascite constatée il importe de rechercher la cause qui l'a produite : c'est généralement par l'étude des conditions dans lesquelles l'ascite s'est développée et par l'examen attentif des organes que l'on arrive à cette notion si importante pour le pronostic et le traitement. Dans certains cas cette recherche doit être précédée de l'évacuation du liquide épanché.

Les *kystes de l'ovaire*, que l'on confond souvent avec l'hydropisie du péritoine, forment une saillie plus latérale et moins symé-

trique, une tumeur ovoïde à contours nets faisant proéminer l'abdomen au-dessus des pubis sans amener de dilatation de la base du thorax ; ils sont moins fluctuants que l'ascite et peuvent se déplacer en totalité ; lorsqu'on modifie la position des malades, la matité ne change ni de place ni de forme, elle est entourée dans tous les sens d'une zone de sonorité ; le toucher vaginal montre que le kyste est en relation avec l'utérus ; le contenu des kystes est épais et visqueux, trouble, jaunâtre ; enfin les kystes ne s'accompagnent pas, en règle générale, d'une altération aussi marquée de la santé générale que l'ascite.

La *péritonite chronique*, dans les cas rares où elle donne lieu à un épanchement abondant, se reconnaît à l'existence de nodosités et d'inégalités, d'empâtement diffus du péritoine, aux symptômes spéciaux à la phlegmasie (douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements, etc.). Le diagnostic est encore moins douteux lorsqu'il y a des antécédents tuberculeux.

L'ascite a pu être confondue avec la *grossesse* : la forme de l'utérus gravide, sa dureté, son inclinaison à droite, les bruits du cœur et les mouvements du fœtus, les signes fournis par le toucher, dissiperont bien vite l'erreur.

La *rétenion d'urine* est facile à distinguer de l'ascite puisque le cathétérisme suffit à faire disparaître la tumeur formée par la vessie distendue.

Les kystes qui ont leur point de départ dans le foie ou dans la rate se distinguent généralement par leur siège, leur fluctuation obscure et l'absence de tout déplacement. L'*œdème de la paroi abdominale*, qui coïncide le plus souvent avec un œdème semblable des jambes, du scrotum, etc., ne donne lieu qu'à une fausse fluctuation et ne s'accompagne pas de matité susceptible de déplacements.

TRAITEMENT. — L'ascite idiopathique, surtout lorsqu'elle survient chez des sujets robustes et antérieurement bien portants et qu'elle s'accompagne de symptômes aigus, doit être traitée par une légère émission sanguine, les vésicatoires répétés (Gintrac).

Dans les ascites qui tiennent à un obstacle mécanique à la circulation, c'est aux purgatifs drastiques et aux diurétiques qu'il faut avoir recours. Les diurétiques qui sont le plus fréquemment employés dans ce but sont les sels à base de potasse, le carbonate, l'acétate et surtout le nitrate, qui se donne à la dose de 1 à 10 grammes par jour et auquel on a rapporté un certain nombre