

subordonnées à sa cause. Dans quelques cas (tuberculose, cirrhose alcoolique hypertrophique), l'ascite peut guérir sans intervention chirurgicale; mais le plus souvent elle est persistante, et le liquide est soumis à des oscillations qui se terminent rarement par la guérison. Le *diagnostic* de l'ascite comprend le diagnostic du symptôme et de la cause. On ne confondra pas l'ascite avec un *kyste de l'ovaire*, avec la *distension de la vessie* par l'urine, avec la *péritonite chronique*. Le diagnostic de la *cause* n'est souvent possible qu'après l'évacuation du liquide. Le traitement de l'ascite a été exposé au chapitre de la cirrhose atrophique. On n'oubliera pas de pratiquer le *cyto-diagnostic*, bien que les résultats soient moins précis quand il s'agit d'ascite que quand il s'agit de pleurésie.

§ 9. ASCITE CHYLEUSE, CHYLIFORME, LACTESCENTE

L'étude clinique et histologique des épanchements lactescents du péritoine a fait connaître des variétés intéressantes. Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, on ne peut pas toujours invoquer le passage direct du chyle dans la cavité péritonéale pour expliquer cette ascite. Outre l'ascite chyleuse proprement dite, il y a une ascite chyliforme, d'apparence laiteuse. Dissemblables dans leur nature intime, ces diverses formes d'ascite sont à peu près identiques comme évolution; c'est pourquoi la distinction doit rester purement histochimique; elle n'a guère d'importance sur le terrain de la clinique et de l'anatomie pathologique. Aussi croyons-nous utile d'adopter une dénomination unique, celle d'*ascite lactescente*, employée par Vidal.

Historique. — C'est en 1700 que nous trouvons les premières observations d'ascite lactescente. Vernage¹ fait une communication à l'Académie royale des sciences sur un cas

1. Vernage. *Mémoires de l'Académie royale*, 1700.

d'hydropisie singulière. On venait de découvrir les vaisseaux chylifères et on fut vite porté à considérer l'épanchement chyleux péritonéal comme provenant de la rupture d'un chylifère. Depuis, plusieurs observations furent publiées; mais ces faits étaient restés isolés; on ne les avait ni réunis ni comparés, on n'en avait tiré aucune déduction relative à leur pathogénie. En 1874, Guéneau de Mussy¹, à propos de deux cas d'épanchement pleural analogue à une émulsion grasseuse, attribue l'aspect du liquide à la transformation grasseuse des leucocytes et des exsudats fibrineux. A cette opinion se rallient Veil² et Letulle³. En 1880, Debove⁴ conclut à l'existence d'une variété spéciale d'épanchement formé de graisses émulsionnées et tout à fait distinct des épanchements séreux, séro-fibrineux et purulents. Cette théorie est soutenue dans la thèse de Mad. Perrée⁵. En 1896, Strauss⁶ donne une observation typique d'ascite chyleuse due à la communication des chylifères avec la cavité péritonéale, communication qui avait été reconnue pendant la vie au moyen d'une expérience ingénieuse, reproduite par Depoix⁷. Lion⁸ décrit une nouvelle variété d'ascite qui n'a de commun avec le chyle que l'aspect laiteux, rien dans sa composition ne rappelant ce liquide organique; la coloration est due à la présence d'une albumine spéciale voisine de la caséine. D'autres observations viennent à l'appui de

1. Guéneau de Mussy. *Leçons cliniques*, t. I, p. 658.

2. Veil. *Étude sur la pathogénie des ascites chyliformes*. Th. de Paris, 1882, n° 21.

3. Letulle. Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine chez un enfant. *Revue de médecine*, 1884, p. 722.

4. Debove. *Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 1881, p. 49.

5. Mad. Perrée. *Étude sur les épanchements chyliformes du péritoine*. Th. de Paris, 1881, n° 582.

6. Strauss. Sur un cas d'ascite chyleuse. *Arch. de physiol.*, t. VII, 1886, p. 567.

7. Depoix. *Étude des épanchements chyliformes du péritoine*. Th. de Paris, 1889, n° 119.

8. Lion. Note sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse. *Arch. de méd. expér.*, 1893, p. 627.

cette interprétation (Achard¹, Merklen², Sainton³, Apert⁴).

Widal et Prosper Merklen⁵ ont démontré que la morphologie des leucocytes qui sont dans l'épanchement a une grande importance pour le diagnostic des variétés d'ascite lactescente. Mon chef de clinique, Kahn⁶, a récemment publié deux cas d'ascite chyliforme observés dans mon service de l'Hôtel-Dieu. Dans ces deux cas il s'agissait de cancer secondaire du péritoine et des premières voies lymphatiques et dans l'un d'eux il a constaté la présence des leucocytes mononucléaires signalés par Widal. Signalons au sujet des ascites laiteuses une revue générale de François⁷.

Examen du liquide lactescent. — La quantité du liquide péritonéal n'est habituellement pas aussi considérable que dans les ascites vulgaires. Elle varie de 1 litre et demi à 2 litres (Letulle), jusqu'à 6 et 10 litres (Schmidt, Quincke, Kahn); dans un seul cas (Schramm), elle a atteint 16 litres. Le liquide a tendance à se reproduire facilement. Comme son nom l'indique, il a l'aspect du liquide qui circule dans les vaisseaux chylifères. Il est blanc bleuâtre (Quincke), blanc laiteux, crémeux, semblable à un loch (Debove), à une émulsion d'amandes (Marshall Hughes). Sa densité est inférieure à celle du sérum du sang qui est de 1028.

Hirtz⁸, Merklen donnent les chiffres suivants : 1007, 1025,

1. Achard. Sur le sérum lactescent et l'ascite laiteuse non chyleuse. *Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 15 novembre 1896, p. 715.

2. Merklen. Ascite chyliforme et cirrhose atrophique du foie à marche rapide. *Sem. méd.*, 1897, p. 181.

3. Sainton. Un cas d'ascite lactescente non chyleuse. *Gaz. heb. de méd. et de chirurgie*, 1897, p. 61.

4. Apert. Un nouveau cas d'ascite laiteuse non chyleuse. *Bull. de la soc. anat.*, 12 février 1897, p. 187.

5. Widal et Prosper Merklen. Ascite lactescente à leucocytes d'origine lymphatique. *Presse médicale*, 24 février 1900, p. 97.

6. Kahn. Sur un cas d'ascite chyliforme. *Bulletin médical*, 11 avril 1900, p. 521.

7. François. Les ascites laiteuses. *Gaz. des hôp.*, 21 octobre 1899, p. 1415.

8. Hirtz et Luys. Ascite chyliforme au cours d'un cancer de l'estomac. *Soc. méd. des hôp.*, 1897, p. 1148.

1020, 1015. A peu près tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le liquide lactescent est d'une grande homogénéité qui persiste parfois quinze jours (Kahn). Un de ses caractères les plus remarquables est sa grande résistance à la putréfaction. Des échantillons ont pu être gardés pendant plusieurs semaines, en été, sans présenter la moindre mauvaise odeur. A la longue, le liquide se sépare en deux couches : l'inférieure, séreuse, presque limpide; la supérieure, blanchâtre, crémeuse. La réaction est neutre ou légèrement alcaline.

A l'examen chimique du liquide lactescent, les matières grasses sont en notable proportion (15 grammes pour 1000); mais elles peuvent exister en quantité beaucoup plus faible. Elles sont en général facilement solubles dans l'éther. Les matières albuminoïdes entrent aussi pour une bonne part dans la composition du liquide (36 gr. pour 1000). Le poids des sels minéraux s'élève en moyenne à 5 grammes pour 1000, ils sont composés en grande partie de chlorures, de phosphates et d'une faible proportion de sulfates. Dans de très rares observations on a noté la présence de la cholestérine. Le sucre se rencontre assez fréquemment; Bargeuhr avait voulu faire de la présence du sucre un signe distinctif entre les ascites chyleuses vraies et les ascites chyliformes, mais ce signe a perdu sa valeur depuis que Richard, Reichel et Rotman ont montré que tous les liquides pathologiques exsudés soit dans les cavités séreuses, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané à l'exception du pus peuvent contenir du sucre en proportion variable.

A l'examen microscopique, l'épanchement lactescent est constitué par une grande abondance de granulations très fines, arrondies, isolées les unes des autres, réfringentes, animées de mouvements browniens. Elles sont généralement très petites, mais on observe parfois de véritables gouttelettes huileuses. Elles se dissolvent par l'éther. L'acide osmique les colore en brun. Il est rare qu'on ne rencontre pas de leucocytes, en voie de dégénérescence. Widal et

Merklen¹ ont montré l'importance de la formule leucocytaire de l'épanchement, relativement à l'origine de certaines ascites lactescentes. La constatation des leucocytes mononucléaires, à l'exclusion de toute autre variété de globules blancs, permet d'affirmer la nature lymphatique de ces ascites; les globules blancs mononucléaires sont les seuls charriés par la lymphe. On observe parfois quelques globules rouges.

Dans deux cas (Achard², Lenoble³), le sérum du malade fut trouvé lactescent. Ces dernières années, quelques observations ont été publiées en France sous le nom d'ascite laiteuse non chyleuse. La première est due à Lion⁴ qui a montré qu'une ascite peut être lactescente sans contenir aucun des éléments du chyle. Dans le cas en question, l'épanchement s'était développé chez une femme atteinte d'un cancer de l'ovaire. Le liquide analysé par Winter ne contenait pas de graisse, mais renfermait une substance albuminoïde analogue à la caséine et qui pouvait être rangée parmi les glycoprotéides d'Hammerstein. Sous le nom d'ascite laiteuse non chyleuse, Achard⁵ a rapporté un cas où le liquide ne renfermait qu'une quantité tout à fait minime de graisse, mais présentait au microscope d'innombrables granulations fines, réfringentes, non colorables à l'acide osmique et semblables à celles que Vidal et Siccard⁶ ont décrites dans le sérum lactescent de certains albuminuriques. Les mêmes granulations ont été retrouvées par Sainton⁷ dans le liquide d'une ascite laiteuse non chyleuse, développée chez une malade atteinte d'un cancer du pylore. Enfin, une qua-

1. Vidal et Merklen. *Loco citato*.

2. Achard. *Loco citato*.

3. Lenoble. *Caractères sémiologiques du caillot et du sérum*. Thèse de Paris. Observ. 101, p. 208; observ. 142, p. 224.

4. Lion. *Loco citato*.

5. Achard. *Loco citato*.

6. Vidal et Siccard. Opalescence et lactescence du sérum de certains albuminuriques. *Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 1896, 6 novembre, p. 767.

7. Sainton. *Loco citato*.

trième observation intitulée ascite laiteuse non chyleuse a été publiée par mon chef de clinique Apert¹. Il s'agit dans ce cas d'une ascite laiteuse survenue chez une cardiaque de mon service, ascite laiteuse caractérisée par l'absence absolue de globules graisseux et par la présence d'une fine poussière perceptible seulement à un fort grossissement.

Anatomie pathologique. — L'ascite lactescente n'appartient en propre à aucune lésion abdominale. Elle peut s'observer dans presque toutes les affections qui provoquent l'ascite, avec ou sans lésions du péritoine. On l'a signalée dans la cirrhose atrophique alcoolique sans péritonite (Depoix, Merklen et Vidal). Dans un autre cas, Remond et Rispal² ne trouvèrent à l'autopsie que des lésions de néphrite chronique. Habituellement, on trouve associées les lésions d'une affection concomitante et des lésions du système lymphatique, rupture des voies lymphatiques, compression par tumeur ou par ganglions. La tuberculose et le cancer du péritoine sont les causes les plus fréquentes des ascites lactescentes. Dans la tuberculose, on voit une injection, une pigmentation de la séreuse; vers la valvule de Bauhin, prédomine souvent une injection très fine de chylifères, sans lésions appendiculaires. Le péritoine et les anses intestinales adhèrent au niveau des deux feuillets du mésentère. Les lésions du système lymphatique sont multiples: rétrécissement, obstruction des vaisseaux chylifères qui sont tordus, distendus, rarement rompus; présence d'un caillot dans le canal thoracique, réplétion des villosités intestinales. Les adénopathies sont constantes.

Au cas de cancer, on trouve pour ainsi dire toujours, dans un des organes abdominaux, un cancer primitif qui s'est propagé aux voies lymphatiques. J'ai eu cette année dans mon service une femme atteinte d'ascite lactescente cancéreuse; l'origine avait été un tout petit cancer de

1. Apert. *Loco citato*.

2. Remond et Rispal. *Midi méd.*, 1892, p. 63.