

fovaire. Mes élèves Kahn et Nattan-Larier en ont pris l'observation; voici les résultats de l'autopsie : Le mésentère dans son ensemble était très épaissi. A la coupe il était farci de ganglions du volume d'une noisette à une petite noix. Ces ganglions étaient durs et donnaient peu de suc au raclage. C'étaient des ganglions cancéreux. Au niveau de l'insertion de l'intestin grêle sur le mésentère, les chylifères qui étaient eux-mêmes cancéreux affectaient trois types principaux : *a* — le lymphatique est comme injecté, gros comme un fil de fouet, bosselé, irrégulier, flexueux; il est cancéreux bien que ne correspondant à aucune lésion cancéreuse de la muqueuse; *b* — il y a distension mais non cancérisation des lymphatiques; ils sont distendus, atteignent le volume d'une corde de violon, se dessinent en blanc à la surface de la séreuse; ils présentent des étranglements symétriques qui marquent nettement l'emplacement des valvules; *c* — les deux aspects précédents se combinent; parfois une lymphangite cancéreuse se continue à la surface de l'intestin par un gros lymphatique distendu par la lymphe; parfois les lymphatiques forment de longues et fines arcades, interrompues en un point par une courte portion envahie par le cancer. En certains points on voit des placards jaunâtres diffus, qui ressemblent à un épaississement de la séreuse, mais qui sont dus à une dilatation en masse des fins capillaires lymphatiques. Les troncs lymphatiques qui viennent aboutir à la citerne de Pecquet, sans être envahis par le cancer, sont pourtant distendus. La citerne elle-même est fortement infectée par le néoplasme et se présente sous la forme d'un canal bosselé de la dimension d'un porte-plume. Cet envahissement s'étend sur une longueur de 5 à 4 centimètres. Nulle part on ne constate trace de rupture.

Dans certains cas, une déchirure du canal thoracique ou des chylifères met en communication la cavité péritonéale et la circulation lymphatique. Certes il ne faut pas accepter sans réserves les conclusions de Busey<sup>1</sup>, qui, sur

1. Busey. *Revue des sc. médic.*, 1890, p. 285.

28 cas rapportés par lui, dit qu'on en peut attribuer 27 à la rupture de quelque vaisseau chylifère. Il est bon de faire la part des déchirures produites à l'autopsie, mais il est des observations indiscutables où cette lésion existe, témoin le cas de Whilla : « Le canal thoracique dans son tiers inférieur était transformé en un ardon fibreux oblitéré; au-dessus, il était très dilaté et au-dessous existait une perforation de la grosseur d'un pois, en un point où les parois s'étaient graduellement amincies. »

Dans le cas de Straus<sup>1</sup> : « On n'aperçoit pas au premier aspect de vaisseaux chylifères se dessinant en blanc à la surface du mésentère, mais par un examen attentif, à deux endroits différents, on voit s'écouler, par deux petits pertuis existant sur la lame antérieure du mésentère, un liquide blanchâtre ressemblant tout à fait à du lait ou à du chyle et d'une coloration plus franchement laiteuse que le liquide de l'ascite. Ce sont des ruptures des chylifères dans le péritoine. La pointe d'une pipette est introduite à plusieurs reprises dans ces petites ouvertures des chylifères et on aspire ainsi près d'un centimètre cube de chyle. Je rappelle ici que cette constatation a été faite sans que l'on ait touché l'intestin, afin d'éviter de tirailler les anses intestinales et de produire des déchirures du mésentère. Il est certain que ces deux petits orifices n'ont pas été déterminés par des manœuvres de l'autopsie. »

Quinke en a observé un cas semblable. C'est d'après ces quelques observations qu'a été édiflée une des nombreuses théories pathogéniques que nous allons étudier maintenant<sup>2</sup>.

**Pathogénie des ascites lactescentes.** — A. — L'épanchement est dû au passage du chyle dans la cavité péritonéale

1. Straus. *Loco citato*.  
2. Il semble qu'une affection, entre toutes, devrait s'accompagner d'ascite lactescente. C'est le *cancer du canal thoracique*. Or, d'après nos recherches bibliographiques, il n'existe que deux cas de cancer du canal thoracique avec ascite lactescente. Par contre, nous connaissons des observations de cancer de ce conduit sans ascite lactescente. (Troisier, *Soc. méd. des hôp.*, 26 février 1897). La rareté de cette complication est intéressante à signaler dans cette affection.

soit par déchirure, soit par obstacle en un point du système lymphatique. Cette manière de voir s'appuie sur des faits d'une incontestable valeur (Straus Whelatunke). Un artifice des plus ingénieux a été employé par Straus, pour s'assurer sur le vivant de la réalité du passage du chyle dans le péritoine. Le malade soumis à l'alimentation ordinaire est ponctionné et le liquide ascitique est analysé. Le malade, dès lors, est mis au régime lacté absolu et on a soin d'émulsionner dans le lait autant de beurre, que le malade en pouvait supporter. L'épanchement se reproduit au bout de quelques jours, on fait une nouvelle ponction et l'analyse du liquide décèle une quantité de matières grasses beaucoup plus considérable que lors de la première ponction. Dans ces matières grasses, on constate en même temps une quantité bien plus grande de butyrine. Il est donc hors de doute que la graisse absorbée par le malade a passé dans les chylifères et des chylifères dans la cavité du péritoine.

En dehors des cas où la rupture des vaisseaux lymphatiques a été constatée, la transsudation du chyle hors des chylifères peut-elle être invoquée pour expliquer les ascites lactescentes? — Rokitanski, Whetla, Verdelli, Bargebuhr, Widal l'admettent, mais on objecte à cette théorie que l'expérimentation n'est jamais arrivée à reproduire des épanchements chyleux. Potain<sup>1</sup> insiste, à ce sujet, sur les nombreuses anastomoses des gros lymphatiques.

B. — *L'ascite lactescente est la transformation graisseuse d'un épanchement péritonéal (purulent ou fibrineux).* — Guéneau de Mussy<sup>2</sup> admet que l'épanchement chyliforme de la plèvre provient de la liquéfaction lente des leucocytes du pus en amas granulo-graisseux, ou résulte d'une lipémie exagérée. D'après Robin, lorsque le pus (qui contient les éléments du liquide chyliforme) ne peut être évacué au dehors, il subit des modifications parmi lesquelles une des

1. Potain. Art. LYMPHATIQUES, in *Dict. des sc. méd.*, p. 234.

2. Guéneau de Mussy. *Loco citato.*

plus fréquentes est la dégénérescence graisseuse. La sérosité péritonéale aurait une action émulsionnante (Veil).

Letulle<sup>1</sup> donne les conclusions suivantes : 1° tous les faits d'ascite chyliforme connus jusqu'à ce jour et suivis d'autopsie, sont des cas de péritonite chronique, tuberculeuse, cancéreuse, ou simplement néo-membraneuse; 2° l'existence de lésions inflammatoires chroniques représente donc l'un des éléments les plus constants des péritonites avec épanchement chyliforme; 3° la régression granulo-graisseuse des produits inflammatoires épanchés (fibrine et leucocytes) suffit peut-être pour composer la totalité de la graisse émulsionnée en suspension dans la sérosité péritonéale. Cette conception permet d'expliquer la présence de graisse dans des séreuses chroniquement enflammées au niveau desquelles n'existent pas de vaisseaux chylifères.

C. — Debove oppose à cette théorie un argument de grande valeur : comment expliquer que le liquide conserve ses caractères de liquide chyliforme, alors qu'il se reforme très promptement après les ponctions? Pour expliquer ces faits il propose une théorie qui a l'avantage de réunir tous les cas sans rien préjuger. Ces épanchements chyliformes, dit-il, sont des épanchements chyliformes d'emblée, comme ils auraient pu être séreux ou purulents. Le mot chyliforme indique uniquement que l'aspect et la couleur du liquide ont quelques rapports avec ceux du chyle.

D. — *Théorie parasitaire et microbienne.* — Winckel a observé, dans quelques ascites chyliformes, des entozoaires très petits doués de mouvements énergiques qui seraient des filaires du sang, analogues aux espèces de Bancroft. C'est par leur présence que Lancereaux explique les hydrocèles laiteuses et Levois la lymphurie. Pour Lancereaux, le parasite déterminerait la rupture d'une chylifère.

Enfin les expériences de Desombry et Porcher<sup>2</sup>, celles de

1. Letulle. *Loco citato.*

2. Desombry et Porcher. *Soc. de biol.*, 1896, p. 187.

Nocard, montrent que les microbes intestinaux traversent la paroi intestinale saine et pénètrent dans le sérum quand on a fait ingérer de la graisse aux animaux. Peut-être est-il réservé à quelque théorie nouvelle de répondre victorieusement aux attaques qui ébranlent toutes celles qui précèdent. (François.)

**Symptômes.** — D'après ce que nous a appris l'anatomie pathologique, l'ascite lactescente n'appartient en propre à aucune affection abdominale et elle peut s'associer à toutes celles qui s'accompagnent d'épanchement péritonéal; aussi n'a-t-elle pas de symptomatologie propre. La ponction et l'examen du liquide permettent seuls de la reconnaître. A la période d'état, l'inspection, la palpation, la percussion font constater les signes physiques de toute ascite vulgaire. Les varices lymphatiques ne sont signalées dans aucune observation.

Après la ponction on peut percevoir des tumeurs péritonéales cancéreuses ou tuberculeuses. L'ascite qui est lactescente à une première ponction reste lactescente aux autres ponctions. Cependant elle a été signalée limpide d'abord puis laiteuse (Méry-Letulle), laiteuse puis limpide (Siredey<sup>1</sup>), limpide puis laiteuse et redevenue limpide (Rendu<sup>2</sup>). Quenette l'a observée associée à une pleurésie de même nature.

**Marche.** — **Durée.** — **Terminaison.** — La variété des affections qui s'accompagnent d'ascite lactescente explique la variabilité de l'évolution de ce syndrome. Jamais cette ascite ne procède d'une façon identique. Les étapes du processus diffèrent d'aspect et de durée, mais la terminaison est toujours fatale. On a noté des cas avec arrêts momentanés et rémissions. Le plus souvent, après un an, dix-huit mois, pendant lesquels les ponctions se succèdent à intervalles assez rapprochés, le malade meurt dans la cachexie. Ce pronostic, toujours fatal, est peut-être le seul point qui différencie l'ascite lactescente de l'ascite vulgaire. Une

1. Siredey. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 23 février 1900.

2. Rendu. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1897, p. 87.

ascite citrine peut guérir avec la lésion qui l'a produite. Les cas n'en sont pas rares<sup>1</sup>. L'ascite lactescente ne guérit jamais.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'ascite lactescente se fera par l'examen du liquide pratiqué comme nous l'avons dit plus haut. On recherchera les granulations graisseuses et les leucocytes dont on déterminera la formule. L'expérience de Straus (ingestion de beurre en grande quantité) pourra être pratiquée; elle ne présente pas le moindre danger. Quant à la valeur diagnostique de l'ascite lactescente, elle est peu importante. Cependant il faut retenir qu'elle a été observée surtout dans la tuberculose et dans le cancer du péritoine.

1. Dieulafoy. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899. Leçon XIX.