

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 histo-chimique; 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. expériment.*, 1895, 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, 1023,

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. hebdomadaire 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. 112, 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 gras 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.

Povaire. 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 3 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 Busey¹, 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 Whittla : « 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 Straus¹ : « 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. »

Quincke 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 maintenant².

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 butyrique. 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. Potain¹ 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 Mussy² admet que l'épanchement chyliforme de la plèvre provient de la liquéfaction lente des leucocytes du pus en amas granulo-grassey, 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).

Letulle¹ 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-grassey 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 Porcher², celles de

1. Letulle. *Loco citato.*

2. Desombry et Porcher. *Soc. de biol.*, 1895, 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 (Siredey¹), limpide puis laiteuse et redevenue limpide (Rendu²). 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 rares¹. 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.