

tumeur. Puis on fixe à la plaie abdominale la poche dont on aura réséqué la partie exubérante.

Il serait mieux d'agir de la façon suivante : le kyste une fois vidé serait fixé à la paroi musculo-péritonéale par quelques points de suture au catgut. Mais, ces points seraient placés à une certaine distance du sommet de la tumeur, de façon à laisser une portion de celle-ci en dehors du ventre. Le péritoine étant fermé de toutes parts, et l'incision abdominale diminuée d'étendue, on réséquait la portion exubérante du kyste et il ne resterait plus qu'à fixer à la peau le bord libre de la poche kystique.

Je rappellerai en terminant le procédé que Pierre Delbet (1) a fait connaître en 1896 pour le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie qui ne sont pas susceptibles d'une extirpation totale. Ce procédé peut être applicable à certains kystes du mésentère. Voici comment Delbet l'a décrit à propos d'un cas de kyste hydatique du foie qu'il traita ainsi avec succès. Après l'incision et l'évacuation complète de la poche, on procède au nettoyage de sa cavité; on enlève toutes les vésicules filles et la vésicule mère qui, d'ordinaire, se laissent assez facilement détacher. Reste la membrane adventice, doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé. On en pratique le capitonnage, lorsque l'épaisseur de cette paroi est telle qu'on ne puisse espérer de la voir se rétracter. Puis on suture les lèvres de la plaie kystique, on réduit dans le ventre la poche ainsi suturée et on ferme la plaie abdominale suivant le procédé habituel.

## II. — TUMEURS SOLIDES DU MÉSENTÈRE.

On peut rencontrer dans le mésentère des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Mais celles-ci, si nous exceptons quelques très rares cas de sarcomes (2), de lymphadénomes, de lymphosarcomes mélaniques primitifs (3), ne sont le plus souvent que des noyaux cancéreux dont la localisation primitive se trouve dans l'intestin ou le testicule; ou bien elles sont le résultat d'une généralisation viscérale. Donc les véritables tumeurs du mésentère, ce sont les tumeurs bénignes, qui sont représentées ici par les lipomes et les fibromes (4).

**Lipomes.** — Les lipomes du mésentère ont été bien étudiés par Terrillon (5). Ils se développent dans le tissu cellulaire lâche qui

(1) Rapport de M. DUPLAY sur un mémoire de Pierre DELBET (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, p. 136).

(2) POTHERAT, Sarcome du mésentère, laparotomie, guérison (*Soc. de chir. de Paris*, t. XXI, 1895, p. 117). — Cauthorn successful removal of a large tumor of the mesentery (*Med. News. Philad.*, 1895, p. 401).

(3) PETIBON, Tumeurs mélaniques du mésentère, thèse de Paris, 1892.

(4) Bien entendu, il n'est pas question dans cette étude de la tuberculose mésentérique, autrement dit du carreau.

(5) TERRILLON, *Soc. de chir. de Paris*, 1886, et *Leçons de clin. chir.* Paris, 1889.

remplit l'intervalle laissé par les deux lames séreuses, au niveau de la colonne vertébrale. Leur volume peut être considérable; ce sont, dit Augagneur, les plus volumineuses tumeurs de l'économie. Dans une observation de Péan, nous trouvons le poids de 20 kilos; celui de 29 dans celle de Terrillon, et de 31 1/2 dans celle de Waldeyer.

Ces lipomes ont une large surface d'implantation et ne présentent presque jamais un pédicule distinct; ils poussent des prolongements dans les interstices cellulaires mésentériques, modifient la situation des intestins qui sont repoussés en avant et sur les parties latérales, et, se dirigeant du côté du bassin, finissent par se confondre avec l'utérus et l'ovaire. Ils se portent aussi du côté du thorax et, dans l'observation de Wigglesworth, nous voyons que la voûte du diaphragme s'élevait jusqu'à la troisième côte. Lorsque ces lipomes atteignent de grandes dimensions, des adhérences s'établissent, soit avec la paroi abdominale, soit avec les organes voisins.

La structure de ces tumeurs est assez variable: elles sont formées tantôt de lipome pur, tantôt et assez souvent de lipome et de myxome. On a trouvé aussi un mélange de lipome et de sarcome; la calcification a été observée, et dans un cas de Péan il fallut scier le centre de la tumeur transformée en une masse pierreuse.

La *symptomatologie* des lipomes du mésentère se confond avec celle des tumeurs abdominales en général, et en particulier avec celle des kystes de la même région. On trouve en effet, comme dans ces derniers, le siège médian, la forme saillante du ventre, la mobilité, la zone de sonorité en avant du néoplasme, la fluctuation même, très nette dans quelques cas. Comme les kystes, les lipomes s'accompagnent aussi d'un mauvais état général. L'ascite n'a été que rarement observée.

Le *pronostic* est ici encore plus sérieux, à cause surtout de la nature de l'intervention qui lui est seule applicable, l'extirpation. Le nombre des cas opérés est restreint. Des 15 malades cités par Terrillon, 8 seulement subirent l'intervention; les résultats furent 6 morts et 2 guérisons. Si, avec Quénu, nous ajoutons les 2 observations de Meredith et de Terrier (1 guérison et 1 mort), nous arrivons au total de 10 opérations avec 7 morts et 3 guérisons. Depuis la publication du travail de Terrillon, on possède d'autres cas de lipomes du mésentère; quelquefois, l'examen histologique n'a pas été fait; d'autres fois il s'agissait de tumeurs mixtes. Le pronostic a toujours été considéré comme sérieux par les auteurs; cependant, Roux et Heurtaux ont obtenu de bons résultats par l'intervention.

La gravité de l'opération tient aux mêmes causes que j'ai signalées en parlant de l'extirpation des kystes: il faut y ajouter le volume des lipomes, qui rend l'acte opératoire plus pénible, qui exige de plus grands délabrements. Dans quelques cas, il fallut réséquer une longue portion d'intestin. Dans le cas de Terrier, le segment réséqué dépassa

sait 25 centimètres ; il fut de 1<sup>m</sup>,24 dans un cas de Roux. Enfin, la large cavité anfractueuse qui succède à la décortication de la tumeur est une condition défavorable au point de vue des suites ultérieures.

Dans un certain nombre de cas, la mort n'a pas tardé à survenir ; d'autres fois, les malades ont résisté pendant quelques jours et ont succombé à des accidents intestinaux : tel le malade de Terrillon mort, au trente-deuxième jour, de diarrhée incoercible, dans un état d'amaigrissement effrayant.

Pour abaisser cette effrayante mortalité, il faudrait ici, plus que partout ailleurs, opérer de bonne heure, alors que le lipome est petit, qu'il n'a pas poussé de prolongements et qu'il n'a pas contracté ces adhérences si dangereuses surtout pour l'intestin.

**Fibromes.** — Ces tumeurs sont très rares ; la thèse de Masset (1) me permettra d'établir leur histoire, encore bien ignorée. Cet auteur n'a pu en trouver que 8 observations (2), dont 2 proviennent du service du professeur Folet (de Lille). Ces 8 observations ont été réunies dans la période qui s'étend de 1886, époque de la publication de la thèse d'Augagneur, à 1894. Pour Augagneur, ces tumeurs, en 1886, avaient une existence problématique ; en effet, il n'avait trouvé à cette époque qu'une seule observation, celle de Péan ; or, la tumeur dont parle Péan adhérait à la fois au mésentère et au bassin, de sorte que son point de départ restait indécis.

Le volume des fibromes du mésentère a varié de 1<sup>kg</sup>,140 à 8 kilos ; chez l'un des malades de Folet, le fibrome était assez volumineux pour remplir toute la cavité abdominale. Leur consistance est plus ou moins ferme. Dans le cas de Richelot, la partie médiane de la face postérieure de la tumeur était remplie par un amas de tissus putréfiés. Ces tumeurs mésentériques se développent de préférence dans la jeunesse et l'âge adulte ; l'influence du sexe est assez marquée, car sur 7 cas, 5 appartiennent à des sujets du sexe féminin.

La *symptomatologie* se confond avec celle des tumeurs du mésentère en général (kystes, lipomes, etc.). Masset fait cependant remarquer que, dans les fibromes, la douleur apparaît en général plus tardivement. A part cela, même siège de la tumeur, même mobilité, même zone de sonorité antérieure, mêmes troubles digestifs.

La *marche* de ces néoplasmes est rapide et la cachexie ne tarde pas à survenir.

C'est dire que leur *pronostic* est grave, et cette gravité est accrue, comme pour les lipomes, par la nature même de l'opération qu'ils réclament. Et cependant il faudra intervenir le plus tôt possible,

(1) MASSET, Étude sur les fibromes du mésentère, thèse de Lille, 1894.

(2) Le professeur Demons a extirpé récemment un fibromyome du mésentère du volume des deux poings. La tumeur n'avait jamais déterminé ni troubles digestifs ni retentissement sur la santé générale.

car la marche de ces fibromes est invariablement progressive.

Suivant l'âge de la tumeur, dit Masset, l'opération pourra être d'une facilité surprenante ou d'une difficulté extrême : si le fibrome est petit, ou de moyen volume, et libre d'adhérences, on fera facilement et rapidement l'énucléation ; s'il est volumineux et présente une large surface d'implantation en arrière, on le pédiculisera aussi bas que possible et on réséquera toute la portion du néoplasme située au-dessus de la ligature, puis on abandonnera le pédicule dans le ventre.

Dans certains cas, on sera obligé de réséquer une portion plus ou moins longue d'intestin.

Les 8 cas de fibromes ont été opérés et ont donné 4 guérisons et 4 morts ; au total, 50 p. 100 de mortalité. La gravité de l'opération reconnaît ici les mêmes causes que j'ai signalées à propos du traitement chirurgical des kystes et des lipomes du mésentère.

**Diagnostic des tumeurs du mésentère.** — Je n'ai pas l'intention de reprendre ici, ni à propos du pancréas et de la rate, le fameux chapitre du diagnostic des tumeurs abdominales. Qu'il me suffise de rappeler ce qui a trait spécialement aux tumeurs du mésentère.

Il est entendu que les signes capitaux des tumeurs du mésentère sont les suivants : *tumeur médiane pointant vers l'ombilic, très mobile, avec une zone de sonorité en avant, et une autre la séparant du pubis.*

Si à ces signes locaux se joignent des accidents douloureux et des troubles digestifs, on peut affirmer avec de grandes chances de certitude que l'on a affaire à une tumeur du mésentère.

Malheureusement, ces différents signes n'ont pas une valeur absolue. La douleur, la sonorité, la mobilité peuvent faire défaut, suivant la disposition, les connexions et le volume de la tumeur. D'autre part, une tumeur ovarienne, par exemple, peut être médiane, très mobile et recouverte d'une zone de sonorité, ainsi que j'ai pu le constater moi-même sur une jeune fille de quinze à seize ans que j'ai opérée il y a deux ans environ. Malgré tous les caractères propres à une tumeur du mésentère, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire nettement pédiculé. Aussi, les erreurs de diagnostic ne se comptent plus.

On a confondu des tumeurs du mésentère avec des kystes de l'ovaire et du parovaire ; c'est d'ailleurs l'erreur la plus fréquente. Dans trois cas de kyste du mésentère, Péan a cru trois fois à un kyste de l'ovaire. On les a confondues aussi avec un fibrome utérin, un rein mobile, une tumeur du foie, etc., et même avec une grossesse.

Je rappellerai ici, pour ne plus y revenir à propos du pancréas et de la rate, la remarque d'Hartmann (1) sur l'emploi méthodique du plan incliné dans le diagnostic des tumeurs abdominales : « Les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et descendues

(1) HARTMANN, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1891, p. 571, et *Congrès de chirurgie*, 1895, p. 501.

vers l'excavation retournent à leur lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin. »

Dans les formes à début brusque, on a pu croire simplement à de l'occlusion intestinale par bride, par volvulus, à une colique hépatique ou néphrétique. Il faudra donc, par un examen minutieux, éliminer les tumeurs des différents organes de l'abdomen, utérus, ovaire, foie, rein, rate, intestin, paroi abdominale elle-même.

Le diagnostic avec les kystes du pancréas est fort difficile; en effet, les tumeurs développées dans le mésentère ou le pancréas offrent des caractères communs, qui sont le siège médian, la sonorité antérieure et les troubles digestifs.

Je reviendrai sur ce diagnostic à propos du pancréas.

Les tumeurs de l'épiploon se différencient par l'absence de sonorité antérieure. Mais si cette sonorité manque dans un kyste du mésentère, le diagnostic est à peu près impossible.

Le diagnostic du siège étant admis, peut-on aller plus loin et différencier entre elles les différentes tumeurs du mésentère?

La chose n'est pas facile, car en clinique on ne doit songer qu'aux kystes et aux lipomes; or, ceux-ci, qui pourraient être distingués par leur consistance, présentent presque toujours une pseudo-fluctuation trompeuse, à tel point que chez la femme ils ont toujours été pris pour des kystes de l'ovaire. Deux signes cependant permettraient de faire ce diagnostic :

1° Les tumeurs solides atteignent un volume très considérable ;

2° Leur évolution semble plus rapide que celle des tumeurs liquides. Je ferai remarquer que les fibromes du mésentère peuvent aussi offrir une consistance molle, témoin un cas de Folet.

Parmi les tumeurs liquides, les kystes hydatiques peuvent être reconnus par leur coïncidence fréquente avec des tumeurs semblables dans d'autres régions ou organes, surtout dans le foie; en outre, cette variété de kyste détermine souvent de l'occlusion intestinale.

**Conclusion.** — Le diagnostic des tumeurs du mésentère est difficile; cependant, il faut le reconnaître, la clinique a fait un grand pas dans cette voie du diagnostic. A l'heure actuelle, grâce aux données que nous possédons, on pourra le plus souvent établir au moins le siège mésentérique d'une tumeur abdominale.

## II

### PANCRÉAS

La chirurgie du pancréas est, pour me servir d'une expression bien connue aujourd'hui, l'une des plus belles et des plus récentes con-

quêtes de la chirurgie moderne. En 1887, Nimier écrivait à ce sujet : « Parmi les organes qui, il y a quelques années encore, paraissaient devoir échapper à l'action chirurgicale, le pancréas pouvait être cité dans les premiers. » Depuis cette époque, Nimier lui-même a publié, sur la chirurgie du pancréas, un important travail (1) qui a été suivi, surtout à l'étranger, de quelques mémoires et de nombreuses publications éparses dans des journaux et des revues.

Parmi les publications sur les affections chirurgicales du pancréas, je dois citer les travaux de Senn, Hagenbach, Réginald Fitz, Seitz, Hartmann, Biondi, Sandler, et enfin, de tous le plus récent et le plus complet, celui qui les résume, le très beau mémoire de Körte (de Berlin) (2).

Grâce à ces travaux et à bien d'autres que j'aurai l'occasion de citer dans le courant de cet article, la chirurgie du pancréas est entrée dans une ère nouvelle. Mieux instruit par les données de la clinique, de la pathologie générale et des faits expérimentaux, le chirurgien possède des connaissances plus précises sur la manière d'être du pancréas.

On a étudié avec soin cet ensemble de phénomènes désigné sous le nom de *dyspepsie pancréatique* et qui comprend : la sialorrhée et la diarrhée pancréatique, les vomissements graisseux, la stéorrhée ou selles graisseuses, la mauvaise élaboration des pigments biliaires; on a signalé aussi la lipurie et la diminution de l'indican dans les urines chez les malades atteints d'affections du pancréas.

Enfin, on sait les discussions auxquelles a donné lieu la théorie du diabète pancréatique, et il a été bien établi, par M. Lancereaux et ses élèves, que, chez l'homme, il y a souvent coïncidence entre le diabète maigre et les lésions inflammatoires chroniques du pancréas.

Déjà on a pu diagnostiquer des abcès, des kystes et des tumeurs solides de cet organe. L'intervention chirurgicale s'est attaquée à ces affections, ainsi qu'aux lésions traumatiques; la sécurité que donnent l'asepsie et le perfectionnement de la technique opératoire ont permis d'exécuter des opérations naguère jugées impraticables, telles que l'extirpation d'une partie de la tête du pancréas. Mais il reste encore beaucoup à faire dans ce vaste champ ouvert aux opérateurs, et à côté des faits acquis se dresse la ténébreuse colonne des points obscurs ou ignorés. Je veux dire qu'il est encore difficile, le plus souvent même impossible, à l'heure actuelle, d'établir un diagnostic précoce des affections pancréatiques, point capital, cependant, dans la plupart des cas, pour pouvoir poser les indications d'une interven-

(1) NIMIER, *Arch. gén. de méd.*, 1<sup>er</sup> septembre 1887, p. 309. — *Revue de chir.*, 1893, p. 618, 757 et 1007, et 1894, p. 585.

(2) SENN, *Surgery of the pancreas*. Philadelphia, Dornan, 1886. — *Americ. Journ. of med. sc.*, juillet 1885, p. 17. — *Volkman's Sammlung klin. Vorträge*. Leipzig, 1888, 313-314. — KORTE, *Deutsche Chirurgie*, Lief. 45, Stuttgart, février 1898.