

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.