

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^{er} 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.

tion utile. Aux médecins de mieux nous faire connaître la symptomatologie et la marche des affections du pancréas; et j'ajouterai : aux chirurgiens de songer qu'un traumatisme ou une tumeur de la région épigastrique peuvent intéresser le pancréas. Le conseil peut paraître banal, et cependant il faut bien avouer que l'on ne cherche ou que l'on ne cherchait guère, avant ces dernières années, à localiser dans le pancréas une affection à siège épigastrique; il semble que cet organe ait été considéré comme jouissant d'une complète immunité.

C'est ainsi qu'on a vu tel chirurgien, après avoir pratiqué une laparotomie pour contusion de la partie supérieure de l'abdomen, laisser passer inaperçue une section transversale et totale de la glande pancréatique.

Avant d'aborder l'étude des maladies chirurgicales du pancréas, il est bon de rappeler la topographie de cet organe et d'indiquer la manière dont on doit faire son exploration.

I. — TOPOGRAPHIE DU PANCRÉAS (1).

Le pancréas est situé dans l'abdomen supérieur, au-devant de la deuxième vertèbre lombaire, entre l'estomac, qui répond à sa partie antérieure, la rate, qui confine à son extrémité gauche, et l'anse duodénale, qui encadre son extrémité droite ou tête du pancréas. Mais cet organe n'est pas toujours situé à la même hauteur dans la cavité abdominale, et il offre, à ce point de vue, des différences individuelles. On peut le trouver au-dessus et surtout au-dessous de la ligne classique qui correspond à la deuxième lombaire. Sappey l'a trouvé abaissé chez les sujets à thorax étroit et chez les femmes qui avaient fait abus du corset. Hertz a insisté sur l'action néfaste du corset, qui presse sur le pancréas au point de faire basculer en avant le bord supérieur de la glande.

(1) ANOMALIES DU PANCRÉAS. — La glande pancréatique peut manquer complètement chez certains monstres ou chez des fœtus atteints d'exomphale considérable et qui ne vivent pas. D'autre part, Aubery a rapporté un cas curieux d'arrêt de développement de l'organe qui, soudé à l'estomac, était privé de conduit excréteur. Certains monstres possèdent quelquefois deux pancréas; cependant, les faits de véritable duplicité ne sont peut-être pas authentiques.

On a observé quelques cas, exceptionnels d'ailleurs, de division de la glande en deux segments; c'est le pancréas divisum des Allemands. Ces deux segments se trouvaient rattachés par un pont fibreux où passait le conduit excréteur (Friedreich). Le point de séparation correspondait, dans deux cas de Hyrtl, au passage de l'artère épiploïque ou de l'artère mésentérique supérieure.

Enfin, il peut exister des pancréas accessoires sous la forme de petites masses glandulaires, discoïdes, du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 5 francs. Le pancréas accessoire se rencontre en général dans le duodénum où le début du jéjunum, quelquefois dans l'iléon et l'estomac. Dans deux cas il siègeait sur la pointe d'un diverticule intestinal. Quel que soit son siège, il peut être situé sous la séreuse ou sous la muqueuse; le plus souvent, la sécrétion de cette glande accessoire est versée dans la portion du tube digestif à laquelle elle est accolée, par un petit canalicule qui débouche sur une papille de la muqueuse.

Il est presque oiseux de rappeler que la tête, intimement unie au duodénum par du tissu cellulaire, des vaisseaux et surtout par les canaux excréteurs, est à peu près immobile, tandis que la queue, reliée par l'épiploon pancréatico-splénique à la rate, organe très mobile, est susceptible de déplacements.

Sa moitié droite est dirigée horizontalement; la moitié gauche, au contraire, se porte obliquement de dedans en dehors et de bas en haut, de sorte que, dans son ensemble, l'organe forme une courbe à concavité postérieure qui embrasse la colonne vertébrale.

La face antérieure du pancréas, recouverte par le péritoine qui vient former en bas le feuillet supérieur du méso-côlon transverse, croisée par la portion ascendante du duodénum (angle duodéno-jéjunal), affecte un large rapport avec la face postérieure de l'estomac, dont la sépare l'arrière-cavité des épiploons. Si l'estomac est vide, sa petite courbure répond à la glande pancréatique; s'il est très abaissé, la petite courbure peut même descendre au-dessous du pancréas, qui ne se trouve plus alors séparé de la paroi abdominale que par l'épiploon gastro-hépatique.

La face postérieure est en rapport, en allant de gauche à droite, avec : la capsule surrénale et le rein correspondant; la veine splénique; la veine mésentérique inférieure qui va rejoindre la supérieure, en arrière de la tête du pancréas; l'aorte et l'artère mésentérique supérieure; la veine mésentérique supérieure; la veine cave inférieure; le tronc de la veine porte. En outre, la face postérieure du pancréas est séparée de la colonne lombaire par le diaphragme et il existe à ce niveau quelques ganglions lymphatiques.

Le bord supérieur répond à la première portion du duodénum, au lobule de Spigel, au tronc coeliaque, au plexus solaire, et présente une gouttière pour la veine splénique; l'artère splénique est située au-dessus et décrit les flexuosités que l'on connaît. Le long de ces vaisseaux se trouvent aussi des ganglions lymphatiques.

Le bord inférieur repose sur le feuillet inférieur du méso-côlon transverse et sur la troisième portion du duodénum. Il est en rapport avec la veine mésentérique inférieure et les vaisseaux mésentériques supérieurs : ceux-ci passent dans une échancrure qui établit les limites entre la tête et le corps du pancréas.

L'extrémité gauche, ou queue de l'organe, le plus souvent aplatie et effilée, répond à la face interne de la rate, dont elle est plus ou moins rapprochée.

Quant à l'extrémité droite, ou tête du pancréas, elle mérite une mention spéciale. Elle est embrassée par le fer à cheval que forment les trois premières portions du duodénum et affecte des rapports avec l'artère hépatique, la portion initiale de la veine porte, deux ou trois gros troncs lymphatiques auxquels aboutissent les chylières, troncs qui, pour atteindre le canal thoracique, s'engagent entre la

tête du pancréas et la troisième portion du duodénum ; avec l'artère gastro-épiploïque droite et la pancréatico-duodénale ; enfin avec la portion terminale du canal cholédoque dont la disposition par rapport au pancréas est variable à ce niveau. Tantôt le cholédoque est simplement adossé à la glande, tantôt il est logé dans une gouttière, tantôt il occupe un canal complet, de sorte qu'il devient intraglandulaire.

En résumé, le pancréas se trouve entouré de viscères et de troncs vasculaires importants. Ces nombreux rapports, joints à la situation de l'organe, nous expliquent comment les tumeurs du pancréas développées derrière l'estomac tendent à se faire jour entre cet organe et le côlon transverse et viennent se placer derrière le grand épiploon, comment ces lésions peuvent être confondues avec celles des organes voisins et arrivent à comprimer le canal excréteur du foie, des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques. L'anatomie topographique nous rend compte, enfin, de la gravité et de la difficulté de certaines interventions sur le pancréas.

II. — EXPLORATION DU PANCRÉAS.

La palpation, malgré la situation profonde de l'organe, peut donner de précieux renseignements sur l'existence d'une lésion du pancréas.

Voici quelles sont les précautions à prendre pour pratiquer cette exploration d'une façon utile : le malade sera à jeun et aura pris un lavement ou même un purgatif ; il faut en un mot que le tube gastro-intestinal soit tout à fait vide. On fera la palpation dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées et fléchies sur le bassin.

Si l'épaisseur des parois abdominales et la rétraction des muscles s'opposent à la palpation, il ne faut pas craindre d'avoir recours à l'anesthésie générale. Une hypertrophie du foie constitue une cause sérieuse de gêne pour l'exploration.

J'ajoute que si la lésion siège dans la tête, la tumeur ou tuméfaction se sentira au milieu du ventre ou du côté droit ; si elle siège sur la queue, c'est à gauche, du côté de la rate, que l'on constatera la saillie révélatrice.

Le pancréas peut être senti par la palpation même lorsqu'il est sain. Pemberton, Claessen, Jenner, Simpson, Eichhorst, Ancelet, disent l'avoir reconnu plus d'une fois. Dans certains cas d'abaissement de l'estomac, dit ce dernier, la face antérieure du pancréas devient contiguë à la paroi abdominale. Körte a cherché plusieurs fois à sentir le pancréas avant de pratiquer la laparotomie pour affections de l'estomac et de la vésicule biliaire ; il a eu la sensation d'une masse épaisse, granuleuse, et a pu constater, après l'ouverture du ventre, que c'était bien le pancréas qu'il avait touché à travers la paroi abdominale.

En 1866, Piorry (1) s'est efforcé de poser des règles, par trop précises, sur la percussion du pancréas. Voici comment il s'exprimait : « On applique sur la région lombaire un emplâtre de diachylon sur lequel on va percuter et tracer des dessins plessimétriques, puis on percute suivant trois lignes verticales, dont l'une correspond à la saillie des apophyses épineuses et les deux autres sont situées de chaque côté à quelques centimètres de la colonne vertébrale ; on marque sur ces lignes la limite supérieure et inférieure de la matité pancréatique. Une quatrième ligne transversale, coupant perpendiculairement les trois premières, permet de délimiter la glande à droite et à gauche. » Inutile, ce me semble, d'insister sur cette pratique.

Mais, ce qu'il faut se garder de négliger, c'est la percussion après insufflation de l'estomac et du côlon. On pourra, par ce moyen, se rendre un compte exact des rapports de ces organes avec la tumeur et des variations d'étendue de la matité et de la sonorité, suivant que cette portion du tube digestif sera à l'état de plénitude ou de vacuité.

MALADIES CHIRURGICALES DU PANCRÉAS

La syphilis, la tuberculose et les calculs du pancréas pourraient dans certains cas intéresser le chirurgien. Mais ces lésions sont plutôt du domaine médical (2) et leur histoire, du moins pour les deux premières, n'est pas encore faite. J'aurai l'occasion, à propos du traitement chirurgical des tumeurs solides et de l'obstruction des conduits pancréatiques, de dire ce qui a été ou pourrait être fait dans les cas de tuberculose et de calculs.

Les deux cas connus de corps étrangers du pancréas seront signalés dans le chapitre des traumatismes de cette glande.

Laissant donc tout cela de côté, j'étudierai sous le nom d'affections chirurgicales du pancréas : 1° le *pancréas annulaire* ; 2° les *déplacements* et les *hernies de l'organe* ; 3° les *lésions traumatiques* ; 4° les *hémorragies* ; 5° les *affections inflammatoires* : *abcès* et *gangrène* ; 6° les *tumeurs*, subdivisées elles-mêmes en *tumeurs liquides* ou *kystes*, et *tumeurs solides*.

I. — PANCRÉAS ANNULAIRE.

C'est une conformation particulière de la glande dont la tête, augmentée de volume, entoure et enserre comme un anneau la portion verticale du duodénum. Cette malformation paraît être très rare et n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

(1) PIORRY, *Courrier médical*, 1866.

(2) Voy. *Traité de médecine*, publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, t. V, art. de MM. RICHARDIÈRE et CARNOT.