

Ecker (1) constate sur le cadavre d'un jeune homme que la tête du pancréas envoie un prolongement qui entoure comme un anneau la portion descendante du duodénum. L'intestin était rétréci en ce point et dilaté au-dessus.

J. Symington (2) a trouvé, à l'autopsie d'un adulte, le bout supérieur de la portion descendante du duodénum entouré par un anneau de tissu pancréatique. La partie rétrécie mesurait un demi-pouce de diamètre; au-dessus et au-dessous de cette partie rétrécie, l'intestin avait triplé de volume.

Genersisch (3) reconnut, à l'autopsie d'un jeune homme de trente-sept ans, mort de pneumonie double, que la tête du pancréas, très augmentée de volume, formait autour de la portion descendante du duodénum un collier de 3 à 4 centimètres de hauteur. Ce collier recevait en arrière une branche de l'artère pancréatico-duodénale et laissait échapper en avant une veine qui allait se jeter dans la mésentérique supérieure. A sa partie postérieure venaient aboutir les conduits hépatique et cystique qui se réunissaient pour former le cholédoque; celui-ci, ainsi que le canal de Wirsung, débouchaient à l'ampoule de Vater. L'intestin était séparé de l'anneau pancréatique par un tissu cellulaire lâche; sa lumière laissait à peine passer le pouce. Le duodénum et l'estomac étaient dilatés au-dessus du rétrécissement. Suivant la remarque de Genersisch, le duodénum peut être rétréci alors même que l'anneau pancréatique est incomplet.

Le pancréas annulaire peut donner lieu à une erreur de diagnostic. En effet, l'existence d'une tumeur au voisinage du pylore et la constatation d'une ectasie gastrique peuvent faire songer à un cancer pylorique.

Comme traitement chirurgical, jusqu'à présent on n'a pas eu à intervenir. On pourrait, dans quelques cas, être forcé de réséquer une portion de l'anneau ou de pratiquer une gastro-entérostomie.

II. — DÉPLACEMENTS ET HERNIES DU PANCRÉAS (4).

Outre les variations individuelles de situation du pancréas, il y a lieu de signaler des déplacements plus étendus. Je laisserai de côté, pour le moment, les hernies traumatiques du pancréas à travers la ceinture thoraco-abdominale. Je m'en occuperai plus loin.

Le pancréas peut pénétrer dans le thorax en même temps qu'une

(1) ECKER, *Henle und Pfeuffer's Zeitschr. f. rat. Med.*, Bd. XIV, 1862, p. 354.

(2) J. SYMINGTON, *Journ. of Anat. and Physiol.*, vol. XIX, 1885, p. 292.

(3) A. GENERSISCH, *Verhandl. d. X. intern. med. Cong.*, t. II, 1890, p. 140. Berlin, 1891.

(4) S. CECCHINI a publié en 1886 un travail intitulé : *Ectopia congenita della testa del pancreas e consecutiva gastrectasia*. Modène (in-8°, 14 pages). Je n'ai pu me le procurer.

partie des viscères abdominaux, dans certains cas de hernies diaphragmatiques congénitales ou accidentelles.

Sur un total de 276 cas de hernies diaphragmatiques, Lacher a trouvé 27 fois le pancréas dans la cavité thoracique. Dans 18 cas il s'agissait de hernies congénitales; 6 cas se rapportent à des hernies traumatiques. Dans 2 observations, il est noté que la hernie du pancréas à travers le diaphragme était survenue à la suite d'efforts de vomissements (Saint-André, Golh et Vecker).

De son côté, Mayer, ayant relevé 26 cas de hernies diaphragmatiques congénitales, dit qu'on y a trouvé deux fois le pancréas.

Marrigues et Howard ont trouvé aussi cette glande dans des hernies ombilicales congénitales, mais on avait affaire à des exomphales considérables, chez des fœtus monstrueux et mort-nés.

Un fait plus intéressant est celui de E. Rose, qui a signalé la présence du pancréas dans un cas de hernie ombilicale, chez une femme adulte. Cette hernie contenait, outre le pancréas, le côlon transverse, le côlon ascendant et l'appendice vermiculaire.

Encore plus curieux le cas d'invagination observé par Baud, chirurgien de la marine à Brest : chez un homme de vingt-quatre ans, la troisième portion du duodénum, contenant le pancréas verticalement placé, était invaginée dans le commencement du jéjunum; le mésocôlon transverse et la partie droite du grand épiploon dans le côlon descendant, qui, ainsi que le rectum, contenait la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et le transverse. D'après Claessen, Guibert aurait observé un cas semblable chez un enfant de trois ans.

Les tumeurs et les déplacements de la rate peuvent aussi amener des changements de position du pancréas. Estes rapporte le cas d'une jeune fille atteinte d'une tumeur de la rate à l'autopsie de laquelle on trouva, la tête du pancréas étant restée à sa place, le corps et la queue dirigés verticalement en bas et à droite vers la fosse iliaque.

Dans un fait d'Alonso, la rate, transportée dans la fosse iliaque droite et unie par de fortes adhérences à la queue du pancréas, « tirait violemment sur ce viscère, lequel, devenu vertical et passant au-dessus du côlon transverse, comprimait et étranglait cet intestin près de sa jonction avec le côlon descendant ».

On pourrait, dans des cas semblables, songer à pratiquer une *pancréatopexie*.

Rappelons, en terminant, l'observation de Dobrzycki (1), étiquetée : *pancréas mobile*. Un charpentier fait une chute; deux ans après l'accident, on trouve, dans la région épigastrique, quelque chose qui ressemble à un rein flottant.

Körte fait remarquer à ce sujet, et avec raison, qu'il s'agissait peut-être tout simplement d'un kyste du pancréas.

(1) DOBRZYCKI, *Medycina*, 8 u. 9 S. 78. Refer. in *Canstatt's Jahresberichte*, 1878. Referent Oettingen.

En somme, on ne connaît pas l'entité pathologique pancréas mobile, comparable à l'ectopie du rein et de la rate.

III. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Ces lésions sont très rares ou du moins paraissent l'être. Cette rareté, ou ce semblant de rareté, s'explique par la situation profonde de l'organe, par la protection que lui offrent la colonne vertébrale et la cage thoracique, par la coexistence fréquente de lésions d'autres viscères et de vaisseaux importants qui entraînent rapidement la mort; enfin elle s'explique aussi par ce fait que l'on ne songeait pas aux lésions traumatiques du pancréas, que ces lésions ne possèdent pas de signes spéciaux, et que, par suite, elles ont dû souvent passer inaperçues.

Quoi qu'il en soit, je passerai en revue : 1° les *contusions* et les *ruptures*; 2° les *plaies*; 3° les *hernies traumatiques du pancréas*.

CONTUSIONS ET RUPTURES.

Senn n'avait pu réunir que quatre cas de contusions du pancréas, dont trois se rapportent à des écrasements par roues de voitures; les blessés présentaient des fractures multiples de côtes, des lésions viscérales, telles que rupture du foie, du rein, de la rate. Chez ces malades, il y avait déchirure ou broiement du pancréas avec épanchement sanguin plus ou moins abondant. Si le malade de Cooper a vécu quelques heures, les autres sont morts au bout de quelques jours.

A ces quatre cas qui appartiennent à Cooper, Travers, Storck et Clark, on peut aujourd'hui en ajouter d'autres. Ce sont ceux de Devergie, Warren, Kulenkampf, Wilks et Moxon, Newton Petit et Jacobson, Lloyd (3 cas), Littlewood, Thomas, Leith (2 cas), Goldmann, Wagstaff, Jaren, Rose, Blum-Villière, Hadra, etc... Körte en a réuni plus de trente observations.

En outre, Pressel, sur un total de 200 cas de morts survenues à la suite du passage d'une roue de voiture sur le ventre, a trouvé deux fois une déchirure du pancréas. Groeningen, sur 19 cas de traumatismes de l'abdomen, signale 18 cas de contusions et une plaie par coup d'épée; sur ce chiffre de contusions, il n'a trouvé qu'une lésion du pancréas par coup de pied de cheval chez un hussard.

Le facteur étiologique dans ces différents cas a été, tantôt et le plus souvent, le passage d'une roue de voiture ou un coup de pied d'homme et surtout de cheval, tantôt la chute d'une lourde caisse sur l'épigastre (Goldmann), tantôt un tamponnement par wagon, une chute sur le sol du haut d'une échelle, la pression des genoux au cours d'une rixe, l'action de lever un lourd fardeau, tantôt enfin un choc violent par le volant d'une machine (Blum-Villière) ou par le guidon d'une bicyclette (Hadra).

Le pancréas peut être seul atteint à la suite d'une contusion de la région épigastrique, comme dans les cas de Wilks et Moxon, de Wagstaff, de Clark, etc. Mais le plus souvent il y a d'autres lésions viscérales concomitantes qui portent sur le foie, le rein, la rate, l'estomac, l'intestin. N'a-t-on même pas dit qu'il était impossible d'admettre la lésion isolée du pancréas sans altération d'autres viscères?

Ici, comme ailleurs, la contusion peut présenter des degrés variables. Travers a trouvé une rupture transversale du pancréas; dans l'observation rapportée par Villière, l'organe était nettement divisé dans toute son épaisseur, vers sa partie moyenne, comme par un instrument tranchant. Ce sont là des cas extrêmes à côté desquels se placent des faits de lésions partielles, quelquefois même peu étendues.

Deux faits méritent une mention spéciale dans l'histoire des contusions du pancréas; ils sont relatifs aux déchirures vasculaires et à la lésion ou à la compression du conduit excréteur de la glande.

Les déchirures vasculaires sont le point de départ d'une hémorragie quelquefois très abondante. Le foyer sanguin, en s'enkystant, détermine la formation de ces *KYSTES HÉMATIQUES* du pancréas, sur lesquels je reviendrai en parlant des hémorragies dont cet organe peut être le siège.

Lorsqu'il y a lésion du conduit excréteur, le suc pancréatique s'épanche dans l'arrière-cavité des épiploons, peut s'enkyster et donner naissance à cette variété de kystes du pancréas à laquelle on a donné le nom de *kystes traumatiques* ou *pseudo-kystes*. Körte cite trente-trois cas de ce genre se rapportant à trente hommes et trois femmes. Lloyd a insisté sur ces collections liquides consécutives aux traumatismes de la région abdominale supérieure.

La tumeur est souvent volumineuse. Le contenu est donné dans quelques cas comme étant un liquide alcalin et albumineux. Dans l'observation de Hadra, il est dit : Le liquide clair et limpide ressemblait à du blanc d'œuf; il ne renfermait aucune trace de sang. En outre, il était alcalin et contenait du sucre. Le liquide recueilli par Littlewood renfermait : sérum-albumine, trypsine, amylopsine, stéapsine, ferment faisant cailler le lait. Dans un des cas de Lloyd, on reconnut la réaction du suc pancréatique. Sur les trente-trois cas réunis par Körte, treize fois le liquide était clair, jaunâtre, ou à peine rosé.

Les signes des contusions du pancréas sont ceux des contusions viscérales de l'abdomen; l'hémorragie prend, dans certains cas, une place prépondérante.

Marche et pronostic. — Si un certain nombre de malades atteints de contusion du pancréas ont succombé au bout de deux à quatre jours et quelquefois même au bout de quelques heures, par contre, il en est d'autres qui ont guéri. Au total, le pronostic de ces lésions

n'est pas plus sombre que celui des traumatismes des autres organes glandulaires de l'abdomen (1). Les expériences de Brunner, de Senn, d'Hildebrand et Dettemer, de Biondi, ont démontré que les lésions traumatiques du pancréas (plaies et écrasements) ne sont pas très dangereuses et sont bien supportées par les animaux; elles cicatrisent rapidement.

C'est ici le lieu de signaler l'action du suc pancréatique sur le péritoine. Pour Mugnai, Senn et Edler, ce liquide serait inoffensif. Telle n'est pas l'opinion de Biondi qui affirme que le suc pancréatique peut déterminer de la péritonite. Aussi conseille-t-il, à propos du traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas, de bien suturer la plaie opératoire et, au besoin, de fixer le pédicule dehors pour éviter l'effusion du liquide pancréatique dans le péritoine.

Lorsque le blessé échappe aux accidents primitifs du traumatisme, lorsqu'il est en voie de guérison ou même tout à fait rétabli, il est encore exposé à voir se développer un HÉMATOME OU KYSTE SANGUIN ou bien un de ces PSEUDO-KYSTES que je signalais tout à l'heure.

L'apparition de ces pseudo-kystes se fait quelquefois tardivement, longtemps après le traumatisme : trois ans, cinq ans (Richardson). Il fut constaté deux mois après l'accident dans le cas de Kulenkampf et trois semaines après dans celui de Hadra. On n'a jamais reconnu un pseudo-kyste immédiatement ou très peu de temps après le traumatisme.

Le diagnostic des contusions du pancréas se confond, cela va sans dire, avec celui des traumatismes de l'abdomen en général. Plus tard, s'il survient un kyste hématique ou un pseudo-kyste, on se trouvera en présence d'une tuméfaction de l'épigastre présentant les caractères des tumeurs pancréatiques, caractères que j'aurai l'occasion de rappeler plus d'une fois dans le courant de cet article. La constatation de ces kystes permettra, si l'on a eu quelques hésitations lors de l'accident, d'établir le diagnostic rétrospectif de lésion du pancréas. Dans une des conclusions de son travail, Lloyd fait remarquer que quand, à la suite d'une contusion de la partie supérieure de l'abdomen, il se développe une tumeur épigastrique, si le liquide contenu possède la propriété de convertir l'amidon en sucre, on peut affirmer que le pancréas a été lésé.

Il ajoute, je signale la chose en passant, que beaucoup de ces tumeurs ont été considérées à tort comme des exemples de vrais kystes du pancréas.

PLAIES DU PANCRÉAS.

Elles sont très rares ou du moins on n'en a publié qu'un petit nombre d'observations. Ainsi que je l'ai dit plus haut en parlant des

(1) DEMONS (de Bordeaux), Rapport sur les contusions de l'abdomen (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1897).

traumatismes du pancréas en général, elles ont dû souvent passer inaperçues à côté des lésions d'autres organes de l'abdomen. En effet, de même que les contusions du pancréas, les plaies de cet organe sont rarement isolées. Körte, dans des expériences cadavériques faites avec de longues aiguilles dans le but d'étudier la fréquence des plaies du pancréas, a obtenu les résultats suivants : Sur six expériences, deux fois seulement la glande fut atteinte, mais avec lésion concomitante du foie dans un cas, de la portion pylorique de l'estomac dans l'autre.

Avant d'aller plus loin, je dois signaler les plaies chirurgicales du pancréas dans l'extirpation des kystes et des tumeurs solides de cette glande et celles qui peuvent se produire au cours de l'ablation d'une tumeur du voisinage. Dans une gastrectomie pratiquée par Rydygier, l'estomac adhérait tellement au pancréas qu'un morceau de celui-ci fut détaché pendant l'isolement de la tumeur stomacale. Malgré cet incident, la malade guérit.

A signaler aussi le fait curieux de Lambron : une arête s'était fixée dans la glande pancréatique après avoir traversé l'intestin.

Les plaies du pancréas ont été produites par des armes à feu ou par des armes blanches.

Dans l'*Histoire médicale de la guerre de Sécession*, on trouve signalée cinq fois la blessure du pancréas par armes à feu ; quatre fois le projectile avait pénétré par la face postérieure du thorax entre l'omoplate et l'angle des côtes. On a noté dans presque tous les cas des fractures des arcs costaux et des plaies viscérales (rate, estomac, diaphragme, poumon). Dans un cas, l'autopsie révéla l'existence d'une balle logée dans la tête du pancréas.

Quatre fois sur cinq la mort fut le résultat de la blessure et survint au bout de huit, douze, quinze, trente jours, une fois par shock ou péritonite, trois fois par hémorragie secondaire, dont une hémorragie de l'artère splénique.

Le Rapport sanitaire des armées allemandes, en 1870, contient le fait suivant : Une balle traversa de haut en bas le thorax et le ventre d'un soldat ; entrée au niveau de la partie gauche de la huitième vertèbre, elle sortit en avant, du même côté, près de l'ombilic. Le blessé succomba un mois et quatre jours après l'accident. A l'autopsie, on constata l'existence d'une fracture de la huitième côte en même temps que des lésions de la rate et de la queue du pancréas.

Dans un cas de Niemann, il s'agit d'un suicide par revolver. La balle pénétra au-dessus de l'appendice xiphoïde et vint sortir en arrière entre la deuxième et la troisième fausse côte, près du rachis ; la mort fut instantanée. Le foie, le pancréas, le diaphragme et le cœur avaient été lésés.

L'observation de Bertram se rapporte aussi à un suicide. Une balle pénètre entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic ; une autre à

travers le sixième espace intercostal sur le prolongement de la ligne mamillaire. L'autopsie montra qu'une des balles avait traversé l'estomac et la tête du pancréas et que l'autre, après avoir perforé le diaphragme et la douzième côte, avait atteint la rate et le rein gauche.

Les plaies par armes blanches sont encore plus rares.

Earl raconte qu'un nègre âgé de trente ans reçut, près de la deuxième fausse côte gauche, un coup d'épée dirigé obliquement en haut, vers la rate. Il s'ensuivit une hernie du pancréas qui présentait une petite plaie. La portion du pancréas herniée et blessée fut traitée par la ligature lente et le malade guérit.

Rohde signale l'observation d'un homme mort à la suite d'un coup d'épée. On trouva à l'autopsie une lésion du pancréas.

Ces faits se passent de commentaires. Il en résulte très nettement que les plaies par armes à feu sont bien plus fréquentes que les plaies par armes blanches, que celles-ci ont atteint le pancréas à travers la paroi abdominale, tandis que les balles ont pénétré aussi par le ventre, mais plus souvent par le thorax, surtout à sa partie postérieure. On peut en conclure encore que, dans les plaies par armes à feu, on a constaté presque toujours des lésions d'autres organes, rate, estomac, foie, diaphragme, cœur (Niemann), etc., et quelquefois des fractures de côtes.

Les signes des plaies du pancréas ne sont pas plus nets que ceux des contusions du même organe; donc, le diagnostic restera incertain. Cependant, dit Edler (1), on a observé une fois l'écoulement à l'extérieur du suc pancréatique à la suite d'une plaie par instrument tranchant; le fait, ajoute-t-il, n'a pas été signalé pour les plaies par armes à feu. La direction de l'agent vulnérant pourrait, dans quelques cas, faire supposer l'existence d'une plaie du pancréas.

Les plaies de cet organe se sont terminées le plus souvent par la mort. Quatre des cinq blessés de la guerre de Sécession ont succombé au bout de huit, douze, quinze, trente jours; le malade dont il est parlé dans le Rapport des armées allemandes de 1870 est mort un mois et quatre jours après l'accident; chez celui de Niemann, la mort fut instantanée; les blessés de Bertram et de Rhode ont succombé aussi, mais on ne sait pas au bout de combien de temps après le traumatisme.

Deux malades seulement auraient guéri: un de ceux de la guerre de Sécession et celui d'Earl.

Au total, sur les dix cas de plaies du pancréas que je viens de rapporter, il y aurait eu huit morts et deux guérisons.

Le pronostic de ces lésions serait donc très grave; mais il faut tenir

(1) EDLER, Lésions traumatiques des organes parenchymateux qui se trouvent dans l'abdomen (foie, rate, pancréas, reins) (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. XXXIV, 1887, p. 173, 201, etc.). Je ne connais pas l'observation dont parle Edler.

compte du petit nombre d'observations, de la concomitance d'autres lésions vasculaires et viscérales (plaie du cœur dans un cas), des conditions fort défectueuses et défavorables dans lesquelles se sont trouvés les blessés, de ce fait, enfin, qu'on n'est intervenu qu'une fois, et dans ce cas il y avait plaie sur un pancréas hernié à l'extérieur; l'intervention fut d'ailleurs suivie de succès.

Traitement des contusions et des plaies du pancréas.

Les indications du traitement chirurgical des contusions et des plaies du pancréas sont les mêmes que celles du traitement des contusions et des plaies de l'abdomen en général. Jusqu'à présent, Blum (1) a été le seul à tenter une opération au début, dans un cas de contusion du pancréas, et encore l'intervention n'a-t-elle été pratiquée que le lendemain de l'accident, sans diagnostic précis. Je tiens à faire observer que ce chirurgien n'a pas reconnu la lésion pancréatique, bien que l'organe fût complètement séparé en deux segments très nets. Aussi, ne saurait-on trop insister sur ce précepte, à savoir qu'il faut toujours examiner le pancréas au cours d'une laparotomie pratiquée pour traumatisme du ventre. Le fait de Blum n'est probablement pas isolé, car, je le répète une fois encore, il faut bien reconnaître qu'en fait de traumatismes, comme en fait d'affections de l'abdomen, on songe bien exceptionnellement au pancréas.

Ceci dit, lorsque, après une laparotomie pour contusion ou plaie de l'abdomen, le chirurgien se trouve en présence d'un traumatisme du pancréas, il se comportera différemment, suivant qu'il aura affaire à une simple contusion, à une plaie nette et peu étendue, ou à une désorganisation de la glande. Il devra, suivant les cas, appliquer des ligatures vasculaires, suturer l'organe blessé, se contenter quelquefois d'un tamponnement et d'un drainage, ou bien extirper une portion plus ou moins étendue de la glande, c'est-à-dire pratiquer une PANCRÉATECTOMIE. Il pourra, dans certains cas, se trouver tout à fait désarmé, car nous verrons plus loin quel est le triste bilan de la destruction et de l'extirpation totales du pancréas.

Si l'on constate plus tard l'existence d'un kyste hémattique ou d'un pseudo-kyste, on aura recours à l'incision suivie de l'évacuation du liquide et du drainage qui constitue la méthode de choix dans les cas de ce genre. Ce mode d'intervention a été mis en pratique avec succès par quelques chirurgiens.

HERNIES TRAUMATIQUES.

Le pancréas peut-il sortir à l'extérieur à la suite d'un traumatisme pariétal? La chose peut paraître douteuse, étant données la situation

(1) Observation publiée par Villière. — VILLIÈRE, Rupture traumatique du pancréas sans intervention; mort (*Bull. de la Soc. anat. Paris*, 29 mars 1895).

profonde de l'organe, la fixité que lui donnent le péritoine et sa fusion avec le duodénum, étant donnée enfin cette loi de pathologie herniaire qui dit que tous les viscères ont été rencontrés dans le sac des hernies, à l'exception peut-être du pancréas.

Aussi, n'est-il pas étonnant que la hernie traumatique du pancréas ait été admise par les uns et fortement contestée par les autres. Körte a confirmé, par des expériences cadavériques, que la queue seule de l'organe était un peu mobile, et encore, ajoute-t-il, sa mobilité n'est pas grande. Il reconnaît qu'il n'est pas facile de déterminer une hernie du pancréas.

Le cas de Laborderie, cité comme exemple de hernie du pancréas, n'était autre chose qu'une hernie de l'épiploon, ainsi que le démontra l'examen histologique de l'organe hernié.

Chez la petite malade de Laborderie, la plaie, faite avec un couteau, siégeait à droite de la ligne médiane. Hyrtl avait trouvé le fait bizarre, et Verneuil avait combattu la possibilité d'une hernie du pancréas dans une plaie siégeant sur la partie droite de l'abdomen.

Malgré ce que je viens de dire, la hernie traumatique du pancréas existe réellement. Sans doute, c'est une complication exceptionnelle des plaies de la paroi thoraco-abdominale; mais, cependant, Körte en rapporte huit observations, dont voici le résumé :

Kleberg (d'Odessa) : Homme de soixante ans, reçoit un coup de couteau qui détermine une plaie d'un pouce de long entre l'ombilic et le rebord costal droit. De la blessure pend un corps large de 2 pouces, long de 3. Ligature, guérison. L'examen histologique de la pièce, pratiqué par Wagner, permit de reconnaître qu'il s'agissait du tissu pancréatique.

Otis : Coup de feu à droite, au-dessous des côtes; sortie de la balle à gauche. Deux jours après, pendant que le malade allait à la selle, il se produisit une hernie du pancréas, du volume d'un œuf de poule. Ligature lente au fil d'argent; guérison.

Cherver (*in* Otis) : Plaie par balle à 4 centimètres en dehors du mamelon gauche, au niveau de la septième côte; balle sentie sous la peau au niveau de l'apophyse épineuse de la douzième vertèbre dorsale. Issue par la plaie thoracique de quelque chose qui fut pris pour du poumon hernié. Mort par péritonite. A l'autopsie, on constate que la balle avait perforé le diaphragme et que le pancréas, ayant filé à travers cette cloison musculaire, était venu faire hernie au dehors en passant entre les côtes.

Dargan : Pancréas sorti, chez un nègre, à travers une plaie de 12 centimètres de long située entre les côtes inférieures du côté gauche. Réduction; guérison.

Caldwell : Blessure à gauche, entre les vraies et les fausses côtes. Excision de l'organe hernié à travers la blessure; examen de la portion sectionnée, c'était du pancréas.

Adevoine : Gros morceau de pancréas hernié à la suite d'une plaie pénétrante du ventre. Ablation; guérison.

Earl : Nègre âgé de trente ans reçoit, près de la deuxième fausse côte gauche, un coup d'épée obliquement dirigé de bas en haut, vers la rate. De la plaie sortait une grande portion de pancréas qui présentait une petite plaie. Ligature; guérison.

Allen : Indien de trente-cinq ans est atteint de plusieurs coups de poignard. Plaie à gauche d'où sortait un morceau de pancréas d'une longueur de 7 pouces. La hernie existait depuis douze heures; elle était en décomposition. Ligature; guérison.

On peut se demander si, dans tous ces cas, il s'agissait bien de hernies du pancréas. Je rappelle à ce sujet le fameux cas de Laborderie, hernie de l'épiploon prise pour une hernie du pancréas, qui a donné lieu à tant de discussions. Certains auteurs affirment que l'organe hernié était bien le pancréas. Mais il existe deux faits particulièrement probants, ceux de Kleberg et de Cherver. Dans le premier cas, l'examen microscopique, très consciencieusement fait, ne laisse aucun doute sur la nature de l'organe prolabé à travers la paroi abdominale. Quant au cas de Cherver, il ne peut soulever aucune discussion, puisque, à l'autopsie, on put s'assurer que le pancréas était réellement hernié. N'aurait-on que ces deux cas, ils seraient suffisants pour démontrer l'existence de la hernie traumatique du pancréas.

La pathogénie de cette affection, ou plutôt de cette complication, n'est pas claire. On ne peut que se ranger à l'opinion toute naturelle de Quénu (1), d'après lequel une déchirure préalable des attaches du pancréas serait une condition nécessaire à son déplacement.

Les agents vulnérants ont été : deux fois des projectiles; quatre fois des coups de couteau, une fois un coup d'épée, une fois un coup de poignard.

Une fois seulement la plaie siégeait exclusivement du côté droit du ventre.

Le plus souvent, la solution de continuité occupait l'abdomen, très rarement le thorax, et dans ce cas elle siégeait au niveau des derniers espaces intercostaux.

Le pancréas hernié s'est montré sous la forme d'un corps allongé, rouge brun, de consistance ferme, d'une longueur de 3, 4 et même 7 pouces. La hernie n'a été réductible que dans le cas de Dargan.

La hernie du pancréas a été confondue une fois avec une hernie de l'épiploon et une autre fois avec une hernie du poumon. L'examen attentif de la portion prolabée et l'analyse histologique d'un fragment de l'organe permettront d'éviter l'erreur. Körte fait remarquer que, pendant la digestion, le pancréas se congestionne et devient rouge.

(1) QUÉNU, Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus, t. VII.

Le pronostic est bénin, si l'on en juge d'après les faits connus. En effet, sur huit observations on ne trouve qu'une mort relative à un soldat chez lequel une balle, ayant pénétré par le thorax, avait perforé le diaphragme et déterminé une péritonite. Il est bon d'ajouter que ce blessé avait été transporté de loin, après l'accident, dans de mauvaises conditions, et que l'on ne s'était pas préoccupé de traiter sa hernie. Les sept guérisons sont survenues, six fois après ligature de la masse herniée, une fois après simple réduction.

Le *traitement* des hernies du pancréas ne diffère pas de celui des hernies d'autres organes parenchymateux, tels que la rate, le poumon. Si le viscère présente son aspect normal, s'il n'a pas été infecté, on tâchera de le réduire, avec ou sans débridements préalables, en s'entourant des précautions habituelles et, cela va sans dire, après avoir suturé l'organe s'il a été blessé.

Dans les cas de hernie thoracique, on peut être conduit à réséquer une côte.

Si la hernie date d'un certain temps, si l'organe est septique, s'il offre un aspect plus ou moins inquiétant, il ne faut pas hésiter à appliquer une ligature et à réséquer la portion exubérante. Ceci fait, on pourra réduire le moignon, après l'avoir bien nettoyé; ou, ce qui est plus prudent, le fixer au dehors.

IV. — HÉMORRAGIES DU PANCRÉAS.

Après avoir signalé les hémorragies qui succèdent aux contusions du pancréas, il est utile de réunir dans un même chapitre l'histoire des diverses hémorragies dont la glande pancréatique peut être le siège. Le sujet offre actuellement le plus grand intérêt.

Division. — Nous manquons encore de notions précises au sujet de l'étiologie et de la pathogénie de certaines de ces hémorragies. Pour dire vrai, une partie de leur histoire est entourée d'une grande obscurité. Il est permis d'ores et déjà d'établir plusieurs catégories d'hémorragies pancréatiques :

1° On en a quelquefois observé dans certaines affections graves du cœur, des vaisseaux, des poumons, indice d'une stase sanguine générale. Des hémorragies pancréatiques ont été signalées aussi dans quelques cas de mort par strangulation, après empoisonnement par la morphine. Elles peuvent être liées à une altération du sang comme dans les cas de variole hémorragique, de scorbut, d'anémie pernicieuse. Cette première variété ne présente aucun intérêt clinique ;

2° Une hémorragie pancréatique peut se faire dans l'intérieur d'un kyste préexistant; la chose est exceptionnelle ;

3° Il en est qui succèdent très nettement à des traumatismes de la paroi abdominale, ainsi que je l'ai dit précédemment, ou même à des

efforts violents; c'est ainsi que chez un des malades de Sarfert (1) l'accident se produisit en soulevant une charge;

4° Enfin, la quatrième variété, que l'on pourrait qualifier d'hémorragie spontanée, pour la différencier des hémorragies traumatiques, est celle à laquelle on a donné le nom d'APOPLEXIE DU PANCRÉAS. C'est cette dernière variété dont la pathogénie a donné et donne encore lieu à discussion.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le fait très judicieusement remarquer Nimier, les hémorragies dont le pancréas peut être la source se présentent au point de vue chirurgical sous deux aspects bien tranchés. Lorsque l'état général du sujet domine la scène, il n'y a pas à songer à une intervention. Par contre, si l'hémorragie occupe le premier rang, si c'est elle que l'on doit incriminer comme cause des accidents généraux présentés par le malade, il est logique et rationnel de chercher à la combattre chirurgicalement.

L'hémorragie du pancréas peut, ajoute Nimier, avoir un siège intra ou extraglandulaire. Tantôt l'épanchement sanguin se fait dans l'arrière-cavité des épiploons; d'autres fois l'hémorragie est intrapancréatique; d'autres fois enfin, il y a simultanément hémorragie glandulaire et épanchement sanguin dans le tissu cellulaire voisin.

C'est d'après cette division, basée sur le siège de la collection sanguine, que nous devons étudier les hémorragies du pancréas.

1° *Épanchement sanguin dans l'arrière-cavité des épiploons.* — Cette variété d'hémorragie pancréatique succède le plus souvent, mais pas toujours, à un traumatisme.

L'HÉMATOME ENKYSTÉ OU KYSTE HÉMATIQUE, d'un volume variable, pouvant renfermer 600 grammes, 2 litres de liquide, se trouve situé derrière l'estomac, en avant du pancréas, au-dessus du côlon transverse, au-dessous du lobe gauche du foie, et peut s'enfoncer plus ou moins profondément dans la cavité abdominale, à gauche vers la rate, en bas entre les feuillets du grand épiploon. La collection sanguine a peu de chances de fuser du côté de la cavité péritonéale à cause de la situation de l'hiatus de Winslow, en haut et à droite de l'arrière-cavité des épiploons et à cause aussi de son oblitération chez certains sujets.

Son contenu est tantôt du sang rouge (très rare), du sang noir; le plus souvent, c'est un liquide trouble, brun sombre, verdâtre, riche en albumine et laissant déposer des globules sanguins altérés.

On n'est pas encore fixé sur la source de l'hémorragie. Nimier, ne tenant pas compte des lésions des gros troncs artériels ou veineux spléniques et mésentériques supérieurs, serait plutôt disposé à incriminer la pancréatico-duodénale. Le sang pourrait provenir aussi des

(1) SARFERT, Die Apoplexie des Pankreas (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd. XLII, 1895, p. 125).