

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).

branches qui recouvrent le pancréas ou des ramuscules contenus dans l'épaisseur même de la glande.

Les *symptômes* de l'affection sont, au début, ceux des contusions de l'abdomen ou de l'apoplexie pancréatique à forme subaiguë. En somme, trois signes caractérisent l'épanchement et l'enkystement consécutifs du sang dans l'arrière-cavité des épiploons; ce sont : 1° la DOULEUR; 2° les VOMISSEMENTS; 3° l'APPARITION D'UNE TUMEUR.

La douleur n'est pas en général très vive; un de ses caractères, c'est de revenir par accès plus ou moins espacés entre lesquels le malade se plaint à peine d'un endolorissement de la région épigastrique et peut même reprendre ses occupations.

Les vomissements n'offrent rien de spécial; il peut y avoir des hématomés.

La tumeur siège entre l'ombilic et le rebord costal, en partie dans l'épigastre, en partie dans l'hypocondre gauche. Par la palpation, on la reconnaît de forme arrondie, plus ou moins fluctuante.

La percussion révèle l'existence d'une sonorité (estomac) qui sépare la matité de la tumeur de celle du foie. Lorsque le kyste sanguin, en se développant, refoule en bas le côlon transverse, on voit apparaître une autre zone de sonorité inférieure.

L'apparition de la tumeur a pu être constatée quelques heures après l'accident, au bout de quelques jours, au bout de trois mois, après deux ans.

Dans un cas, elle transmettait les pulsations des gros vaisseaux situés derrière elle et laissait entendre un souffle localisé à son centre.

La *marche* de l'affection est le plus souvent lente ou subaiguë. On a noté chez quelques malades un amaigrissement très rapide. Celui de P. Swain avait maigri de 12 kilos dans l'espace de trois mois.

Le *pronostic* doit toujours être réservé.

Lorsque l'hémorragie pancréatique est consécutive à un traumatisme, le chirurgien devra reprendre le diagnostic des contusions de l'abdomen et chercher à localiser la lésion.

Si elle survient dans d'autres circonstances, on pourra songer à une colique hépatique ou néphrétique, à une indigestion, à des phénomènes d'occlusion intestinale. Dans les deux cas, l'apparition de la tumeur mettra sur la voie du diagnostic.

La ponction exploratrice doit être proscrite, car elle expose à des accidents. Elle est d'ailleurs inefficace au point de vue thérapeutique; mieux vaut pratiquer une laparotomie exploratrice, qui confirmera le diagnostic et permettra au chirurgien d'agir d'une façon directe et radicale.

En effet, le seul traitement applicable à ces hématomes enkystés consiste dans l'incision et le drainage, dont la technique est déjà connue. Ce mode d'intervention aurait fourni, d'après Nimier, quatre guérisons et une mort, imputable du reste à une faute opératoire. Les

guérisons seraient survenues au bout d'un mois, six semaines, deux mois.

2° *Apoplexie du pancréas et hémorragie péripancréatique* (pancréatite hémorragique, kystes apoplectiques).

Étiologie et pathogénie. — L'apoplexie du pancréas reconnaît comme causes prédisposantes : l'alcoolisme, l'obésité, la syphilis, l'artério-sclérose; on a aussi incriminé la ménopause et la période menstruelle. Chez un jeune homme obèse dont parle J. Seitz, l'affection était survenue au cours d'un traitement antisyphilitique par des pilules de sublimé.

En général, elle éclate sans cause apparente, quelquefois après un dîner; dans un cas à la suite d'un violent mal de mer.

Mais quelle en est la pathogénie? Les lésions pancréatiques pourraient être expliquées par une innervation vaso-motrice spéciale, amenant des congestions excessives, ou par des lésions artérielles d'artério-sclérose ou dégénérescence graisseuse. Peut-être même y a-t-il à la fois des apoplexies pancréatiques d'origine névropathique et d'origine angiopathique (Mathieu) (1).

À côté de ces cas, on tend à admettre que l'apoplexie du pancréas serait sous la dépendance d'une pancréatite aiguë, de nature infectieuse.

Paul Carnot (2), dans ses études expérimentales sur la pathogénie de la pancréatite hémorragique, a reproduit cette lésion de diverses manières : sous l'influence de causes mécaniques (choc); toxiques (mercure, morphine, acide chlorhydrique); diastatiques (papaïne); toxiniques (toxine diphtérique); infectieuses (colibacille), etc. Se basant sur l'étude des pancréatites hémorragiques provoquées par injection dans le canal de Wirsung d'une dose assez forte de papaïne, l'auteur pense que la pancréatite hémorragique est surtout une lésion d'auto-digestion; les causes provocatrices énumérées ne feraient qu'affaiblir la défense de la glande contre les diastases et les microbes. Celle-ci se laisse alors digérer elle-même, d'où la disparition considérable du parenchyme et sa transformation en un caillot sanguin. Cette lésion, dit toujours Carnot, est à rapprocher de celles de même ordre observées sur d'autres organes capables de s'auto-digérer, ulcère de l'estomac et du duodénum qui s'accompagne également d'hémorragies.

De sorte que les limites entre l'apoplexie du pancréas et la pancréatite hémorragique sont peu tranchées, et il est déjà permis de proclamer l'identité entre ces deux lésions.

Anatomie pathologique. — L'apoplexie pancréatique peut se cantonner dans la glande ou bien s'accompagner de l'apparition de foyers sanguins dans le tissu cellulaire voisin.

(1) MATHIEU, Traité de méd. publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud, 1892.

(2) P. CARNOT, Soc. de biol., 19 février 1898.

Dans le pancréas, on a trouvé soit une simple infiltration, soit des altérations plus sérieuses allant jusqu'à la destruction complète de l'organe ; celui-ci peut mesurer 16, 21 centimètres de long et 6 à 10 centimètres dans le sens de la largeur. Il se présente quelquefois sous l'aspect d'une masse sanguine, de couleur foncée, sans trace de lobules ; la glande semble transformée en un immense caillot. Dans l'observation de Storek, la glande, du poids de treize livres, était représentée par un sac rempli de sang partie grumeleux partie coagulé et commençant à s'organiser.

Dans les cas ordinaires, la coupe de l'organe donne lieu à l'écoulement de sang noir ou de sérosité fortement teintée. Le tissu interstitiel et les acini sont gorgés de sang.

Il peut y avoir des foyers hémorragiques paraissant s'être faits par poussées successives. Certains de ces foyers bien enkystés forment des tumeurs du volume d'une noix, du poing, qui constituent les KYSTES APOPLECTIQUES.

En même temps que ces lésions pancréatiques ou sans qu'il y ait la moindre trace d'hémorragie intraglandulaire, on peut observer une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire autour du pancréas, sous forme de caillots mous ou durs, de coloration rouge foncé ou noirâtre.

Quelquefois le feuillet péritonéal qui recouvre la face antérieure du pancréas est déchiré et le sang s'épanche dans l'arrière-cavité des épiploons. Aussi avais-je raison de dire précédemment que l'épanchement de sang dans cette cavité était le plus souvent, mais non toujours, d'origine traumatique.

On a signalé la présence d'un peu de liquide louche dans le péritoine. Dans deux cas où Sarfert a fait l'examen bactériologique de ce liquide, il a trouvé une fois du colibacille, l'autre fois des microcoques en chaînettes.

Enfin, le tissu glandulaire présente des altérations de dégénérescence graisseuse de l'épithélium sécréteur et des vaisseaux capillaires.

Symptômes. — Le tableau clinique de l'apoplexie pancréatique est calqué, d'après un grand nombre d'observations, sur celui de l'occlusion intestinale suraiguë. Le plus souvent, en effet, chez un sujet bien portant éclate tout d'un coup, sans cause apparente, une violente douleur à maximum épigastrique, douleur accompagnée de ballonnement du ventre, de nausées, de vomissements ; la constipation est la règle. Puis survient rapidement le cortège des phénomènes généraux : refroidissement, petitesse du pouls, faciès péritonéal, collapsus, et la scène se termine par la mort en quelques heures.

Telle est la forme foudroyante, dont l'importance est grande en médecine légale. En effet, que cette forme survienne chez des personnes que l'on trouvera mortes sans aucun renseignement, ou qui

auront rapidement succombé après avoir éprouvé de vives douleurs épigastriques avec quelques vomissements, on sera tenté de conclure à un suicide ou à un crime.

Mais il existe aussi des formes à marche moins rapide, des formes subaiguës. L'affection peut durer quatre, sept, huit jours, quelques semaines, quelques mois même, avec des alternatives d'amélioration ou d'aggravation correspondant à des poussées hémorragiques successives. Dans cette forme prolongée, le malade est exposé à l'apparition d'une thrombose des veines du pancréas et de la veine porte qui amène des symptômes de pyohémie, à la suppuration et à la gangrène de la glande. On a vu aussi des malades échapper à plusieurs crises et succomber longtemps après à une nouvelle attaque.

C'est dans ces formes plus ou moins prolongées que l'on pourra chercher l'existence des signes qui permettront d'établir le diagnostic. Ces signes sont : la tuméfaction de la région épigastrique, la dyspepsie pancréatique et la glycosurie auxquelles viendront se joindre les commémoratifs et la marche de la maladie. La tuméfaction pancréatique, la stéarrhée et la glycosurie ont été signalées dans quelques observations.

On s'est demandé par quel mécanisme se produisait la mort, quelquefois si rapide, chez les malades atteints d'apoplexie du pancréas. Il semble tout d'abord que la terminaison fatale n'est pas due à l'abondance de l'hémorragie.

Thirolloix, expérimentant sur des chiens, injecte quelques gouttes de chlorure de zinc déliquescent dans le canal de Wirsung et constate que les animaux sortaient généralement de leur sommeil chloroformique, geignaient sans cesse, tentaient de se lever ; puis, tout à coup, tombaient morts. A l'autopsie, le pancréas n'était plus représenté que par un caillot noirâtre ; il avait totalement éclaté. La dissection montrait une oblitération absolue, complète, des gros vaisseaux qui accompagnent le canal de Wirsung.

L'injection de poudre de lycopode pratiquée par Lépine dans le bout périphérique de l'artère pancréatique principale a amené en très peu d'heures la production d'un infarctus hémorragique et la mort.

Ces expériences, intéressantes sans doute au point de vue de la pathogénie de l'apoplexie du pancréas, ne nous renseignent nullement sur le mécanisme de la mort.

Stojanovits pose ainsi la question : Une irritation partie du pancréas peut-elle, en agissant sur les vaisseaux, produire soit une anémie cérébrale, soit une dilatation énorme des vaisseaux abdominaux et par suite la syncope ?

Friedreich pense que le gonflement rapide du pancréas amène la compression du plexus solaire et par suite l'arrêt réflexe du cœur.

Sarfert admet une action réflexe sur le cœur en même temps qu'une sorte d'auto-intoxication par les produits de l'intestin. S'ap-

puyant sur les expériences de Hildebrand, de Jung, l'auteur admet que dans ces cas le suc pancréatique agit directement sur l'intestin et provoque des lésions qui favorisent l'action des toxines et permettent aux bactéries de traverser les parois intestinales.

Ces différentes hypothèses ne sont pas encore confirmées.

Le pronostic de l'apoplexie pancréatique, ai-je besoin de le dire, est extrêmement grave.

Quant au diagnostic, il est considéré comme très difficile. Et de fait l'affection a été confondue avec une appendicite, une péritonite, le plus souvent avec un étranglement interne. Dans quelques cas même on est intervenu dans le but bien arrêté de lever un obstacle qui n'existait pas.

Ce qui a rendu longtemps ce diagnostic impossible, c'est que l'apoplexie pancréatique était peu ou pas connue; et ce qui en fait encore la difficulté c'est qu'aujourd'hui même l'affection n'est pas de notion vulgaire. Plus d'un chirurgien, intervenant dans les cas de ce genre, à la suite d'une erreur de diagnostic, n'a même pas songé à chercher la lésion pancréatique.

Tout en reconnaissant qu'il ne sera pas toujours aisé de diagnostiquer une apoplexie pancréatique, je suis persuadé que, dorénavant, grâce aux connaissances que nous possédons sur le sujet, on pourra deviner l'affection, même dans les cas aigus; on devra du moins y songer.

Le diagnostic peut être fait d'une façon plus précise dans les cas subaigus. En effet, lorsque le chirurgien peut suivre son malade, il lui sera permis de constater certains signes qui seront d'un grand secours pour localiser la lésion.

La constatation de la stéarrhée (Chantemesse et Griffon) et du sucre dans les urines mettra déjà sur la voie. Si de ces signes on rapproche la douleur et la tuméfaction à siège épigastrique, le début brusque de l'affection, la marche par accès, on aura de fortes présomptions en faveur d'une lésion du pancréas ou de son voisinage.

Chantemesse et Griffon (1) ont particulièrement insisté sur un caractère de la douleur qui devrait éveiller l'attention du côté du pancréas. La douleur, d'après ce qui leur a été donné d'observer, aurait de la tendance à se porter en bas et à droite, vers la fosse iliaque droite. Ce mode d'irradiation douloureuse, disent ces auteurs, « s'explique aisément par des considérations anatomiques: le mésentère s'insère obliquement sur la paroi abdominale postérieure, depuis la région du pancréas, en haut, jusqu'au cæcum, en bas. Rien d'étonnant alors à ce qu'on ait pu penser, à un certain moment, à une poussée d'appendicite ».

Traitement. — L'intervention chirurgicale dans les cas d'apoplexie

(1) CHANTEMESSE et GRIFFON, *Soc. anat.* Paris, juillet 1897.

pancréatique n'est pas encore nettement établie et ce que je vais dire se rapporte plutôt à ce qu'il y aurait lieu de faire qu'à ce qui a été fait.

Il serait superflu de rappeler que, dans les formes foudroyantes de l'affection, la chirurgie n'a rien à faire. Mais, dans les cas subaigus, lorsque le chirurgien a le temps de chercher à poser un diagnostic et de discuter les indications d'une intervention, quelle conduite doit-il tenir? Dans ces cas, la laparotomie s'impose; cette conduite se trouve justifiée par la gravité des accidents et par l'impuissance du traitement médical.

Plus d'une fois d'ailleurs, faute d'un diagnostic précis, le chirurgien sera amené à pratiquer une laparotomie exploratrice. Il ne devra pas oublier alors d'examiner avec soin la partie supérieure de l'abdomen et plus particulièrement les régions de l'estomac et du pancréas.

Quoi qu'il en soit, s'il existe une lésion du pancréas, après l'ouverture du ventre, le grand épiploon sera incisé, l'estomac relevé et le foyer hémorragique sera attaqué entre ce viscère et le colon transverse.

Mais, comment doit-on se comporter vis-à-vis de l'hématome pancréatique? On ne peut songer à lier les grosses artères d'où proviennent les rameaux pancréatiques: la splénique, l'hépatique, la mésentérique supérieure à son origine; on s'exposerait à amener des troubles circulatoires du côté de la rate, du foie, de l'estomac, de l'intestin grêle.

On devra donc se contenter d'inciser le foyer sanguin (PANCRÉATOMIE), d'évacuer les caillots aussi complètement que possible, de toucher les surfaces saignantes au thermocautère, et de tamponner la cavité avec de la gaze stérilisée dont une des extrémités sortira par un orifice ménagé sur la paroi abdominale. Si, avant d'appliquer le tamponnement, on peut saisir quelques rameaux vasculaires avec des pinces, on les liera. Enfin on pourrait, dans quelques cas, faire une véritable marsupialisation en se servant de la paroi du kyste hématique et du grand épiploon.

Peut-être faudrait-il aussi extirper une portion de l'organe malade! La chose est peu probable étant données la nature et l'étendue des lésions.

On ne peut, à l'heure actuelle, établir le bilan de l'intervention chirurgicale appliquée au traitement de l'apoplexie du pancréas. L'avenir nous apprendra ce qu'elle peut donner.

V. — AFFECTIONS INFLAMMATOIRES.

(*Pancréatite inflammatoire simple.* — *Pancréatite suppurée.* — *Pancréatite gangreneuse.*)

Historique. — L'inflammation du pancréas avec ses conséquences