

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 côlon 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

était connue des anciens auteurs. Tulpius et Greisel ont trouvé, l'un un abcès, l'autre du sphacèle de la glande. Portal, en 1804, donne une bonne description de la pancréatite suppurée et gangreneuse. Plus près de nous, le professeur Arnoz (de Bordeaux) a fort bien exposé l'histoire des pancréatites dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. Puis, sont venus les travaux de Senn, de Fitz (de Boston), avec la division très nette des pancréatites en hémorragiques, suppurées et gangreneuses; de Nimier, de Stojanovitz, de Durand, et l'intéressante communication de Körte au 23^e Congrès allemand de chirurgie tenu à Berlin en 1894. Enfin citons, parmi les travaux tout récents, les thèses de P. Carnot et A. Page, le mémoire de G. Étienne (1) et l'article du *Traité de médecine* de Brouardel, rédigé par Richardière et Carnot.

Division. — L'inflammation du pancréas peut être AIGÜE ou CHRONIQUE. Celle-ci reconnaît pour causes : certaines maladies générales à marche torpide, des intoxications chroniques, l'alcoolisme par exemple (Arnoz), la syphilis, l'altération des organes voisins, (péritonite tuberculeuse, ulcère de l'estomac), la lithiase pancréatique, les calculs de la vésicule et des voies biliaires. L'infection venue de l'intestin joue aussi un grand rôle.

La pancréatite chronique, affection à symptômes obscurs, n'est souvent qu'une simple trouvaille d'autopsie; elle ne présente d'intérêt pour le chirurgien qu'à cause de la possibilité d'une obstruction du cholédoque ou du canal de Wirsung (pathogénie des kystes par rétention) et aussi au point de vue du diagnostic et du pronostic. Riedel, dans un travail publié en 1896 dans la *Berliner klinisch Wochenschrift*, a insisté sur ces lésions chroniques de la tête du pancréas qui simulent à s'y méprendre le cancer, même lorsque, après avoir ouvert le ventre, le chirurgien a la lésion sous les yeux. Sandler (2) a attiré l'attention sur le même fait.

Autrement intéressante est l'étude de la pancréatite aiguë, qui comprend plusieurs variétés : 1^o la PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE, représentant l'inflammation la plus aiguë de la glande; 2^o la PANCRÉATITE AIGÜE SIMPLE; 3^o la PANCRÉATITE SUPPURÉE; 4^o la PANCRÉATITE GANGRENEUSE.

La pancréatite hémorragique a déjà été décrite à propos de l'*apoplexie du pancréas*; quant aux deux dernières variétés, elles ne sont en somme que des modes de terminaison de la pancréatite aiguë dont il est impossible de les séparer nettement à l'heure actuelle.

(1) FITZ, Acute Pancreatitis. The Middleton Goldsmith Lecture for 1887 (*Med. Record*, 1889). — NIMIER, *Rev. de chir.*, loc. cit. — STOJANOVITZ, De l'apoplexie pancréatique, thèse de Paris, 1893. — DURAND, Hémorragie pancréatique, thèse de Paris, 1895. — P. CARNOT, Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites, thèse de Paris, 1898, n^o 213. — A. PAGE, Traitement chirurgical des pancréatites suppurées et gangreneuses, thèse de Paris, 1898. — G. ÉTIENNE, Des pancréatites suppurées (*Arch. de méd. expér.*, mars 1898).

(2) SANDLER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1896, Bd. XI, p. 3.

Elles méritent d'attirer toute l'attention du chirurgien par les désordres qu'elles déterminent et par le traitement qui peut leur être appliqué.

Ce que je vais dire se rapportera donc en grande partie à l'histoire de la pancréatite aiguë; mais je m'efforcerai constamment de ramener la question sur le terrain des abcès et de la gangrène du pancréas, car ce sont là les deux points qui offrent réellement un intérêt chirurgical.

Étiologie et pathogénie. — Les pancréatites simples, suppurées et gangreneuses sont considérées comme des raretés pathologiques. Cependant, déjà en 1889, Réginald Fitz en signalait 22 cas et, depuis cette époque, quelques autres faits nouveaux ont été publiés (thèse de Page).

L'affection s'observe chez l'adulte et presque toujours sur des hommes; ses causes sont nombreuses: fièvres éruptives, fièvre typhoïde, fièvre jaune, impaludisme, septicémies.

L'abcès pancréatique peut résulter aussi de l'ouverture d'un ulcère perforant de l'estomac ou du duodénum. On l'a vu survenir à la suite de la castration. Dans un cas il était dû à la pénétration d'un lombric dans le canal de Wirsung (John Shea); il peut n'être autre chose qu'un kyste pancréatique suppuré. Klebs a même émis cette opinion que tous les abcès du pancréas étaient consécutifs à des péripancréatites ou n'étaient que des kystes suppurés. Norman Moore les place sous la dépendance d'une thrombose de la veine porte. La lithiase pancréatique, la dégénérescence graisseuse et les hémorragies de la glande sont susceptibles d'amener ou plutôt de favoriser l'éclosion d'une suppuration dans l'intérieur de l'organe par les modifications qu'elles apportent dans sa structure et dans son fonctionnement.

On a invoqué encore les excès de table, l'alcoolisme, les entérites prolongées. Ceci m'amène à parler de l'infection intestinale qui, on le devine, doit jouer un grand rôle dans la formation de ces abcès. L'angiopancréatite suppurée (Arnoz) se développerait dans des conditions tout à fait analogues à celles dans lesquelles apparaît l'angiocholite; la migration des agents pathogènes, du duodénum dans le tissu glandulaire, se ferait par l'intermédiaire du canal de Wirsung, comme elle se fait dans le foie par le cholédoque, dans le rein par l'uretère, dans la parotide par le canal de Sténon; c'est la loi de l'infection des glandes en rapport avec une cavité infectée (Albarran, Dupré, Claisse).

En résumé, trois mécanismes d'infection : 1^o par voie sanguine (maladies générales); 2^o par contiguïté (lésions péripancréatiques, telles que ulcère de l'estomac); 3^o par voie ascendante du canal excréteur (angiopancréatite). Mais on ne sait pas pourquoi, dans tel ou tel cas, l'inflammation du pancréas se termine par la suppu-

ration ou par la gangrène. Balser accorde une grande importance pathogénique à la nécrose graisseuse, la *fettneurose* des Allemands, qui peut arriver à amener la séquestration complète de l'organe.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la pancréatite gangreneuse sont variables suivant les cas. Whithney et Harris ont trouvé le pancréas augmenté de volume, transformé en une masse puante, de couleur ardoisée, depuis son extrémité gauche jusqu'à 3 centimètres de sa tête, où se voyait un sillon de séparation entre le mort et le vif; le pourtour de la glande était infiltré de pus de mauvaise nature et la veine splénique était thrombosée.

Dans un cas de Chiari, le pancréas, brun noirâtre, était libre dans l'arrière-cavité des épiploons remplie de pus; la poche purulente communiquait avec le jéjunum et l'estomac. Langerhans signale la présence, derrière l'estomac, d'une cavité communiquant avec l'estomac, le jéjunum, le duodénum, dans l'intérieur duquel avait pénétré la tête du pancréas gangrenée et transformée en une véritable escarre.

Le pancréas est quelquefois complètement détruit et méconnaissable, réduit à une petite masse noirâtre retenue seulement au niveau du duodénum.

Lorsque la nécrose est limitée, l'examen microscopique permet de reconnaître, outre les lésions de pancréatite simple, des détritrus de cellules graisseuses, des gouttelettes de graisse, des cristaux d'hématidine (Moder). Le processus nécrobiotique marche du centre à la périphérie.

Je tiens à bien faire remarquer que suppuration et gangrène vont souvent ensemble; que le sphacèle du pancréas peut s'accompagner de collections intra ou extraglandulaires. C'est donc l'étude du siège, du volume, de la propagation des abcès qui constitue le chapitre réellement pratique dans l'histoire des pancréatites d'ordre chirurgical.

La suppuration du pancréas peut revêtir des formes anatomopathologiques différentes qui se réduisent à 2 grands types: la pancréatite suppurée diffuse, la pancréatite suppurée enkystée.

Tantôt l'organe est le siège d'abcès miliaires pouvant se compter par centaines, dont les plus volumineux atteignent les dimensions d'un pois, d'une lentille.

Tantôt la glande est infiltrée de pus qui fuse le long des canaux et des vaisseaux, véritable phlegmon diffus disséquant; ou bien elle est transformée en une éponge purulente formée de cavités à parois assez nettes communiquant entre elles par des canaux sinueux (Page).

D'autres fois enfin, on ne trouve qu'une seule poche plus ou moins volumineuse (une noix, un œuf de poule, une tête de fœtus), et ces poches ainsi enkystées semblent siéger le plus souvent au niveau de la tête du pancréas.

Il va sans dire que les abcès d'origine kystique (kystes pancréatiques suppurés) se présentent sous l'aspect de collections isolées.

Le contenu de ces collections est épais, jaune verdâtre, ou bien mal lié, riche en graisse, renfermant des grumeaux et des lambeaux de parenchyme sphacélé. Le liquide purulent est quelquefois d'un gris sale, couleur chocolat, conséquence des hémorragies qui se produisent si facilement au niveau du pancréas altéré.

L'examen bactériologique y a décelé la présence de streptocoques, (Körte), du pneumocoque de Fränkel (Dieckhoff), du staphylocoque blanc (Page) et d'autres bacilles ou bactéries sans grande signification; mais le plus souvent on y trouve des colibacilles. On peut conclure de ces faits et des expériences qui ont été pratiquées qu'il n'y a pas un microbe spécifique des pancréatites.

La suppuration pancréatique détermine autour d'elle une péritonite localisée, d'où formation d'adhérences quelquefois protectrices. Le plus souvent, le pus tend à fuser en avant ou en arrière. En avant, il envahit l'arrière-cavité des épiploons; la péritonite y reste en général localisée à cause de l'étroitesse ou de la fermeture complète de l'hiatus de Winslow. En arrière, la suppuration gagne le tissu cellulaire rétropéritonéal et peut ainsi s'étendre fort loin. On l'a vu envahir l'atmosphère cellulo-graisseuse périnéphrétique, descendre derrière le colon descendant jusqu'au ligament de Poupert, jusqu'au détroit supérieur du bassin. Le pus peut encore pénétrer entre les lames du mésentère et du méso-colon transverse. Enfin, il peut s'étendre dans tous les sens à la fois et disséquer tout le tissu cellulaire rétropéritonéal. Dans l'observation de Balser, il y avait une vaste cavité s'étendant des deux côtés du rachis et se prolongeant d'une part derrière le colon ascendant jusqu'au cæcum, d'autre part derrière le colon descendant jusqu'au bassin.

Le pus peut se faire jour dans l'estomac, le duodénum, le colon transverse. Dans un cas d'abcès multiples, deux de ces abcès s'étaient ouverts dans l'estomac et deux autres dans le duodénum. Nous verrons un peu plus loin que dans les cas de Trafoyer et Chiari des morceaux de pancréas sphacelés ont été éliminés dans les selles.

Ce n'est pas tout. Le duodénum, le cholédoque, la veine cave, peuvent être comprimés; il peut se déclarer une péritonite aiguë généralisée par propagation ou perforation de la séreuse. Le diaphragme est quelquefois infiltré, épaissi, et peut être le siège de petits abcès.

On a trouvé de la pleurésie sèche ou avec épanchement. On a noté, dans le foie, la présence d'un ou de plusieurs foyers de suppuration; souvent la veine splénique et la veine porte étaient thrombosées. Dans un cas de Chiari, l'artère pancréatique était ulcérée. Enfin on a trouvé de la méningite et des embolies pulmonaires. La rate est le plus souvent normale.

Symptomatologie. — Il est indispensable de faire observer que l'on ne peut pas établir des rapports bien précis entre les différentes variétés cliniques et anatomo-pathologiques des pancréatites. Tout ce que l'on peut dire, et l'indication est importante, c'est que les abcès du pancréas semblent procéder d'une façon plus lente, plus sourde, avec une allure subaiguë ou même chronique. Quoi qu'il en soit, en se basant sur la plus ou moins grande intensité des symptômes du début et sur la marche de l'affection, il est permis de décrire trois formes de pancréatites simples ou suppurées : la forme aiguë, la forme subaiguë, la forme chronique.

FORME AIGÜE. — Avec des phénomènes gastro-intestinaux antérieurs, quelquefois même en pleine santé, la maladie éclate brusquement par une douleur extrêmement violente, exagérée au moindre mouvement, étendue à tout le ventre ou, le plus souvent, localisée sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Cette douleur s'accompagne de vomissements très pénibles, pouvant devenir incoercibles, mais pouvant aussi apporter un soulagement momentané. Une constipation opiniâtre est la règle; la diarrhée, observée quelquefois au début, ne survient en général que plus tardivement.

La fièvre, rarement élevée, n'apparaît que vers le troisième jour. On observe quelquefois du hoquet et des frissons.

Le faciès est celui de la péritonite : yeux excavés, nez pincé, avec respiration pénible. La prostration est très marquée; le pouls est rapide, petit, filiforme, les extrémités sont refroidies, le corps est couvert de sueurs froides. Le malade fléchit instinctivement ses jambes sur ses cuisses et ses cuisses sur son bassin, pour relâcher sa paroi abdominale. C'est qu'en effet le ventre tout entier, mais surtout la région épigastrique, est ballonné et sensible à la pression.

La mort peut survenir au bout de vingt-quatre, trente-six, quarante-deux heures; au bout de deux jours, de trois jours.

FORME SUBAIGÜE. — Le début est aussi dramatique que dans la forme aiguë; mais les symptômes sont moins alarmants quant à leur intensité et la terminaison fatale est moins rapide. La marche de l'affection peut présenter une double éventualité : ou bien les symptômes vont en s'amendant, puis survient une nouvelle crise, bientôt suivie d'une période d'amélioration et ainsi de suite, ou bien, malgré la disparition des signes du début, le malade reste prostré, s'amaigrissant et s'affaiblissant à vue d'œil.

La forme subaiguë, à peu près fatalement mortelle, peut durer quinze jours, un ou plusieurs mois.

FORME CHRONIQUE. — La forme chronique dès le début est de beaucoup la plus rare; nous ne la trouvons guère que dans un sixième des cas (Page). Elle est caractérisée par un état de faiblesse

et d'émaciation progressives que rien ne peut expliquer. Il y a de l'anorexie, quelquefois un peu d'ictère et de la diarrhée.

Si on examine le foie, on le trouve augmenté de volume. Il n'y a pas de fièvre; la douleur abdominale est nulle ou insignifiante. On serait quelquefois tenté de songer à l'existence d'une péritonite chronique. Le malade finit par mourir d'épuisement, mais cela au bout de deux, quatre, cinq mois; la maladie peut durer un an.

Enfin, il existe une autre forme, pour ainsi dire intermédiaire entre les deux précédentes : la douleur est peu appréciable, il y a de l'affaiblissement progressif, comme dans la forme chronique; mais, on observe parfois des accès fébriles avec frissons, et il peut y avoir des vomissements fréquents, comme dans la forme subaiguë.

Il me reste à parler de certains signes des formes subaiguë et chronique, signes que l'on ne peut songer à trouver dans la pancréatite aiguë à cause de l'évolution rapide de cette forme. Pour que ces signes existent et soient perceptibles, il faut que la maladie ait une certaine durée.

J'ai déjà signalé en passant l'amaigrissement, la diarrhée et l'ictère; je reviens d'abord plus complètement sur ces trois signes.

L'amaigrissement est presque constant dès que l'affection a dépassé quelques jours. Il marche avec une rapidité étonnante; le malade d'Atkinson avait perdu quarante livres en quelques semaines. Celui qui fait l'objet de la première observation de Page était devenu, dans les quinze derniers jours, d'une maigreur extrême. Et le fait est d'autant plus frappant qu'on a souvent affaire à des malades obèses qui fondent littéralement (Page). Parallèlement à l'amaigrissement survient une asthénie progressive.

La diarrhée est aussi un symptôme très fréquent des pancréatites subaiguë ou chronique. Elle succède le plus souvent, vers le troisième ou quatrième jour, à la constipation du début. Elle peut éclater brusquement, après des crises douloureuses à l'épigastre; il s'agirait alors de l'ouverture d'une collection purulente dans l'intestin. La présence du pus dans les selles, venant encadrer la symptomatologie de la pancréatite, serait un bon élément de diagnostic. D'après Körte, l'irruption du pus dans le tube intestinal constituerait l'origine des selles graisseuses.

Je puis ajouter dès maintenant que l'existence des selles graisseuses ni celles des vomissements graisseux ou de la sialorrhée n'est signalée dans aucune observation de pancréatite.

Dans les cas de Witton, il y eut des vomissements de pus.

L'ictère existerait dans environ un tiers des cas, avec toutes les teintes, de la plus claire à la plus foncée (Page). Il peut reconnaître pour cause la compression du cholédoque, la lithiase biliaire, compagnie habituelle de la pancréatite, l'angiocholite.

Les autres signes des pancréatites ayant quelque durée sont :

l'ascite et l'œdème des membres inférieurs, plusieurs fois signalés, et dus à des compressions pancréatiques ou péripancréatiques; le diabète et la constatation d'une tumeur.

Dans cinq observations seulement on a trouvé du sucre dans les urines et ces observations se rapportent à des pancréatites de longue durée. Dans le premier cas de Page, l'expérience de la glycosurie alimentaire ne donna aucun résultat. Le diabète est donc chose rare dans les inflammations et suppurations du pancréas. Plus souvent on a trouvé de l'albumine dans les urines.

La tumeur ou tuméfaction déterminée par la suppuration du pancréas n'est pas toujours facilement perceptible. Sa présence était rarement notée dans les premières observations; depuis que l'affection est mieux connue, on s'est évertué à la chercher et on l'a constatée assez souvent. Cette tumeur peut se présenter sous différents aspects : tuméfaction arrondie, légèrement proéminente, s'étendant du rebord costal jusqu'au-dessous de l'ombilic et en dehors vers la région lombaire; tumeur épigastrique mal délimitée; résistance et empatement de la région épigastrique gauche, s'étendant à la région lombaire; saillie très nette dans la région lombaire gauche. Enfin, la tuméfaction dans les cas de fusées rétropéritonéales pourrait être sentie dans la région lombaire droite, dans les fosses iliaques, dans le ligament large chez la femme.

La tumeur ou tuméfaction est peu mobile, ne suit pas en général les mouvements respiratoires et donne à la percussion une matité qui peut être voilée par la sonorité stomacale ou colique. On a pu, après insufflation de l'estomac et du côlon transverse, se rendre compte de la situation de la tumeur par rapport à ces deux organes.

Le foie et la rate conservent, c'est presque une règle, leur volume normal.

Pronostic des abcès et de la gangrène du pancréas. — Ce pronostic est très sombre. Sans doute les lésions de la pancréatite simple peuvent ne pas aboutir à la suppuration ou à la gangrène, et même on a vu la guérison survenir après ouverture de l'abcès dans l'intestin et l'élimination du pancréas nécrosé, tels les deux malades de Trafoyer et Chiari qui, après de violentes coliques, rendirent dans les selles une masse sphacélée que l'on reconnut être le pancréas. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels, et la mort est la terminaison à peu près fatale des pancréatites suppurées et gangreneuses abandonnées à elles-mêmes.

Le malade peut succomber dès les premiers jours dans le collapsus; ou il peut être emporté par une rechute, ou bien encore, si la maladie suit son cours, il succombe à la cachexie, à l'infection ou à une complication telle que pleurésie, péricardite, fusées purulentes, perforation vasculaire.

Le pronostic a été amélioré par l'intervention chirurgicale, puisque

sur douze opérés on compte six guérisons. Certes, le pourcentage de la mortalité est encore trop élevé, mais il est loin d'être aussi terrifiant qu'avant la période opératoire.

Diagnostic des pancréatites suppurées et gangreneuses. — Il était impossible autrefois; aujourd'hui encore il est entouré de grosses difficultés. Cependant il a déjà été posé dans quelques cas et les connaissances que nous possédons actuellement sur la chirurgie du pancréas permettent d'espérer, que dis-je, d'affirmer que dorénavant les lésions inflammatoires du pancréas seront plus souvent reconnues ou du moins soupçonnées.

Dans les formes aiguës et à la période de début, le diagnostic est extrêmement difficile, car l'on sera tenté de songer à un empoisonnement, à une gastro-entérite, à une colique hépatique, à une péritonite par perforation, à une occlusion intestinale, à une appendicite.

Plus tard, on pourra confondre l'affection avec une tumeur stomacale ou hépatique, avec une péritonite chronique, avec un phlegmon périnéphrétique.

Pour éviter l'erreur, il faut se rappeler : 1° que les lésions pancréatiques ne sont point aussi rares qu'on l'avait cru; 2° qu'elles s'accompagnent souvent de signes qui, sans être tout à fait pathognomoniques, doivent cependant attirer l'attention du chirurgien et le guider dans la localisation du mal; 3° que l'insufflation de l'estomac et du côlon permettent de se rendre compte de la position de ces organes par rapport à une tumeur pancréatique quand celle-ci est perceptible. La constatation d'une tumeur profondément située derrière l'estomac, associée aux signes ordinaires, a permis à Fitz, Thayer, Elliot, Cutler, Körte, de faire le diagnostic de pancréatite (Page).

Traitement des pancréatites suppurées et gangreneuses. — Les indications de l'intervention ne sont pas discutables si la lésion pancréatique est diagnostiquée ou soupçonnée. Vider une collection purulente ou putride est un précepte chirurgical trop connu pour que j'aie besoin d'y insister; mais, à la période aiguë, avant la formation de l'abcès, on doit s'abstenir à cause du mauvais état général du malade, et aussi parce que l'intervention n'a pas sa raison d'être à cette période de la maladie.

A l'exemple de Page, je considérerai les deux éventualités suivantes : 1° la lésion est limitée au pancréas; 2° il y a une collection péripancréatique.

1° *Lésion limitée au pancréas.* — Senn, dit-on, en 1887, a le premier conseillé d'intervenir dans les cas d'abcès du pancréas. Cependant, Körte nous apprend qu'en 1845, Wandersleben (1) aurait ouvert un abcès pancréatique. Le malade mourut, probablement de phtisie,

(1) WANDERLEBEN, *Casper's Wochenschrift für gesammte Heilkunde*, 1845, p. 729. Je n'ai pas tenu compte de ce cas.

cinq mois et quelques jours après l'opération. Si la glande est infiltrée de pus ou farcie de petits abcès, il faut, dit Senn, s'abstenir de toute intervention. Si le foyer est limité à la queue de l'organe, on en pratiquera l'extirpation ; si celle-ci est impossible, on se contentera de drainer. C'est cette dernière conduite qu'il recommande lorsque l'abcès est limité et siège au niveau du corps et de la tête. Ces principes s'appliqueraient aussi aux cas de gangrène.

Ces vues théoriques de Senn n'ont pas encore reçu de consécration pratique, et il n'existe pas à l'heure actuelle d'observation où il soit dit que la chirurgie est intervenue pour une lésion suppurée ou gangreneuse limitée au pancréas.

2° *Il y a une collection péripancréatique.* — Page, dans sa thèse, a pu en réunir douze cas avec intervention ; ces douze cas appartiennent à Rosenbach, Pearce Gould, Walsh, Thayer, Elliot, Richardson, Fränkel, Aimé Guinard et Körte, ce dernier possédant quatre interventions à son actif.

Manuel opératoire. — Les collections pyogangreneuses d'origine pancréatique peuvent être attaquées par trois voies différentes qui sont : la voie *transpéritonéale*, la voie *lombaire*, la voie *transpleurale*.

1° *Voie transpéritonéale.* — C'est la voie classique ; elle a été suivie huit fois sur douze. Le plus souvent, le chirurgien pratiquera la laparotomie médiane sus-ombilicale (six fois). Rosenbach lui a ajouté une incision transversale. Walsh fit une incision oblique partant de la xiphéide et se dirigeant à gauche, à égale distance de l'ombilic et du rebord costal. Körte incisa une fois à gauche de l'ombilic, directement sur la tumeur.

Le ventre ouvert, le chirurgien passe entre l'estomac et le côlon transverse, en effondrant l'épiploon gastro-côlique. Puis, il s'occupe de protéger la cavité péritonéale, soit en suturant la poche aux lèvres de la plaie abdominale, soit en plaçant des compresses autour, si la tumeur est trop profondément située. Il est prudent, dans ces cas, de suturer l'épiploon au péritoine pariétal. On ne devra d'ailleurs l'inciser qu'après l'avoir vidée par la ponction. Enfin, la poche est nettoyée, tamponnée et drainée.

Pearce Gould et Körte ont, chacun dans un cas, établi une contre-ouverture en arrière, sous la douzième côte, en dehors du rein. Le premier de ces opérateurs referma ensuite la plaie abdominale antérieure.

2° *Voie lombaire.* — Elle n'a été suivie que par Körte (dans trois cas sur quatre opérés). Dans un premier cas, il fit une incision horizontale qu'il dut agrandir quelques jours plus tard en avant et en bas. Dans les deux autres cas, il pratiqua une large incision partant de la partie antérieure de la crête iliaque et se dirigeant en haut et en arrière jusqu'à la douzième côte.

La voie lombaire, applicable aux collections rétropéritonéales,

présente l'avantage d'être extrapéritonéale. Mais elle offre l'inconvénient de ne pas donner un assez large accès vers le pancréas lui-même.

3° *Voie transpleurale.* — Voie d'exception, qui peut être indiquée dans certains cas particuliers. Voici ce qu'en dit Page : « C'est cette voie que M. Aimé Guinard a suivie dans son cas. Une ponction exploratrice pratiquée dans le neuvième espace intercostal avec une longue aiguille avait ramené du pus ; comme on ne sentait rien en avant, le mieux était de suivre la voie tracée par la ponction ; la neuvième côte fut largement réséquée ; on trouva, comme on s'y attendait, de la pleurésie adhésive, et l'abcès put être ouvert et drainé très largement à travers une plaie diaphragmatique. L'intervention a été couronnée de succès, et, quoiqu'elle soit de date trop récente, on peut dès maintenant considérer la malade comme guérie.

« Cette manière de faire est certainement la meilleure dans les cas analogues où l'on ne trouve rien en avant, et où on a comme guide une ponction exploratrice faite auparavant. »

Les résultats des interventions pour pancréatites suppurées et gangreneuses ont été établis par Page comme suit : sur douze opérations, on compte six guérisons et six morts. Deux fois la mort est survenue le jour même de l'opération ; dans trois cas elle a reconnu pour cause la continuation des symptômes. Dans le cas de Fränkel, l'écoulement du pus dans le péritoine, au cours de l'opération, amena l'apparition d'une péritonite généralisée.

Des six malades guéris, cinq n'ont rien présenté de spécial au point de vue des suites opératoires. La sixième, une malade de Körte, eut une fistule qui donnait un liquide alcalin produisant des érosions sur les bords de la plaie ; ce liquide émulsionnait les graisses. Deux ans plus tard, la malade devenait diabétique.

VI. — TUMEURS DU PANCRÉAS.

On trouve dans le pancréas des tumeurs liquides (des kystes) et des tumeurs solides. Nombre de kystes pancréatiques sont, ainsi que nous le verrons plus loin, des cysto-épithéliomés et constituent des tumeurs à la fois solides et liquides. Mais il est bien entendu, une fois pour toutes, cette réserve faite, que nous conserverons très nettement la division des tumeurs du pancréas en tumeurs liquides et solides.

1° TUMEURS LIQUIDES. KYSTES DU PANCRÉAS.

Les kystes du pancréas peuvent être divisés en : 1° *kystes hydatiques* ; 2° *kystes sanguins, kystes apoplectiques* ; 3° *kystes traumatiques, pseudo-kystes* de Körte ; 4° *kystes glandulaires*.