

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 *lomulaire*, 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 xiphoidé 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 lomulaire.* — 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 lomulaire, 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*.

On ne connaît que 5 cas de KYSTES HYDATIQUES du pancréas et ils n'ont été reconnus qu'à l'autopsie (1).

Quant aux kystes HÉMATIQUES et APOPLECTIQUES et aux pseudo-kystes, leur histoire est trop intimement liée à celle des traumatismes et des hémorragies du pancréas pour qu'il soit possible d'en faire une étude spéciale à cette place.

Restent donc les kystes glandulaires, qui constituent, à proprement parler, les véritables kystes du pancréas.

**Kystes glandulaires. — Historique.** — Si l'on peut attribuer à Bécourt la publication des deux premiers cas de kystes du pancréas, il faut reconnaître que c'est en 1885 que commence l'histoire réellement intéressante de l'affection, avec le rapport de M. Le Dentu à la Société anatomique de Paris. Puis viennent les importants mémoires de Senn et de J. Bœckel (de Strasbourg) (2), la thèse de Roux et la communication de Hartmann au Congrès de chirurgie. En 1892 paraît la thèse de Faucillon et l'année suivante le travail de Nimier. Vergez (de Bordeaux), en 1894, fait connaître, dans une revue bibliographique, de nouveaux faits qui plaident en faveur de la nature néoplasique des kystes du pancréas. Nous trouvons en 1897 la thèse de Bas (de Lyon) et l'intéressante discussion de la Société médicale de Londres. Enfin, tout récemment, mon élève, M. Adoue, a bien voulu, sur mes conseils, exposer l'état actuel de la question dans sa thèse inaugurale.

**Anatomie pathologique.** — Ces kystes peuvent avoir leur point de départ dans toutes les parties de la glande, mais c'est surtout au niveau de la queue que se trouve leur siège de prédilection; puis viennent le corps et enfin la tête.

Sur 22 cas relevés par Hagenbach (3), le kyste siégeait 10 fois dans la queue, 4 fois dans la tête, 1 fois dans le corps; 7 fois le siège n'est pas indiqué. Les 30 nouveaux cas rapportés par J. Bœckel donnent: queue 6 fois; corps 2 fois; tête et corps, 1 fois; tête, corps et queue, 1 fois; le siège n'a pu être déterminé dans 20 cas. Nimier relève 10 nouvelles observations, dont 2 sans indication de siège; les autres signalent 5 fois la queue et 3 fois le corps. Au total, conclut cet auteur, le kyste siégeait 21 fois dans la queue, 6 fois dans le corps, 4 fois dans la tête, 1 fois dans la tête et le corps, enfin 1 fois il intéressait tout l'organe.

(1) MASSERON, thèse de Paris, 1881.

(2) BŒCKEL, Des kystes pancréatiques. Paris, 1891. — ROUX, Étude anatomo-pathologique du cancer et des kystes du pancréas, thèse de Paris, 1891. — HARTMANN, Note sur les kystes du pancréas (*Congrès franç. de chir.*, 1891). — FAUCILLON, Kystes séreux du pancréas, thèse de Paris, 1892. — NIMIER, *Revue de chirurgie*, loc. cit. — VERGEZ, De l'extirpation totale des kystes du pancréas (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895). — BAS, Des kystes volumineux du pancréas, thèse de Lyon, 1897. — ADOUE, Contribution à l'étude des kystes glandulaires du pancréas, thèse de Bordeaux, 1898.

(3) HAGENBACH, thèse de Leipzig, 1887. Inaugural Dissertation

Ils peuvent être uniques ou multiples. Ceux-ci, représentés quelquefois par des dilatations en chapelet sur le canal de Wirsung ou disséminés dans la glande (ACNÉ PANCRÉATIQUE DE KLEBS), sont en général d'un petit volume, d'une tête d'épingle à une orange.

Les kystes uniques sont plus intéressants par leur volume et leur symptomatologie. Bas, dans sa thèse, a insisté sur la division des kystes du pancréas d'après leur volume et il distingue nettement: 1° les petits kystes séreux rencontrés dans les autopsies et qui n'avaient, pendant la vie du sujet, provoqué aucun phénomène appréciable; 2° les kystes plus ou moins volumineux révélant leur présence par une tumeur au début toujours sus-ombilicale et donnant lieu à des accidents divers. Ces derniers atteignent souvent les dimensions d'un tête de fœtus, quelquefois d'une tête d'adulte, et arrivent même à égaler les gros kystes de l'ovaire; telle l'observation de Bozeman, dans laquelle le kyste pesait 20 livres et demie, et celle de Zeemann et Oser, dans laquelle la tumeur présentait le volume de deux têtes d'adulte. Les kystes du pancréas peuvent contenir 2, 4, 5, 10 litres de liquide; celui dont parle Martin contenait 15 litres.

La forme de ces kystes est généralement arrondie, leur surface lisse et régulière, quelquefois parsemée de saillies inégales. Le pédicule est toujours court, seul Bozeman a rencontré un pédicule un peu long.

Le tissu pancréatique est en général étalé et disséminé à la surface de la tumeur; le pancréas paraît quelquefois avoir totalement disparu; on a trouvé la glande comme séparée en deux parties par le kyste.

Le siège et les rapports du pancréas nous expliquent la marche que suivent les kystes à mesure qu'ils se développent. Ils ne peuvent se porter qu'en avant, car ils sont arrêtés en arrière par la colonne vertébrale et le plan résistant formé par les dernières côtes et le carré des lombes. Point essentiel: la tumeur occupe l'espace rétropéritonéal et fait saillie dans l'arrière-cavité des épiploons, se mettant ainsi en rapport avec la face postérieure de l'estomac, le méso-côlon transverse et le grand épiploon.

Lorsque la tumeur acquiert un certain volume, elle peut prendre deux directions: tantôt elle passe entre l'estomac et le côlon qu'elle refoule en bas. Dans ces conditions, la tumeur est recouverte par le grand épiploon; sa partie supérieure est cachée par la grande courbure de l'estomac, et à la partie inférieure se voit le côlon transverse (fig. 2). D'autres fois, le kyste se porte directement vers la partie inférieure de l'abdomen, et le côlon transverse soulevé vient se placer à la partie supérieure de la tumeur (fig. 3). Quelle que soit la direction prise, l'intestin grêle est refoulé en bas et sur les côtés, et le kyste est recouvert par le grand épiploon, qui le sépare de la paroi abdominale.

Dans des cas très rares, la tumeur a fait saillie sous l'épiploon gastro-hépatique et est venue se placer entre le bord inférieur du foie et l'estomac (fig. 4).

Les kystes du pancréas, en se développant, peuvent comprimer divers organes : le pylore, le duodénum, le cholédoque, l'uretère; des

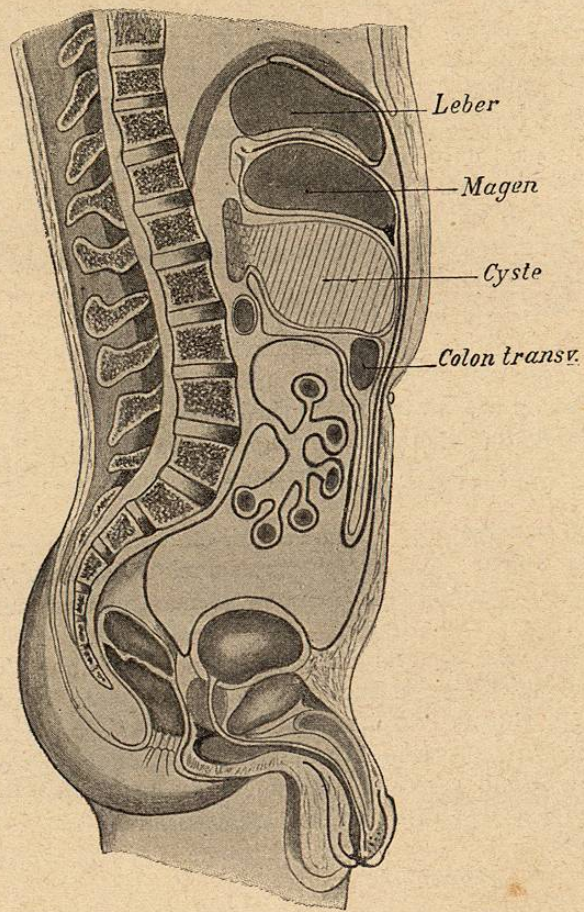


Fig. 2. — Kyste du pancréas développé entre l'estomac et le colon transverse; le ligament gastro-côlique est placé en avant de la tumeur (Körte, *Deutsche Chirurgie*).

vaisseaux, tels que l'aorte, la veine cave inférieure, la veine porte, les vaisseaux spléniques, les vaisseaux mésentériques supérieurs; enfin, le plexus solaire.

Ce qu'il importe de mieux connaître, au point de vue opératoire, ce sont les changements apportés par le développement de la tumeur dans la disposition des vaisseaux; malheureusement, ces rapports ne sont pas bien établis. Les vaisseaux spléniques ont été trouvés en

avant ou en arrière de la tumeur, lui adhérent d'une façon intime; la veine a été trouvée très dilatée; ces vaisseaux ont été quelquefois sectionnés sans qu'on ait diagnostiqué leur origine. On a cru trouver en avant du kyste les vaisseaux mésentériques supérieurs et une

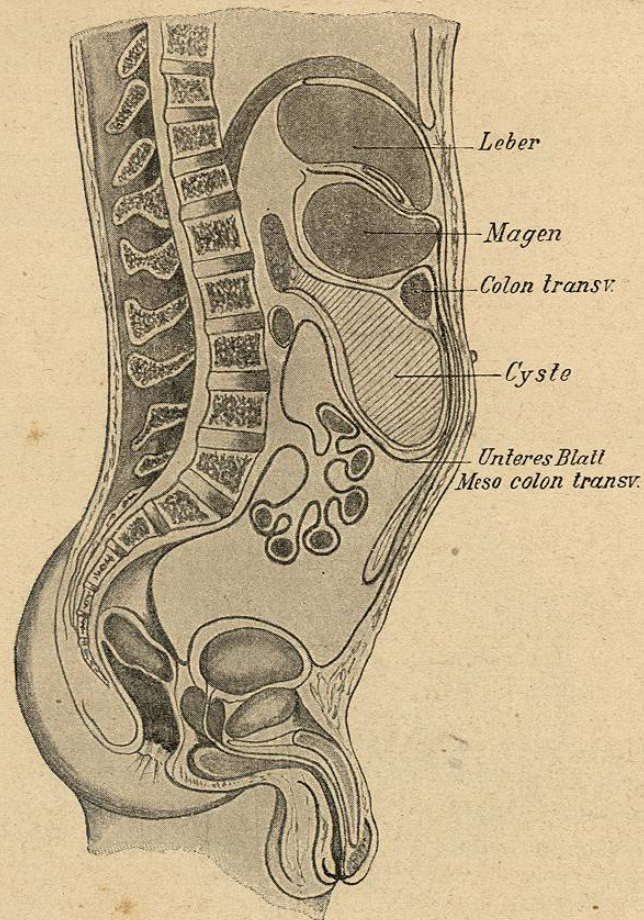


Fig. 3. — Kyste du pancréas développé entre les feuilletts du méso-côlon transverse. Le colon transverse est situé au-dessus de la tumeur (Körte, *Deutsche Chirurgie*).

veine coronaire stomacalique énorme. On comprend l'importance de ces dispositions.

Des adhérences peuvent s'établir entre le kyste et les organes voisins, l'estomac, le colon, la veine cave inférieure, l'épiploon et même l'aorte.

Ces adhérences sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins résistantes, plus ou moins serrées, plus ou moins vasculaires. Elles

ont quelquefois gêné le chirurgien et l'ont empêché de pratiquer l'extirpation totale de la tumeur.

A la coupe, les kystes glandulaires du pancréas peuvent se présenter sous plusieurs aspects. Quelquefois, il existe une grosse cavité kystique unique ou bien plusieurs cavités plus ou moins

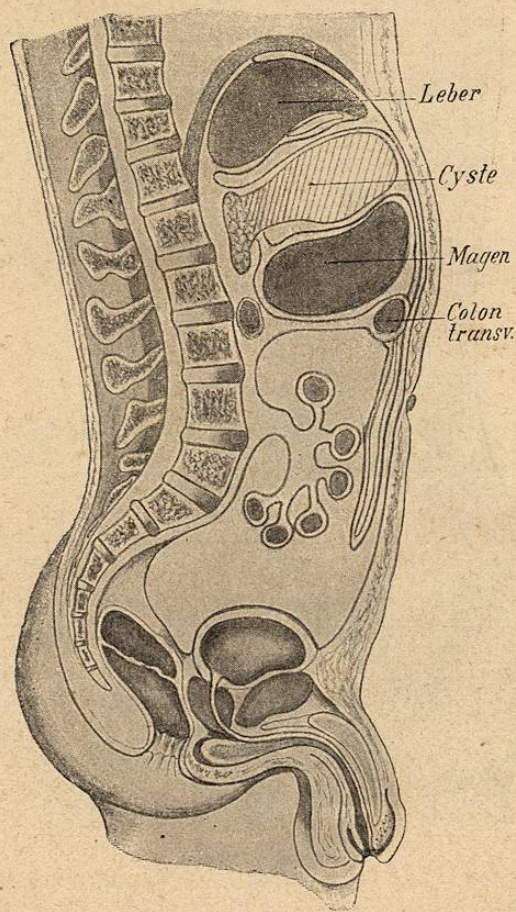


Fig. 4. — Kyste du pancréas développé entre le foie et l'estomac, et situé derrière le petit épiploon (Körte).

grandes, mais dont l'une est beaucoup plus volumineuse que les autres. Cette variété est à rapprocher des kystes uniloculaires de l'ovaire. D'autres fois, c'est un ensemble de petites cavités multiples d'un égal volume ou à peu près. Ce n'est pas un véritable kyste, il s'agit plutôt d'une dégénérescence kystique.

L'examen histologique de la paroi de ces kystes nous apprend qu'elle est formée par un revêtement externe, qui n'est autre que

l'endothélium péritonéal, et par une couche conjonctive, d'épaisseur variable, quelquefois très mince, mais le plus souvent résistante, renfermant même des nodules fibreux et des plaques calcaires et pouvant présenter une épaisseur de 1 à 4 centimètres, puis par une couche d'épithélium cubique ou cylindrique. La paroi interne peut être lisse, ou hérissée de végétations creusées de cavités en communication avec la cavité principale et tapissées aussi d'épithélium cylindrique.

La glande pancréatique est plus ou moins altérée. Le plus souvent, son tissu est détruit et remplacé par places par du tissu cellulo-adipeux ou fibreux.

Le contenu des kystes du pancréas est quelquefois clair, citrin, mais très souvent brunâtre, noirâtre, couleur chocolat, renfermant des caillots, indices d'une hémorragie intrakystique due à un traumatisme ou à d'autres causes, parmi lesquelles on a invoqué l'autodigestion du pancréas. Dans l'observation de Bull, le liquide était dicroïque, vert sombre à la lumière réfléchie, rouge mat à la lumière directe. Dans celle de Sharkéy, il présentait des reflets irisés que l'auteur explique par la présence de paillettes de cholestérine. Sa densité est plus forte que celle de l'eau : 1.015 d'après Bull, 1.610 et 1.016 d'après Hartmann. Sa consistance est souvent visqueuse, sa réaction alcaline.

Les examens microscopiques et chimiques y ont décelé la présence de globules rouges, de leucocytes, de cholestérine, de graisse, de débris cellulaires, de l'albumine, de la paralbumine, de la mucine, de l'urée.

Dans le cas de Bull, il y avait 0,27 p. 100 de glucose.

Le spectroscope a décelé quelquefois de l'hémoglobine et de la méthémoglobine.

On s'est occupé de rechercher si le liquide kystique possédait les propriétés digestives et les réactions physiologiques du suc pancréatique. On a pu constater que dans quelques cas il saccharifiait l'amidon, émulsionnait les graisses et même digérait l'albumine.

Donc, dans certains cas, le liquide des kystes du pancréas peut se rapprocher par ses caractères du suc pancréatique; mais le plus souvent il est comparable aux autres liquides kystiques.

**Étiologie et pathogénie.** — Si Stiéda a observé un cas de kyste glandulaire du pancréas chez un vieillard de soixante-seize ans et Scharborn un autre chez un enfant de quatre ans, c'est en général à l'âge adulte que se voit cette affection.

D'après la statistique de Bas, elle serait aussi plus fréquente chez la femme que chez l'homme : 15 fois chez la femme, 9 fois chez l'homme. Le même auteur note cette particularité intéressante, la concomitance du kyste avec la grossesse, dont la marche n'est pas enrayée; cette coïncidence est notée dans 5 cas. L'accouchement n'est pas influencé par la présence de la tumeur.

**Pathogénie.** — Deux théories sont en présence pour expliquer la pathogénie des kystes glandulaires du pancréas : 1° la théorie de la rétention ; 2° la théorie néoplasique.

La théorie des *kystes par rétention* a été chaudement défendue par Senn en Amérique, et par Jules Bœckel en France. D'après cette théorie, toute cause d'oblitération du conduit principal de la glande ou d'un de ses affluents amènerait la rétention des produits de sécrétion en arrière de l'obstacle, d'où la formation d'un kyste. Ces causes d'oblitération peuvent être représentées par l'enclavement de calculs dans les conduits pancréatiques, par la rétraction cicatricielle consécutive à une inflammation ou à un traumatisme, par le cancer ou la cirrhose du pancréas, par les calculs du cholédoque arrêtés près de son embouchure, dans le duodénum, par un simple état catarrhal, enfin par les coudures du canal excréteur consécutives au déplacement du pancréas.

C'est en somme la pathogénie générale des kystes par rétention signalée sur d'autres glandes, et, grâce à cette analogie, Virchow avait désigné les kystes du pancréas sous le nom de GRENOUILLETES PANCRÉATIQUES.

Mais on sait que cette théorie de la rétention a été battue en brèche pour certaines glandes. Il est juste de dire cependant que les propriétés du liquide, quelquefois identiques à celles du suc pancréatique, et les rapports de la tumeur, ne permettent pas de rejeter d'une façon absolue l'existence des kystes par rétention.

La *théorie néoplasique* est plus récente et a déjà acquis une grande valeur. Hartmann, dans une communication au Congrès de chirurgie en 1891, s'est efforcé de faire de tous ces kystes des cysto-épithéliomes analogues à ceux de l'ovaire. Cette opinion s'explique très aisément si l'on s'appuie sur les examens histologiques qui dénotent, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'existence dans les kystes du pancréas d'une couche interne d'épithélium cylindrique, de végétations creusées de cavités communiquant avec la cavité principale et tapissées comme elle d'un épithélium cylindrique. Ce sont là des analogies très nettes avec les cysto-épithéliomes de l'ovaire, dont la pathogénie semble aujourd'hui bien établie. L'observation de Gould vient encore à l'appui de l'origine néoplasique de ces kystes. Dans ce cas, en effet, un néoplasme malin se développa secondairement sur l'orifice de la fistule consécutive à la marsupialisation d'un kyste pancréatique. Ajoutons que, dans deux cas (Ménétrier et Hartmann), on a trouvé des noyaux cancéreux dans le foie.

« En résumé, dit Adoue, nous croyons avec Nimier qu'il existe deux sortes de kystes primitifs du pancréas : des kystes néoplasiques, véritables cysto-épithéliomes vraisemblablement susceptibles de généralisation ; et aussi, des kystes par rétention, dont les causes prochaines sont mal connues, sauf en ce qui concerne les calculs, mais dont

l'existence ne saurait être mise en doute. Si l'examen du liquide peut fournir des présomptions en faveur de la nature de ces kystes, c'est surtout l'examen anatomique macroscopique et microscopique qui fournira des indications plus précises.

Les kystes par rétention vrais sont uniloculaires à parois fibreuses et communiquent avec un canal excréteur de premier ou de deuxième ordre. Les kystes néoplasiques, au contraire, n'ont pas de communication habituelle avec les canaux. Ils sont multiloculaires ou uniloculaires, avec des parois infiltrées de petits kystes ou de végétations nombreuses, et ils sont tapissés intérieurement d'un épithélium cylindrique.

Je rappelle en terminant la division pathogénique donnée par Bas. D'après cet auteur, les kystes du pancréas seraient de nature diverse : les uns seraient dus à une pancréatite superficielle, sorte de cirrhose (Tilger) ; les autres seraient des adénomes transformés en épithéliomes mucoïdes (Hartmann) ; les derniers, enfin, seraient dus à une monstruosité du développement, sorte d'adénome fœtal (Poncet et Dor).

**Symptomatologie.** — La période de début est généralement assez obscure. Elle est caractérisée par des douleurs qui occupent surtout la région épigastrique et surviennent sous forme d'accès ; ce sont les *névralgies cœliaques* de Friedreich. Ces douleurs peuvent être très vives, mais représentées, d'autres fois, simplement par des sensations vagues de pesanteur. Elles sont accompagnées de troubles dyspeptiques ; un peu plus tard apparaissent des phénomènes qui dénotent l'altération du pancréas : le diabète sucré, la diarrhée, la stéarrhée, l'amaigrissement.

Le diabète s'observe rarement. Les expériences ont d'ailleurs démontré que pour produire le diabète il fallait pratiquer l'extirpation totale du pancréas ; or, dans les kystes de cet organe il reste, en général, une portion intacte. La diarrhée a été observée très fréquemment. La stéarrhée ou selles graisseuses est exceptionnelle ; c'est à peine si Bœckel en cite une seule observation. Ce symptôme n'est du reste pas pathognomonique d'une affection du pancréas, car la bile peut suppléer à l'absence de suc pancréatique.

L'amaigrissement est rapide (fig. 5) ; il serait surtout accentué, d'après Friedreich, lorsque existent des complications du côté du foie ou de la vésicule biliaire. La salivation, les vomissements graisseux et les urines graisseuses, que l'on a signalés comme signes propres aux maladies du pancréas, ne sont pas mentionnés dans les observations de kystes de cette glande.

Au bout d'un temps variable après l'apparition des symptômes de l'affection, se montre la tumeur. Cette tumeur siège à l'épigastre (fig. 5 et 8) ou au voisinage de l'ombilic, sur la ligne médiane ou sur les côtés, à gauche particulièrement. Son volume est plus ou moins

considérable suivant l'époque à laquelle on examine le malade. Dans sa marche, elle envahit les hypocondres, repoussant l'estomac en

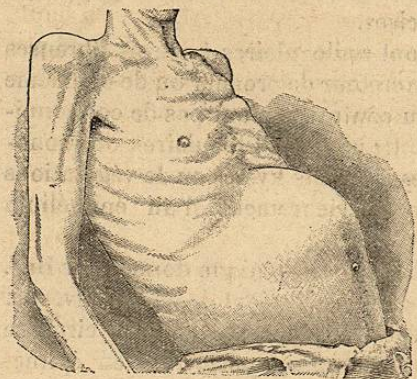


Fig. 5. — Kyste du pancréas. — Saillie entre le sternum et l'ombilic. Amaigrissement extrême du malade (BULL).

haut, le côlon en bas et déplaçant quelquefois le lobe gauche du foie. La tumeur est arrondie, lisse, ordinairement sans bosselures à sa surface, rarement mobile, de consistance élastique, souvent même franchement fluctuante. Hartmann a constaté le phénomène du ballotement, comme dans les tumeurs du rein. Enfin, elle serait quelquefois soulevée par les pulsations de l'aorte sous-jacente (Senn).

La percussion fournit des renseignements très importants au point de vue du diagnostic. Au début, la percussion de la paroi abdominale antérieure

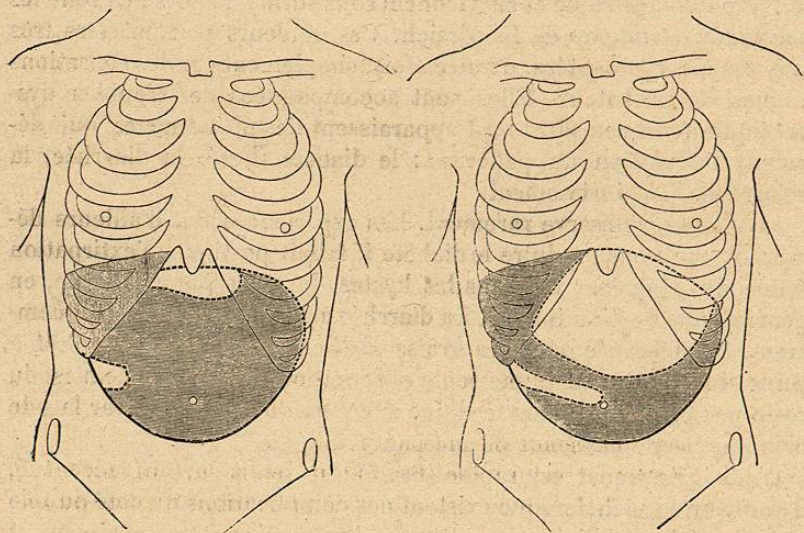


Fig. 6. — Kyste du pancréas. — Matité à la percussion dans toute son étendue, excepté à la partie supérieure (zone claire). De temps à autre, sonorité sur le côté droit (2<sup>e</sup> zone claire) (BULL).  
Fig. 7. — Kyste du pancréas examiné après insufflation de l'estomac. — La sonorité s'étend sur les deux tiers de la tumeur. La résonance du bord droit, qui était intermittente, gagne la ligne médiane (BULL).

donne de la sonorité, ou tout au plus de la submatité dans un point limité, car la tumeur se trouve située derrière l'estomac et le côlon

transverse; mais à mesure que celle-ci se développe, elle s'insinue entre ces deux organes pour venir se placer derrière le grand épiploon. La percussion donne alors une zone de matité franche encadrée d'une zone sonore due au côlon en bas et à l'estomac en haut.

Pour bien se rendre compte de la situation exacte de l'estomac par rapport à la tumeur, on a quelquefois cherché à distendre ce viscère par des gaz, en faisant avaler au malade une certaine quantité de bicarbonate de soude et d'acide tartrique. Dans ces conditions, la zone sonore supérieure augmente, tandis que la zone de matité diminue.

On peut constater ces variations sur les figures 6 et 7 (1). Dans la figure 6, l'estomac étant vide, la matité de la tumeur apparaît très étendue. Dans la figure 7, au contraire, on voit qu'après insufflation de l'estomac, la sonorité de cet organe empiète sur la matité du kyste et en diminue l'étendue dans des proportions considérables.

En résumé, ici, comme dans toutes les affections du pancréas s'accompagnant de l'existence d'une tumeur, il y a deux sortes de signes : 1<sup>o</sup> des signes pancréatiques; 2<sup>o</sup> des signes dus à la tumeur abdominale.

La marche des kystes du pancréas est assez lente. Le malade est exposé à un certain nombre de complications : à la suite d'un traumatisme, il peut survenir un épanchement sanguin intrakystique. Le kyste peut se rompre dans le péritoine ou l'intestin, déterminer la compression de ce viscère, particulièrement du duodénum, ce qui amène l'apparition de l'ictère par la compression du canal cholédoque; le kyste peut s'enflammer et suppurer. Enfin, le malade est exposé à la cachexie, conséquence de la suppression de la fonction pancréatique ou à une véritable cachexie cancéreuse lorsqu'il s'agit d'un kyste de nature maligne. C'est dire que le pronostic de l'affection est grave.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des kystes du pancréas n'est pas chose facile. Tout d'abord, il ne faut pas songer à porter ce diagnostic dans la période du début. Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, on est arrivé souvent, on peut même dire presque toujours, à établir le diagnostic de sa nature liquide. La difficulté consiste à localiser l'affection.

Les kystes du foie et de la rate ne sont pas recouverts d'une zone sonore; il en est de même des kystes de l'épiploon.

Les kystes du rein présentent avec ceux du pancréas un caractère commun, c'est d'être situés derrière le péritoine et séparés par conséquent par une portion d'intestin de la paroi abdominale antérieure. Mais ces kystes ont un siège différent et on ne trouve pas dans leur histoire les signes des affections pancréatiques.

(1) BULL, *New York Med. Journ.*, vol. XLIV, 1887, p. 376.