

Pour confondre un kyste du pancréas avec un kyste de l'ovaire, il faudrait avoir affaire à des tumeurs très volumineuses occupant une grande partie de la cavité abdominale. J'ai déjà signalé, à propos du diagnostic des tumeurs du mésentère, la remarque d'Hartmann sur l'emploi méthodique du plan incliné dans le diagnostic des tumeurs abdominales.

Ce qui est réellement difficile, on a même dit impossible, c'est de différencier un kyste du pancréas d'un kyste du mésentère. En effet, dans les deux cas existent des douleurs péri-ombilicales revenant par accès et coïncidant avec des troubles digestifs; le siège médian est commun aux deux affections, et ces deux variétés de tumeurs sont également élastiques ou fluctuantes et recouvertes par une zone sonore. Un seul signe permettrait d'établir le diagnostic : ce serait une mobilité prononcée, qui constitue, on le sait, un des signes primordiaux des kystes du mésentère.

J'ai déjà signalé les services que peut rendre l'insufflation de l'estomac et du côlon.

Pour établir le diagnostic précis du siège et de la nature des kystes du pancréas, on a proposé, cela se devine, de pratiquer une ponction exploratrice et d'examiner le liquide retiré par cette ponction. Mais il est fort rare que le liquide présente les caractères du suc pancréatique; le plus souvent, il ressemble à celui des kystes séreux en général.

Et puis, cette ponction peut être suivie d'accidents de péritonite, elle peut exposer à la blessure des gros vaisseaux de l'épiploon qui recouvre la tumeur, ou à la blessure de l'estomac, ainsi que le fait a été observé.

Il ne faut donc pas compter sur les bénéfices de la ponction, et si le chirurgien se décide à une investigation, c'est à la laparotomie exploratrice qu'il devra donner la préférence.

Traitement. — Les indications de l'intervention dans les kystes du pancréas ne se discutent plus aujourd'hui. La gravité des troubles généraux, des troubles de compression, et la nature de ces kystes condamnent tout naturellement l'abstention, qui était de règle il y a quelques années à peine. Deux méthodes opératoires sont ici en présence : l'*extirpation totale* et la *marsupialisation*.

Il est entendu que la ponction simple ou suivie de l'injection d'un liquide modificateur doit être rejetée; l'on sait pour quelles raisons (Voy. *Kystes du mésentère*, p. 9).

L'**EXTIRPATION TOTALE** du kyste constitue la seule opération rationnelle, puisque, le plus souvent, ces productions sont de nature néoplasique, c'est-à-dire susceptibles de généralisation et de récurrence. Mais, il faut bien le reconnaître, l'extirpation totale est souvent impossible à cause de la vascularisation de la région et des adhérences qui unissent le kyste aux organes voisins.

Mikulicz, Parkes, Karewski ont pratiqué la laparotomie latérale; ce dernier chirurgien, ne trouvant pas son incision suffisante, dut y ajouter une autre, verticale, formant ainsi un lambeau abdominal. Mieux vaut faire l'incision sur la ligne médiane. La paroi étant incisée, on tombe sur l'épiploon qui recouvre la tumeur; on trouve à ce niveau des vaisseaux volumineux qu'il faut sectionner et lier avant d'aller plus loin. Puis, on écarte les viscères tels que l'estomac et le côlon; le chirurgien n'a pas à s'occuper du feuillet péritonéal postérieur, qui recouvre le kyste et fait corps avec lui.

Si on tombe sur une tumeur pédiculée, comme dans le cas de Bozeman, l'opération se terminera sans difficulté, car il suffira de

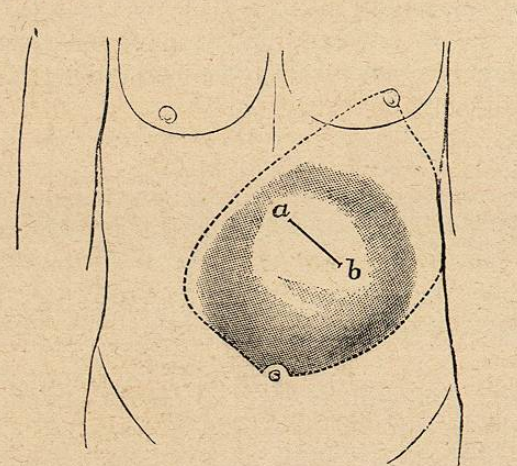


Fig. 8. — L'espace compris entre les lignes ponctuées représente l'aire de la matité. — *ab* est la ligne d'incision (SENN).

sectionner le pédicule; mais ce fait est exceptionnel, et le plus souvent il faudra détacher des adhérences, quelquefois solides, manœuvre qui expose à déchirer le côlon et à déterminer des hémorragies abondantes, surtout au voisinage du pédicule, où l'on rencontrera les vaisseaux spléniques très dilatés. Il est bon cependant de se rappeler que le plus fréquemment le pédicule siège au niveau de la queue du pancréas, qui est la partie la plus mobile de l'organe; on pourrait donc au besoin allonger le pédicule en attirant la queue du côté de la plaie.

Il va sans dire que l'évacuation du kyste par la ponction facilitera les manœuvres.

Nimier conseille de pratiquer en arrière, au niveau du pédicule, une contre-ouverture lombaire, ou de faire le drainage antérieur, à l'exemple d'Hartmann, en formant avec le grand épiploon un canal étendu de l'incision de la laparotomie à l'incision de la plaie pariétale postérieure.

La MARSUPIALISATION des kystes du pancréas n'est qu'un pis aller, mais c'est en somme une bonne opération qui a donné d'excellents résultats. Je n'ai pas à insister sur son manuel opératoire, déjà décrit à propos des kystes du mésentère.

Le drainage sera pratiqué avec de la gaze stérilisée. Dans un cas de kyste par rétention, Weir, voulant éviter la formation d'une fistule interminable, tenta d'établir une communication pancréatico-duodénale en abouchant dans le duodénum la partie restée libre du canal de Wirsung. Cette tentative ne fut pas couronnée de succès.

Les résultats des opérations pratiquées dans les cas de kystes du pancréas sont les suivants : Bœckel signale 15 cas d'incisions avec 15 succès, dont 14 définitifs.

Nimier rapporte une statistique de 50 cas avec 9 décès et 41 guérisons ; ces 50 cas se décomposent de la façon suivante :

1° Extirpation totale.....	6 cas, 4 guérisons.
2° Incision et drainage en un seul temps.....	26 cas, 21 guérisons, 5 morts.
3° Incision en deux temps.....	9 cas, 9 guérisons.
4° Extirpation partielle.....	8 cas, 7 guérisons, 1 mort.
5° Méthode de Récamier.....	1 cas, 1 mort.

Plus récemment, Alban Doran, dans une communication faite à la Société médicale de Londres, donne la statistique suivante : incision et drainage : 70 cas avec 5 décès et environ 60 guérisons durables.

Enfin, Körte(1), réunissant 21 cas d'extirpation, trouve : 15 guérisons et 6 morts. Sur ces 21 cas, 14 fois on avait pratiqué l'extirpation totale avec 12 guérisons et 2 morts par péritonite septique, et 7 fois l'extirpation partielle avec 3 guérisons et 4 morts.

Il résulte de tout cela que, malgré les quelques succès de l'extirpation et malgré les inconvénients de la marsupialisation, cette dernière méthode constitue à l'heure actuelle le meilleur mode de traitement des kystes du pancréas.

En résumé, avec Bœckel, Nimier, Poncet, etc., on peut résumer ainsi le plan opératoire à suivre en présence d'un kyste du pancréas :

- 1° Faire la laparotomie ;
- 2° Inciser les enveloppes et écarter les organes qui recouvrent le kyste ;
- 3° Ponctionner et vider le kyste ainsi mis à nu ;
- 4° Fermer l'orifice de la ponction à l'aide d'une pince à plateau ;*
- 5° Se rendre compte du siège, du nombre, de la solidité des adhérences.

Si elles sont facilement libérables, on tente la pédiculisation du kyste et son extirpation totale. Si elles sont trop résistantes et vascu-

(1) KÖRTE, *Deutsche Chirurgie*. Lief. 45. Stuttgart, 1898.

lares, on abandonne rapidement les tentatives d'ablation et on termine par la marsupialisation.

Dans les cas de fistule persistante, on pourrait essayer d'enlever le kyste secondairement.

2° TUMEURS SOLIDES DU PANCRÉAS.

On a trouvé dans le pancréas des tumeurs solides BÉNIGNES et MALIGNES.

1° **Tumeurs bénignes.** — Les tumeurs bénignes semblent être très rares. A. Thierfelder a décrit ainsi qu'il suit, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, une tumeur qu'il qualifie d'adénome : « Dans la tête d'un pancréas d'ailleurs normal, chez un jeune homme mort de tuberculose, on trouva une tumeur pauvre en vaisseaux, dure, de la grosseur d'une cerise environ. Elle se laissa facilement énucléer de la capsule de tissu conjonctif lâche qui la rattachait à la glande. Elle consistait en cylindres de cellules sans lumière, s'enroulant plusieurs fois ou se divisant. Elle circulait dans un stroma serré et en général pauvre en cellules, mais çà et là lâche et, en ces points, riche en cellules. Au milieu de la tumeur se trouvait un noyau central plus dur, calcifié. Les cellules du néoplasme ressemblaient aux cellules cubiques de l'épithélium des plus petits canaux excréteurs de la glande et, d'après leur disposition, paraissaient constituer une tumeur qui procédait de ces cellules. »

Sous cette même désignation d'adénome, Nevé (1) décrit une tumeur du pancréas trouvée à l'autopsie d'une femme de cinquante ans. La tumeur était arrondie, mesurait environ 2 pouces de diamètre et comprimait fortement le duodénum et le cholédoque. Toute la glande était indurée ; au microscope, on voyait des faisceaux de tissu fibreux circonscrivant des espaces remplis de cellules épithéliales ; les plus vieilles avaient perdu leur noyau et étaient transformées en masses granuleuses. En quelques points, les tubes glandulaires étaient remplis, les uns de cellules rondes, les autres de matière jaunâtre amorphe.

Évidemment, dit Biondi en parlant de ce cas, il s'agissait d'un cancer et non d'un simple adénome.

Plus récemment, le professeur Biondi (de Cagliari) (2), dans son intéressant travail sur la chirurgie du pancréas, rapportait une observation personnelle très complète d'adénome. Le diagnostic avait été fait avant l'opération ; la tumeur, siégeant au niveau de la tête, fut extirpée avec succès, et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'un adénome. Ce cas est des plus intéressants à tous les points de vue.

(1) NEVÉ, *The Lancet*, 17 sept. 1891, p. 659.

(2) D. BIONDI, *Contributo clinico e sperimentale alla chirurgia del pancreas*. Milano, 1896.

Enfin, en 1896, P. Sandler (de Magdebourg) (1) a extirpé aussi avec succès une *tumeur lymphatique tuberculeuse* de la tête du pancréas.

Avec ce petit nombre de documents, il est impossible de tracer l'histoire des tumeurs solides bénignes du pancréas.

D'ailleurs, la malignité des tumeurs du pancréas, dit Nimier, ne dépend pas uniquement de leur nature ; les tumeurs de cet organe font courir de grands dangers, par suite des désordres fonctionnels qui résultent de leur siège anatomique. Aussi l'épithète de tumeurs à évolution bénigne accordée aux adénomes de la tête du pancréas n'est-elle pas en somme tout à fait justifiée.

2° **Tumeurs malignes.** — Elles sont rares également, si l'on en excepte le cancer.

Lépine et Cornil (2) ont rapporté une observation de LYMPHOME du pancréas.

On connaît quelques cas de SARCOMES. Le premier en date est celui de Paulicki (3). C'était un sarcome à petites cellules trouvé à l'autopsie d'un jeune sujet mort de tuberculose pulmonaire. Aucun symptôme particulier n'en avait révélé la présence pendant la vie. Les autres cas sont dus à Litten, Mayo, Lépine et Cornil, Segré (2 cas), Nevé, Trendelenburg.

Briggs (4) a rapporté une observation de sarcome accompagné d'hydatides ; Ruggi (5) une d'adénosarcome. Routier (6) a signalé un cas de *lymphosarcome* ; Kronlein (7) et Lubarsch, chacun un cas d'*angiosarcome*.

Comme les tumeurs solides bénignes, ces différentes variétés de tumeurs malignes n'ont pas encore d'histoire clinique. Je reprendrai leur étude de plus près lorsque, en parlant du traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas, j'envisagerai la possibilité de l'extirpation de ces tumeurs solides. C'est, en définitive, le côté qui intéresse plus particulièrement le chirurgien.

Cancer. — FRÉQUENCE. — De toutes les tumeurs solides du pancréas, la plus fréquente est le cancer, et cette lésion n'est pas aussi exceptionnellement rare qu'on le croyait autrefois. Ancelet (8), qui le premier démontra l'existence du cancer primitif du pancréas, avait déjà, en 1866, réuni 195 cas de lésions cancéreuses de cet organe ; sur ce nombre, 18 fois la tumeur était exclusivement pancréatique, dans quelques autres cas, le point de départ était nettement au pancréas.

(1) SENDLER, *loc. cit.*

(2) LÉPINE et CORNIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1874.

(3) PAULICKI, *Allgem. Med. central Zeitung*, 1868, n° 90.

(4) BRIGGS, *St. Louis med. and surg. Journ.*, vol. LVIII, 1890, p. 154.

(5) RUGGI, *Giorn. internat. del scienze med.*, 1890, p. 81.

(6) ROUTIER, *Soc. de chir. de Paris*, 1892.

(7) KRONLEIN, *XXIV^e congrès de la Soc. allem. de chir.*, avril 1895.

(8) ANCELET, *Étude sur les maladies du pancréas*. Paris, 1866.

Plus près de nous, Segré Rémo (1), faisant le relevé de 1500 autopsies environ pratiquées à l'Ospedale maggiore de Milan, a trouvé 132 cas de tumeurs du pancréas, dont 127 cancers, 2 sarcomes, 2 kystes, 1 syphilome.

Enfin, Mirallié a pu réunir 113 cas de cancers primitifs, après avoir éliminé les faits douteux et ceux dont il n'avait pu se procurer l'observation détaillée. Le cancer du pancréas doit être encore plus fréquent, car on a dû plus d'une fois le confondre avec celui des organes voisins.

Avant d'entrer dans l'étude du sujet, je citerai encore, au point de vue bibliographique, la thèse de Vernay (2), l'important travail de Bard et Pic (3) et une intéressante revue générale de Mirallié sur le cancer primitif du pancréas, parue en 1893 dans la *Gazette des hôpitaux*.

Étiologie. — Le cancer primitif serait la règle.

D'ailleurs, c'est celui que nous aurons principalement en vue, car il constitue une entité morbide pouvant être diagnostiquée et pouvant aussi, dans certains cas, être attaquée chirurgicalement. La cause même du cancer pancréatique est inconnue : on a incriminé la mauvaise alimentation, l'abus de l'alcool. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes ; Caron note 32 cas chez l'homme pour 16 chez la femme. Mirallié trouve, sur 106 cas où le sexe est indiqué, 69 hommes et 37 femmes.

L'affection apparaît en général de trente à cinquante ou soixante ans. Cependant, Caron cite 10 cas chez des malades âgés de dix à vingt ans et 2 chez des malades de un à dix ans.

Kuhn a observé un cancer primitif chez une petite fille de deux ans.

Anatomie pathologique. — Le cancer primitif du pancréas siège presque toujours au niveau de la tête de l'organe ; c'est là son siège de prédilection. Il est rare qu'il envahisse la glande dans toute son étendue. Bogdan (de Jassy) (4) en a observé un cas très intéressant.

La tumeur se présente sous la forme d'une masse irrégulière, plus ou moins globuleuse, du volume d'un œuf, d'une mandarine, d'un poing, d'une noix de coco, d'une tête de fœtus (cas de Bard et Pic). Sa couleur est d'un gris jaunâtre, tranchant sur la teinte rosée des parties voisines (Vernay). Sa consistance est en général dure et résistante.

Les parties du pancréas non envahies par le néoplasme peuvent être saines ou sclérosées et atrophiées ; on y voit des dilatations kystiques consécutives à l'oblitération des conduits excréteurs.

(1) SEGRÉ REMO, *Ann. univ. di med. et di chir.* Milano, 1888.

(2) VERNAY, thèse de Lyon, 1887.

(3) BARD et PIC, *Revue de méd.*, avril-mai 1888.

(4) BOGDAN, Carcinome primitif de la totalité du pancréas (*Bull. de la Soc. des méd. et natur. de Jassy*, t. VIII, 1895, p. 3).

Le canal de Wirsung et le canal cholédoque sont habituellement oblitérés par compression ou envahissement, d'où dilatation quelquefois considérable au-dessus de l'obstacle. L'oblitération du canal de Wirsung entraîne la formation de kystes et des lésions secondaires du côté du pancréas ; celle du cholédoque est le point de départ d'une dilatation qui s'étend à la vésicule à travers le canal cystique. Aussi, ce réservoir devient-il perceptible par la palpation, et c'est là un des grands signes du cancer primitif du pancréas. On trouvera en même temps les lésions hépatiques qui sont la conséquence de toute oblitération persistante du cholédoque.

Il existe souvent des adhérences inflammatoires ou cancéreuses avec les organes voisins : péritoine, épiploon, diaphragme, rein, foie, rate, capsule surrénale, estomac, intestin, rachis, gros vaisseaux de la région.

Il peut y avoir, cela se comprend, compression de ces différents organes, particulièrement du duodénum, d'où dilatation de l'estomac.

Le cancer du pancréas a peu de tendance à envahir les organes voisins, à cause sans doute de la rapidité de sa marche. Si le duodénum, à cause de ses rapports intimes avec la glande pancréatique, est souvent intéressé, en général sa muqueuse reste saine, il y a simplement obstruction par la saillie du bourgeonnement néoplasique au niveau de l'ampoule de Vater. Quelquefois, cependant, on a vu une ulcération se faire à la face interne du duodénum, de l'estomac, et même perforer la veine cave inférieure.

L'adénopathie cancéreuse est pour ainsi dire discrète.

La généralisation du cancer du pancréas est chose rare. Le foie est l'organe le plus fréquemment atteint secondairement ; on peut même dire qu'il est de règle d'y trouver des noyaux cancéreux qui présentent, d'après Bard et Pic, un aspect tout particulier :

« Au lieu de ces tumeurs secondaires si volumineuses, blanchâtres ou blanc jaunâtre, des foies gastriques, le foie pancréatique n'est pas augmenté de volume ; il ne présente guère que de petits nodules très nombreux, mais peu volumineux, de quelques millimètres ou tout au plus de 1 centimètre de diamètre, d'une coloration d'un blanc mat tout spécial qui rend ces nodules assez semblables à des taches de bougie ; aussi ces petits nodules passent-ils facilement inaperçus et faut-il savoir les rechercher. »

Au point de vue histologique, le cancer du pancréas est représenté par le squirre, l'épithélioma cylindrique, le carcinome cylindrique, l'encéphaloïde.

Quoi qu'il en soit, Bard et Pic distinguent deux variétés suivant que le cancer a pris naissance dans l'élément sécréteur ou dans les canaux d'excrétion : *variété glandulaire* et *variété excrétoire*.

Le *type glandulaire*, le plus fréquent, est constitué par des cellules

arrondies, volumineuses, cubiques à la périphérie des amas par pression réciproque ; leur noyau est volumineux, sans nucléole bien apparent. Ces cellules présentent plus tard dans leur protoplasma des globes hyalins homogènes ; le stroma est formé par du tissu conjonctif adulte peu riche en cellules.

Le *type excrétoire* est représenté par l'épithélioma cylindrique.

Les noyaux secondaires du foie, dont on connaît la fréquence, reproduisent les deux variétés de cancer pancréatique.

Symptômes. — Pour bien dégager l'entité du cancer primitif du pancréas je prendrai d'abord un cas type et je dirai ensuite quelques mots des différents signes qui accompagnent en général l'affection.

Un malade de trente-cinq à quarante ans maigrit et perd ses forces ; il présente des troubles digestifs tels qu'inappétence, vomissements, diarrhée ; il éprouve au creux épigastrique des douleurs plus ou moins violentes qui vont en augmentant d'intensité. Puis apparaît, soit d'une façon brusque, soit graduellement, un ictère qui augmente de jour en jour, devenant progressivement plus foncé ; c'est un ictère vert et même un ictère noir. Une fois installé il ne va plus rétrocéder ni présenter ces variations d'intensité que l'on observe dans la lithiase biliaire. Il est rare de constater la présence d'une tumeur épigastrique, mais on trouve le plus souvent la vésicule biliaire très dilatée.

L'amaigrissement marche d'une façon rapide et progressive ; bientôt survient la cachexie et le malade ne tarde pas à succomber dans le marasme ou emporté par une complication telle que l'occlusion intestinale (par compression du duodénum), des hémorragies, etc...

En somme, les traits principaux qu'il faut bien mettre en lumière et sur lesquels ont insisté Bard et Pic sont : l'ictère chronique et progressif, la dilatation énorme de la vésicule biliaire, l'amaigrissement et la cachexie rapides.

Ceci dit, il faut ajouter que le début de l'affection peut être variable ; souvent l'ictère ouvre la scène ; d'autres fois c'est la douleur qui constitue le premier signe ; enfin, mais plus rarement, les troubles gastro-intestinaux et les symptômes de diabète maigre sont au premier plan.

Les troubles digestifs dans le cancer du pancréas sont variables par leur manifestation, leur nature et leur intensité ; souvent il y a de l'anorexie ; on a quelquefois observé de la boulimie ou une appétence spéciale pour les substances grasses.

Les vomissements sont assez fréquents ; grasieux ils offrent une certaine importance ; alimentaires, biliaires ou sanguins ils sont la conséquence d'une compression pylorique ou duodénale ou de l'extension du néoplasme à l'estomac. Une salivation abondante, sialorrhée pancréatique, a été signalée dans quelques observations. La

constipation est de règle; quelquefois l'on observe de la diarrhée.

La stéarrhée, ou selles graisseuses, aurait, d'après certains auteurs, une grande importance au point de vue de la localisation pancréatique de l'affection; mais cette opinion, on le sait, n'est pas universellement partagée et la stéarrhée peut se rencontrer dans certains cas d'ictère et dans quelques maladies de l'intestin. On a, très exceptionnellement d'ailleurs, constaté dans les selles la présence de fibres musculaires striées.

La question de la glycosurie dans le cancer du pancréas a donné lieu à des opinions diamétralement opposées: pour les uns, ce signe serait très rare; il aurait même, disent Bard et Pic, été signalé par suite des confusions si souvent faites entre toutes les maladies du pancréas.

Pour d'autres il aurait une grande valeur. Cette divergence d'opinions tiendrait, d'après Mirallié à ce que la glycosurie disparaît dans la dernière période de la maladie.

On ne pourrait donc pas affirmer qu'il n'y a pas eu d'abord de glycosurie si l'on n'examinait les urines que sur la fin. Pour cet auteur il y aurait « une phase glycosurique suivie d'une phase non glycosurique, celle-ci pouvant avoir une durée quelquefois fort longue, jusqu'à onze mois ».

Inutile d'ajouter que cette glycosurie s'accompagne des signes propres: polydipsie, polyphagie, polyurie.

Les urines contiennent très rarement de la graisse (2 cas), par contre la présence de l'albumine est fréquemment signalée, elle est presque constante. Le taux de l'urée a toujours été trouvé abaissé, ainsi que le prouvent les 14 observations qui donnent des renseignements à ce sujet.

L'examen des urines peut fournir un autre renseignement. Sahli a montré que, à l'état normal, le salol est dédoublé, sous l'action du suc pancréatique, en acide salicylique et acide phénique, substances qui se retrouveraient dans les urines. Or, dans les cas de cancer du pancréas, ce dédoublement n'aurait pas lieu (signe de Sahli). Mirallié signale deux cas où la réaction de Sahli a été recherchée; dans l'un, la décomposition du salol se produisit, dans l'autre le dédoublement ne s'opéra pas.

Les douleurs font bien rarement défaut dans les cas de cancer du pancréas. D'abord sourdes et passagères, elles deviennent ensuite plus aiguës, quelquefois intolérables, continues, et procèdent par paroxysmes. Elles siègent à la région épigastrique, s'irradient vers les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, vers les hypocondres, les membres inférieurs, rarement aux épaules. Elles sont calmées par la flexion du tronc en avant. Une autre forme de douleur est constituée par des accès cardialgiques à forme de pseudo-angine de poitrine d'origine réflexe.

La tumeur pancréatique fait souvent défaut; je veux dire qu'il est rare de la sentir par le palper abdominal; elle serait perceptible dans le tiers (1), le quart ou le cinquième des cas. Et encore, dit Mirallié, ces chiffres semblent très exagérés, car on a dû confondre le néoplasme avec la vésicule biliaire distendue. La tumeur pancréatique est placée profondément, elle est dure, immobile ou du moins très peu mobile, elle occupe la région épigastrique et ombilicale; la percussion donne de la matité parfois voilée par la sonorité stomacale. La coexistence de ces deux signes, constatation d'une tumeur par le palper et absence de matité, aurait une grande valeur au point de vue de la localisation pancréatique. La tumeur peut déterminer des compressions viscérales et vasculaires: compression du pyllore, du duodénum, du côlon transverse; de la veine porte, d'où ascite; de la veine cave inférieure, d'où œdème des membres inférieurs; compression de l'aorte abdominale, d'où confusion avec un anévrysme des vaisseaux spléniques; de la veine mésentérique supérieure.

La plus importante des compressions est celle qui s'exerce sur le canal cholédoque et dont les conséquences sont: l'apparition de l'ictère, la dilatation de la vésicule biliaire.

L'ictère peut apparaître brusquement, s'accompagner même de douleurs et de troubles digestifs au point de simuler une colique hépatique. Le plus souvent il survient sans bruit, mais il offre ces deux caractères que j'ai déjà signalés: 1° il ne présente jamais de temps d'arrêt ni des périodes d'amélioration passagère, son accroissement est progressif; 2° il tend à devenir de plus en plus foncé. Cet ictère, signe d'une très grande valeur, peut manquer quelquefois, ce qui s'explique par la situation du néoplasme, lorsqu'il siège au niveau de la queue, par exemple, ou par la position du cholédoque au niveau de la tête du pancréas. Il arrive, en effet, que le conduit excréteur de la bile, au lieu de passer dans la tête même de la glande pancréatique, ne fait que longer cette portion de l'organe. Il est facile de comprendre dès lors qu'il puisse échapper à la compression.

La dilatation quelquefois considérable de la vésicule biliaire est à peu près constante, comme l'ictère, dont il reconnaît la même cause. La vésicule, distendue, se trouve facilement sous le bord inférieur du foie, au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen, sous la forme d'une tumeur lisse, rénitente, rarement fluctuante à cause de sa distension excessive.

Il n'y aurait pas hypertrophie du foie d'après Bard et Pic. La chose paraît extraordinaire au premier abord, aussi Mirallié a-t-il cherché à s'expliquer cette opinion. Il semble résulter de son

(1) DA COSTA, *North. americ. med. surg. Review*, sept. 1858, p. 883.

enquête qu'il y a dans l'état du volume du foie deux phases successives : une première d'augmentation, une seconde de retrait. De sorte qu'à propos du volume du foie comme à propos de la glycosurie le clinicien peut émettre un avis différent suivant qu'il examine tel ou tel malade à une période plus ou moins avancée de l'affection.

La cachexie est très rapide, l'amaigrissement est très prononcé, excessif (Arnoz). La peau collée sur les os, le malade est bientôt réduit à l'état de squelette. Cette déchéance de l'organisme n'est pas due à la seule action de la diathèse cancéreuse; Bard et Pic y voient aussi le fait d'une cachexie spéciale amenée par la pénétration incessante du suc pancréatique dans l'économie, la cachexie pancréatique.

Signalons encore, comme symptômes moins importants : des éruptions, une pigmentation cutanée anormale partielle, occupant la région sous-ombilicale et la partie supérieure des cuisses (Jaccoud), des hémorragies (purpura, mélena); enfin la marche de la température, qui est toujours normale ou hyponormale (Bard et Pic).

Formes cliniques. — Est-il permis, après l'énumération de tous ces signes, d'établir les formes cliniques du cancer du pancréas? Parisot (1) et Lucron (2) ont tenté des classifications en se basant sur la prédominance de tel ou tel symptôme : forme douloureuse, forme de diabète maigre, forme type avec ictère, etc. La division de Mirallié nous paraît plus simple et plus clinique : elle comprend deux périodes :

1° Période glycosurique avec phénomènes de diabète maigre, stéarrhée, début de l'ictère, foie un peu volumineux, dilatation de la vésicule, douleurs ;

2° Période non glycosurique terminale : disparition du sucre et des phénomènes diabétiques, accroissement de l'ictère, atrophie du foie, dilatation énorme de la vésicule, cachexie rapide et très prononcée.

Marche et pronostic. — La marche de la maladie est continue et progressive. La plupart des auteurs lui assignent comme durée une moyenne de trois à six mois; cependant on a signalé aussi des cas qui ont duré huit, dix, quinze, dix-sept et vingt-trois mois.

La mort est la terminaison fatale. En général le malade succombe aux progrès de la cachexie; mais quelquefois il est emporté par une maladie intercurrente ou par une complication telle que : hématomé, hémorragie ou occlusion intestinale, pyléphlébite, perforation de la veine cave, de la veine porte, des artères splénique ou coronaire stomacique, etc.

Diagnostic. — Je rappelle à dessein que les principaux traits de

(1) PARISOT, thèse de Paris, 1891-1892.

(2) LUCRON, Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du pancréas. Formes cliniques, thèse de Paris, 1893.

l'affection sont : un ictère intense et permanent, la dilatation de la vésicule biliaire, la cachexie et l'amaigrissement rapides. Si à ces signes primordiaux viennent s'ajouter des douleurs, des symptômes de diabète maigre, des troubles digestifs, de la stéarrhée, l'existence d'une tumeur épigastrique, on peut affirmer que l'on a affaire à un cancer du pancréas.

Cette affection peut, dans certains cas, être confondue avec des lésions des organes voisins, cancer de l'estomac, par exemple. Mais à vrai dire le diagnostic ne doit porter que sur le cancer du foie et des voies biliaires, sur la lithiase biliaire, sur le cancer de l'ampoule de Vater. En un mot, étant donnée l'importance du symptôme rétention biliaire, il faut en chercher la pathogénie.

Dans le cancer du foie et des voies biliaires, il y a ictère chronique et cachexie progressive, comme dans le cancer du pancréas. Mais l'ictère est moins foncé, le foie est volumineux et présente à sa surface des bosselures carcinomateuses. On ne trouve pas enfin dans les lésions hépatiques ces signes tels que diabète, stéarrhée, qui n'ont pas une valeur absolue, mais qui ne doivent pas moins entrer en ligne de compte.

La confusion avec la lithiase biliaire ne sera pas de longue durée; les coliques hépatiques se répètent à certains intervalles, l'ictère lithiasique n'est pas un ictère permanent, il subit des modifications et n'arrive pas à présenter la teinte de l'ictère pancréatique. On pourra quelquefois sentir des calculs dans la vésicule; enfin, la marche de l'affection dissipera bientôt tous les doutes.

Reste le diagnostic du cancer du pancréas avec le cancer de l'ampoule de Vater (1). Étant données les connexions anatomiques étroites qui existent entre la tête du pancréas et le duodénum, il est permis de comprendre la difficulté qu'il peut y avoir à séparer les tumeurs d'origine pancréatique d'avec celles d'origine vaterienne. Dans les deux cas, la symptomatologie peut être la même; cependant le cancer de l'ampoule de Vater serait surtout caractérisé par une marche relativement lente et par la variabilité et la précocité relative de l'ictère.

Je rappelle enfin ce que j'ai dit au sujet de la pancréatite chronique. Celle-ci peut simuler le cancer du pancréas, même lorsque, après la laparotomie, on a la lésion sous les yeux (Riedel et Sandler).

Traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas. — Mathieu (2), en parlant du traitement du cancer du pancréas, s'exprime en ces termes : « Le traitement du carcinome pancréatique est

(1) HANOT, Cancer de l'ampoule de Vater (*Ass. franç. pour l'avancement des sciences. Congrès de Tunis. Bull. méd.*, 1896, n° 28). — BARD, Rapport des cancers de l'ampoule de Vater et des cancers du pancréas (*Congrès de Tunis, Bull. méd.*, 1896 n° 29). — D. VINCENT GEORGES, Cancer primitif de l'ampoule de Vater, thèse de Paris, 1896.

(2) MATHIEU, *loco citato*.